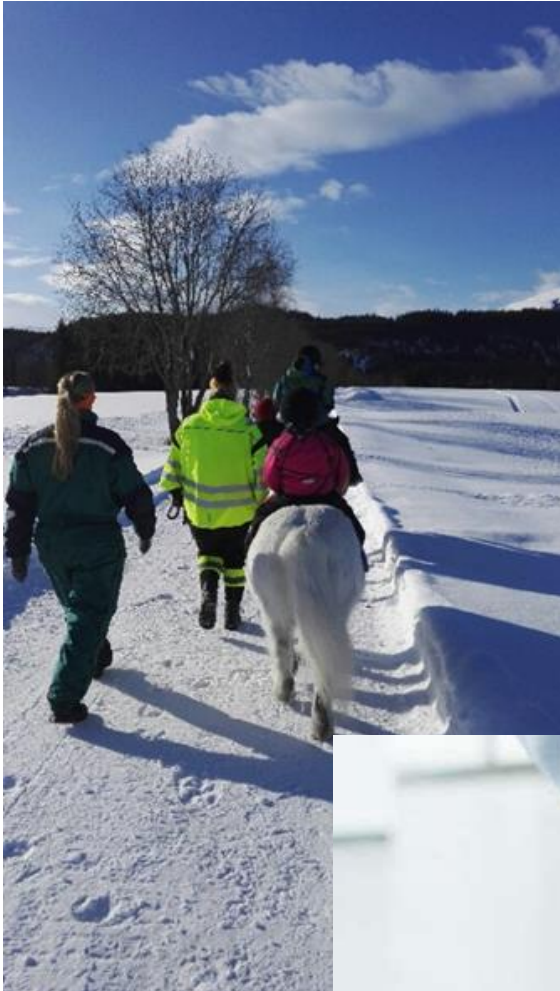


---

# Plan for habilitering – og rehabilitering

2018 – 2022 Vefsn kommune



**Vefsn  
kommune**  
– Et steg foran

## INNHOLDSFORTEGNELSE

1.1	Verdigrunnlag for rehabilitering	s. 2
1.2	Kommunens samfunnsdel	s. 3
1.3	Mandat og arbeidsgruppe	s. 3
1.4	Prosess i utarbeidelse av planen	s. 3
2.0	AVKLARINGER	s. 4
2.1	Sentral føringer	s. 4
2.2	Habilitering og rehabilitering	s. 5
2.3	Tverrfaglig samarbeid	s. 6
2.4	Læring og mestring	s. 6
3.0	BRUKERMEDVIRKNING	s. 7
3.1	Brukermedvirkning på individnivå	s. 7
3.2	Brukermedvirkning på systemnivå	s. 7
3.3	Brukermedvirkning i prosess med utarbeidelse av planen	s. 7
4.0	ORGANISERING OG KOORDINERING	s. 12
4.1	Koordinerende enhet i Vefsn kommune	s. 12
4.2	Individuell plan og koordinator	s. 13
5.0	HABILITERING OG REHABILITERING I HJEM OG NÆRMILJØ	s. 16
5.1	Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering	s. 16
5.2	Hverdagsrehabiliteringsteamet i Vefsn kommune	s. 18
5.3	Frisklivssentralen	s. 20
5.4	Lærings- og mestringstilbud	s. 21
5.5	Fysioterapitjenesten	s. 21
5.6	Habiliteringstjenesten i Vefsn kommune (Miljøterapitjenesten)	s. 23
5.7	Habilitering for barn og unge	s. 25
5.8	Hjelpemidler og ergonomiske tiltak	s. 28
6.0	HABILITERING OG REHABILITERING FOR BRUKERE INNENFOR RUS- OG PSYKIATRIFELTET	s. 31
6.1	Hovedforløp 1 – Milde og kortvarige problemer	s. 31
6.2	Hovedforløp 2 – Kortvarige og alvorlige problemer/ lidelser Og langvarige mildere problem/ lidelser	s. 32
6.3	Hovedforløp 3 – Alvorlige og langvarige problemer/ lidelser	s. 33
6.4	Bemannede omsorgsboliger i Rus- og psykiatritjenesten	s. 35
6.5	Qvales cafe	s. 35
7.0	REHABILITERING I INSTITUSJON	s. 37
7.1	Korttidsplasser	s. 37
8.0	HABILITERING OG REHABILITERING I 2. LINJETJENESTEN	s. 39
9.0	TILTAKSPLAN	s. 41

## 1. INNLEDNING

Vefsn kommune har til nå ikke hatt en egen plan for habilitering og rehabilitering. Fagområdet har vært berørt av tidligere kommunedelplaner, men mangler fortsatt en grundig gjennomgang der vi har god oversikt over hvordan dagens tjenester innenfor fagområdet fungerer som helhet og hvor de største utfordringene ligger.

Formålet med planen er å vise hvordan Vefsn kommune ivaretar sitt ansvar for habilitering- og rehabilitering til innbyggerne i kommunen slik det fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Planen skal vise hvordan Vefsn kommune skal gi gode tjenester innenfor habilitering- og rehabilitering som stimulerer til egen læring, motivasjon, øker funksjons- og mestringsevne og sørger for likeverdighet og deltakelse. Planen skal også sørge for å styrke samhandling mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og styrke et tverrfaglig samarbeid på tvers av 1. og 2. linjetjenesten og mellom de ulike avdelinger.

### 1.1 Verdigrunnlag for rehabilitering:

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i respekten for menneskeverdet, uavhengig av grad av funksjonshemming og den enkeltes evne til aktivitet og arbeid. Det skal tilstrebes et likeverdig tilbud uavhengig av bosted, alder, kjønn, etnisitet, forutsetninger og behov.

Prinsippet om likeverd må forstås slik at tilbudet er likeverdig når mennesker med funksjonsnedsettelse har samme sjanse til å nå de målene som er realistiske for han/henne som andre.

FN-konvensjonen om *rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne* (ratifisert av Norge i 2013) slår fast at de alminnelige menneskerettigheter skal gjelde også for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Retten til likeverdighet og retten til deltakelse sosialt og i samfunnet er sentral. Den norske forskriftens definisjon av rehabilitering tar høyde for denne rettigheten. Artikkel 26 i FN-konvensjonen omhandler habilitering og rehabilitering (forkortet):

*1. Effektive og hensiktsmessige tiltak, herunder gjennom likemannsarbeid. For det formål skal partene opprette, styrke og videreutvikle tverrfaglige habiliterings- og rehabiliteringstjenester og – programmer som*

*a) begynner på et så tidlig stadium som mulig, og basert på en tverrfaglig vurdering av den enkeltes behov og ressurser,*

*b) støtter deltakelse og inkludering i lokalsamfunnet og på alle samfunnsområder,*

*2. fremmer utviklingen av grunn- og etterutdanningen av fagfolk og personell som arbeider i habiliterings- og rehabiliteringstjenestene.*

*3. fremme tilgangen til, kunnskapen om og bruken av tekniske hjelpemidler og teknologi.*

## 1.2 Kommuneplanens samfunnsdel:

Plan for habilitering- og rehabilitering er spesielt relatert til «Fokusområdet folkehelse» og satsningsområde 3 i kommuneplanens samfunnsdel; «Vefsn kommune skal utvikle de kommunale tjenester for å gi våre eldre et godt og verdig liv».

## 1.3 Mandat og arbeidsgruppe

September 2017 ble nedsatt en bredt sammensatt arbeidsgruppe som har fått følgende mandat:

Utarbeide en plan for habilitering og rehabilitering i Vefsn kommune og:

1. Beskrive dagens situasjon
  - Tilbudet i Vefsn kommune (organisering, innhold, kompetanse, samhandling og samarbeid)
  - Rehabilitering og habilitering i spesialisthelsetjenesten
  - Samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten
  - Definere hovedutfordringer
2. Foreslå
  - Nye løsninger og arbeidsformer (tiltak)
  - Estimere framtidig behov for tjenester
  - Organisering

Arbeidsgruppa har bestått av:

**Linda Wikran**, avdelingsleder fysio- og ergoterapiavdelingen  
**Karin Ingebrigtsen**, enhetsleder omsorgsdistrikt Sør  
**Mildrid Hendbukt-Søbstad**, enhetsleder omsorgsdistrikt Nord  
**Ingrid Pedersen**, avdelingsleder lokalmedisinsk senter (LMS)  
**Kjersti Benjaminsen**, enhetsleder Miljøterapitjenesten  
**Maria Bjørnå-Hårvik**, vikarierende avdelingsleder tjenestekontoret  
**Hege Harboe Sjøvik**, kommuneoverlege  
**Gøril Osvoll**, tillitsvalgt fysioterapiforbundet  
**Lill Inger Reinfjell**, enhetsleder helsetjenesten

## 1.4 Prosess i utarbeidelse av planen

Arbeidsgruppa har hatt 6 møter.

7 brukerorganisasjoner ble tilskrevet om å gi tilbakemelding til utarbeidelse av planen.

Det har vært gjennomført workshop om planen med eldrerådet og rådet for funksjonshemmede 3. april 2018, og med Mental helse og Mental helse ungdom 11. april 2018.

Planen er lagt ut på offentlig høring 4. juni 2018 med høringsfrist 1. august 2018.

## 2.0 AVKLARINGER

Vefsn kommune sin demografiske utvikling nødvendiggjør et betydelig større fokus på forebyggende tiltak for å dempe/ bremse behovet for helsetjenester. Habilitering og rehabilitering er sentral for å gjennomføre en slik snuoperasjon i vår kommune.

I veileder for habilitering og rehabilitering står det:

*«Habilitering og rehabilitering er nødvendige helsetjenester med sterk vekt på forebygging og tidlig intervensjon. Det kan beskrives som et sekundær- og tertiærforebyggende tjenesteområde. Styrking av habilitering og rehabilitering har som mål å bidra til en dreining av tjenester i retning av å dempe presset på kompensierende tjenester.»*

*Hva som er mulig å oppnå i en habiliterings- og rehabiliteringsprosess er tett knyttet opp til hvorvidt behovet blir identifisert og tiltak satt inn på et tidlig tidspunkt. Tiltak som settes inn på riktig tidspunkt gir bedre effekt og ressursutnyttelse, og kan forebygge og redusere behov for tjenester på sikt.»*

I juni 2017 fikk Vefsn kommune innvilget tilskudd av Fylkesmannen i Nordland på kr. 370.000,- til prosjektet «Ungdom i spranget – mestring i fanget». I denne forbindelse var et av kravene for tilskuddet at Vefsn kommune utarbeidet plan for habilitering og rehabilitering i løpet av 2017. I september 2017 fikk Vefsn kommune innvilget kr. 300.000,- til prosjektet hverdagsmestring «Ressurser i fokus – hverdag med mestring» der Fylkesmannen i Nordland har stilt samme kravet.

### 2.1 Sentrale føringer

De sentrale føringene for arbeider med Vefsn kommune sin plan for rehabilitering og habilitering er følgende:

- Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester 2012
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator
- Stortingsmelding 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste
- Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017 – 2019)
- Lov om psykisk helsevern
- Veileder IS-2076, sammen om mestring, veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne.

I forskriften Kap. 3 Habilitering og rehabilitering i kommunene ligger følgende føringer:

Kommunen skal:

- Planlegge og ha generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringsbehov i og kommunen

- Sørge for at alle som oppholder seg i kommunen skal tilbys nødvendig utredning og habilitering-/ rehabiliteringsoppfølging
- Koordinerende enhet i hver kommune skal bidra til å sikre helhetlig habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Motta henvendelser vedrørende behov for habilitering og rehabilitering.
- Undersøke og utrede og eventuelt henvise til spesialisthelsetjenesten før habilitering/ rehabilitering settes i gang
- Ha ansvar for formidling av nødvendige hjelpemidler og tilrettelegging

I denne planen er det nødvendig med avklaring av noen sentral begreper.

## 2.2 Habilitering og rehabilitering

Definisjonen av sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering følger av forskrift og habilitering og rehabilitering:

### § 3 Definisjon av habilitering og rehabilitering

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

Habiliterings- og rehabiliteringstjenester skal fremme mestringsevne og understøtte pasientens og brukerens innsats for best mulig fysisk, psykisk, sansemessig, kognitiv og sosial funksjonsevne. Målet er best mulig selvstendighet og deltakelse.

Habilitering og rehabilitering er tiltak som har til hensikt å gjenopprette viktige funksjoner eller bygge opp nye, slik at pasienten i større grad selv kan mestre hverdagen.

Pasientens og brukerens behov, ressurser og mål skal være utgangspunktet for tiltak og tjenester i en habiliterings- og rehabiliteringsprosess. Tjenestene må tilpasse sine bidrag ut fra hva pasient og bruker definerer som sine mål. Dette stiller krav til individuell tilnærming og høy grad av pasient- og brukermedvirkning.

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

**Habilitering** omhandler brukere og pasienter med behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse.

**Rehabilitering** er vanligvis rettet mot funksjonstap på grunn av tilstander som er ervervet senere i livet. Begrepet benyttes hovedsakelig om å gjenvinne tapte funksjoner som man en gang har hatt. Metodikken vil derfor være preget av re-læring av tidligere funksjoner og ferdigheter.

### 2.3 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er en form for teamarbeid som tilstreber en helhetlig tilnærming for å nå felles mål. Dette kan skje av ulike typer kompetanse. Kvaliteten forventes å bli bedre enn om hver og en løste sin del av oppgaven hver for seg. Felles mål og oppgavens art kan kreve at man går på tvers av vanlige yrkesroller og kompetansegrensener ved fordeling av oppgaver.

Innenfor habilitering og rehabilitering skal tverrfaglig samarbeid sikre systematisk og målrettet arbeid ved å utnytte merverdien av interaksjon og utveksling av kunnskap mellom fagene. Samhandlingen må omfatte både dialogen mellom tjenesteyterne og pasient og bruker samt pårørende, og tjenesteyterne imellom. Tverrfaglig tilnærming gjør at tjenestene i større grad blir i stand til å møte den helheten som pasient og bruker definerer.

### 2.4 Læring og mestring

Læring og mestring er sentralt innen habilitering og rehabilitering. Det omfatter både å lære nye og/eller å gjenvinne tapte ferdigheter. Noen må lære å mestre et liv med varige funksjonsnedsettelse. Å få innsikt i, og akseptere endrede muligheter og begrensninger, og finne veien videre gjennom nye løsninger og mestringsstrategier, er viktig for mange.



## 3.0 BRUKERMEDVIRKNING

Pasienten og brukeren skal være hovedaktøren i prosessene. Tjenestene skal tilpasse sine bidrag slik at de fremmer og stimulerer pasient og brukers innsats i å nå sine mål. Pårørende skal trekkes inn i den grad pasientens og brukers ønsker det. Tjenesteyterne skal bidra med sin fagkunnskap og kompetanse. Å guide pasienten og brukeren til annen fagkompetanse utover ens egen profesjon, jfr helsepersonelloven er en del av dette arbeidet.

Kommunen skal legge til rette for at pasient- og brukerrepresentanter deltar i planlegging av habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten. Det innebærer at pasienters og brukers erfaringer får påvirke planlegging og utførelse av tjenestene.

### 3.1 Brukermedvirkning på individnivå

Utgangspunktet for pasient- og brukermedvirkning er prinsippet om at de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, gis innflytelse på utformingen av tjenestene. Habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten skal fremme personlig ansvar og egenmestring. Respekten for det enkelte menneskes selvbestemmelse, rettssikkerhet og autonomi er grunnlaget for pasient- og brukermedvirkning.

### 3.2 Brukermedvirkning på systemnivå

Kommunen skal legge til rette for at pasient- og brukerrepresentanter deltar i planlegging, gjennomføring og evaluering av habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten. Kommune skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av tjenestene. Det innebærer at pasienters og brukers erfaringer får påvirke planlegging og utførelse av tjenestene.

Det er lovpålagt for kommunen å ha kommunale råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne og for eldre. Rådene skal bidra til å ivareta brukermedvirkning på systemnivå og for å sikre systematiske tiltak for innhentning av pasienters, brukers og pårørende erfaringer inngår i virksomhetens styringssystem. I Vefsn har vi Rådet for funksjonshemmede og Eldrerådet for å ivareta brukerinteresser på dette nivået.

### 3.3 Brukermedvirkning i prosess med utarbeidelse av planen

Arbeidsgruppa sendt ut 1. november 2017 brev til 7 brukerorganisasjoner og til rådet for funksjonshemmede og eldrerådet for å få innspill til planen.



Arbeidsgruppa ba om tilbakemelding på følgende:

1. Hva er et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud for de pasienter/ brukere du/ dere representerer?
2. Hva mener du/ dere fungere bra i forhold til habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i Vefsn kommune?
3. Hva mener du/ dere kan bli bedre i forhold til habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i Vefsn kommune?

Det kom inn 1 svar innen fristen (29. november 2017) fra Helgeland parkinsonforening v leder Stein Ivar Mortensen. De svarer som følger:

1. *For parkinsonpasienter vil et godt tilbud innebære god individuell oppfølging av fastlege, logoped og fysioterapeut. Gjerne med utgangspunkt i en individuell oppfølgingsplan kommunens team utarbeider. Vi vet at Parkinsons nett er under utprøving rundt om i landet, og skulle gjerne ha sett at Vefsn kommune grep denne muligheten.*
2. *Ingen av de nærmere 20 medlemmene som møtte i dag kjenner til noe tilbud til Parkinsonpasienter i Vefsn kommune. Unntaket er mestringskurset i regi av Helse nord. Vet ett tilfelle vet vi at fastlege ikke ville bruke tid på å søke pasient inn på dette kurset.*
3. *I og med punkt 1 og 2 så kan det meste bli bedre. En god start kan være et fysioterapitilbud, gjerne i grupper.*

Mosjøen og omland Revmatikerforening har sent høringsuttalelse 11. april 2018. Uttalelsen ligger vedlagt planen og gjengis her i stikkord:

- Fornøyd med at planen lages, og at det er fokus på tverrfaglig samarbeid, læring og mestring.
- Tiltak innen forebygging, helsefremming og hverdagsmestring er positivt.
- Oversikt over hvor mange revmatikere det fins i Vefsn – hvor stor er gruppen fordelt på aldersgruppe?
- Det mangler gruppetilbud for revmatikere i Vefsn.
- Det mangler mestringskurs for revmatikere i Vefsn.
- Det mangler informasjon og oversikt over hvilke tjenestetilbud som finnes.
- Det er viktig at fastleger og fysioterapeuter er informert om de ulike behandlingstilbud som finnes for revmatikere.

Med bakgrunn i den lave svarprosenten tok arbeidsgruppa et initiativ om å gjennomføre «workshop» på planen med eldrerådet og rådet for funksjonshemmede. Dette med utgangspunkt i viktigheten av å få med brukerperspektivet inn i planarbeidet. Oppsummering av det som kommer frem i workshoppene beskrives her.

Dette kom fra som punkter Eldrerådet synes er viktig i forhold til hab./rehab.arbeidet i Vefsn i framtiden. Eldrerådet hadde mest synspunkt i forhold til rehabilitering, da dette er mest aktuelt for denne brukergruppen.

- Få helsesøster for eldre eller liknende funksjon, som bl.a. annet skal ha ansvar for screening av eldre fra en gitt aldre (eks. 70 år). Dette for å fange opp eldre som står i fare for redusert funksjonsnivå på et tidlig tidspunkt. Tidlig intervensjon. May Anne Brand henviser til Vestvågøy kommune, som godt eksempel på vellykket screening.
- Ta i bruk mer velferdsteknologi. Undersøke muligheter for hvordan velferdsteknologiske løsninger kan bidra inn til å løse utfordringer for helse- og omsorgstjenestene
- Flere forebyggende helsetilbud til eldre- eks. «Sterk og stødig». Treningstilbud til «friske» eldre for å forebygge fall og redusert funksjon. Samarbeid med frivillige organisasjoner om gjennomføring.
- Økt behov for ergoterapitjenester. For lang ventetid på hjelpemidler og tilrettelegging i hjemmet for eldre.

Eldrerådet ba under workshopen om å få mulighet til å lese gjennom planen og gi et mer utfyllende hørings svar etter neste møte i eldrerådet 20.mai. Eldrerådet har i sitt møte 14. mai 2018 gitt følgende høringsuttalelse:

Eldrerådet meder det er en grei nok plan med det er behov for å konkretisere en god del av områdene i planen.

Eldrerådet mener planen er for lite konkret, hva er mulighetene for at planen kan settes ut i liv? De føler det er veldig fokus på Mosjøen sentrum, og lite fokus på områdene utenfor byen.

- Utfordring i forhold til Aktivitetshuset – hvem skal være hvor? Samlokalisering med norskundervisning, barnehager som benytter lokaler osv. medfører at huset ikke fungerer optimalt i dag. Mange brukergrupper begrenser mulighet for aktiviteter.
- Brukerne i Miljøterapitjeneste har for mange personer å forholde seg til. Mange fungerer bedre med færre personer rundt seg. Mindre grupper av personale. Tjenestetilbudet til denne gruppen burde vært organisert annerledes for å redusere antall tjenesteytere.
- Noen uttrykker misnøye med endring i forhold til støttekontaktordning. Opplevs som at noen ikke får støttekontakt for at de har for mange vedtakstimer. En representant i rådet uttrykker at hun opplever at alder er et

punkt som er avgjørende for hvem som får støttekontakt. Uenighet om dette punktet fra representanter i Rådet.

- Det er enighet om at det er en utfordring å skaffe nok støttekontakter. Dette er en ordning som burde vært gjennomgått for å se på muligheter for å øke sjansene for bedre rekruttering.
- Vi ser en utvikling der brukere med medfødte tidlig ervervet funksjonsnedsettelse lever lengre. Dette skaper nye utfordringer for eksempel i forhold til at en god del rettigheter for denne brukergruppen opphører ved en viss aldre (67 år?)
- Utfordring å integrere barn/unge med funksjonsnedsettelser på en god måte i ordinære klasser. Burde vært mer fokus på felleskap for barn/unge med nedsatt funksjon. For eksempel kunne barn/unge på ulike skoler vært samlet til undervisning på tvers av skolegrenser for å oppleve felleskap med noen som de kjenner tilhørighet /likhet med. Kan blant annet danne grunnlag for mer ekte vennskap, enn når disse barna er alene i en klasse med bare normalt fungerende elever. Opplever seg ofte annerledes uansett.
- Ønske om et tilrettelagt treningstilbud for brukergruppen i miljøterapien

Workshop med Mental helse og Mental helse ungdom 11. april 2018.

Deltakere valgte å gi tilbakemelding på planen gjennom de tre spørsmålene som var stilt til brukerorganisasjonene:

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

- Tilbud om aktiviteter som vi arrangerer
- Godt samarbeid og god flyt av informasjon mellom ROP-tjenesten (Rus- og psykiatritjenesten) og brukerorganisasjonene.
- Kartlegging
- Rask hjelp
- Individuelt tilpasset tilbud
- Synlighet gir trygghet
- Kunnskap
- Være med å bistå brukere i møte med offentlige instanser og
- Helhetlig rehabilitering – se hele bildet.

*Hva mener du/ dere fungere bra i forhold til habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i Vefsn kommune?*

- Kort ventetid
- Fredagscafé
- Turer
- Qvales café
- kommunikasjon

*Hva mener du/ dere kan bli bedre i forhold til habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i Vefsn kommune?*

- Tilgjengelig informasjon om hvordan komme i kontakt med ROP tjenesten (Rus- og psykiatrtjenesten).
- Lett tilgjengelig informasjon og synlighet.
- Lavterskel møteplass med tilgjengelig kompetanse uten krav til tiltak eller at man må være i behandling. Åpen for alle.
- Tilbud til unge voksne og voksne om spiseproblematikk.
- Kompetanse på gutter/ menn med spiseproblematikk.
- Lavterskel for å ta kontakt
- Tettere samarbeid mellom ROP og Mental helse og Mental helse ungdom – opprette kontakt mellom bruker og brukerorganisasjon. Gjøre det lettere å oppsøke sosial møteplass.

## 4.0 ORGANISERING OG KOORDINERING

For at Vefsn kommune skal ivareta sitt sørge- for –ansvar og imøtekomme behov hos hele spekteret av pasient- og brukergrupper forutsettes det at kommune har habilitering-/ rehabiliteringstilbud med ulik grad av intensitet, kompleksitet og faglig innhold.

Kommunen bør ha tilbud til pasienter og brukere med mindre omfattende, middels omfattende og omfattende behov.

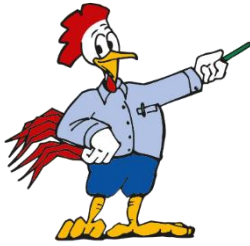
Tjenestene bør tilbys der det kan gi best mulig effekt for brukeren. I de fleste tilfeller vil trening og oppøving av funksjonsevne og mestringsevne ha best effekt når det skjer integrert i dagliglivets arenaer. Noen vil i tillegg ha behov for tilbud i institusjon i korte perioder.

For å illustrere sammenheng mellom behov og omfang på tjenester har vi valgt å bruke rehabiliteringspyramiden.



### 4.1 Koordinerende enhet i Vefsn kommune

Det skal i enhver kommune være en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Dette skal være kontaktpunktet både for de som har behov for habilitering og rehabilitering, og de som bistår (helsepersonell/ medarbeidere) i dette arbeidet. Enheten har det overordnede ansvaret i forhold til å sikre et helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosiale, psykososiale eller medisinsk habilitering/rehabilitering.



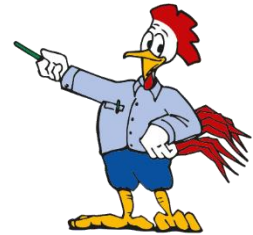
I Vefsn kommune er funksjon som koordinerende enhet tillagt Tjenestekontoret. Tjenestekontoret holder til på rådhuset.

Koordinerende enhet arbeider med å kartlegge brukers ressurser og bistandsbehov, samt vurdere hvilke instanser som skal bistå, dette gjelder både interne og eksterne instanser.

Koordinerende enhet skal også tilrettelegge for brukermedvirkning både på individnivå og systemnivå, samt fremme samhandling mellom tjenesteytere og brukere/pårørende. Enheten skal også samordne og fremme samarbeid mellom kommunens avdelinger, enheter og spesialist helsetjeneste.

Tjenestekontoret tar imot søknader på alle kommunale helse- og omsorgstjenester. De kartlegger og vurderer behov og behandler søknader for følgende tjenester:

- Individuelle plan og koordinator
- Transporttjeneste for funksjonshemmede
- Ledsagerbevis for funksjonshemmede
- Støttekontakt
- Trygghetsalarm
- Omsorgslønn
- Parkeringskort
- Omsorgsbolig for eldre og funksjonshemmede
- Hverdagsrehabilitering
- Hverdagsmestring
- Personlig assistent
- Dagplass for eldre
- Dagplass for funksjonshemmede som et aktivitetstilbud
- Dagplass for demente
- Avlastning for barn og voksne
- Hjemmehjelp og praktisk bistand/opplæring
- Hjemmesykepleie
- Psykiatritjenester
- Rustjenester
- Miljøterapijeneste
- Korttidsplass og rulleringsplass på sykehjemmet
- Langtidsopphold i sykehjem



#### 4.2 Individuell plan og koordinator

Koordinerende enhet i Vefsn kommune har også det overordnede ansvar for koordinatorene, sørger for oppnevning og opplæring av koordinatorene, samt oppfølging

av disse. Dette ansvarsområdet ligger hos systemkoordinator hos koordinerende enhet. Systemkoordinator sørger også for at koordinatorene i kommunen får opplæring i bruk av Individuell Plan(IP).

IP er et verktøy som skal bidra til at pasient og brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det er et felles verktøy som kan benyttes av bruker og andre som er ansvarlig for brukerens bistandsbehov. Slik kan en lettere samarbeide på tvers av fagområder, nivåer og sektorer. Det er opp til bruker å bestemme hvem som skal involveres.

I Vefsn er det 74 brukere som har innvilget individuell plan/ koordinator:  
Dette er fordelt som følger:

Tjeneste bruker er tilknyttet	Alder	Antall brukere
Hjemmet	Under 18 år	35
Hjemmet (her ligger også brukere som på sikt vil fall inn under MT-tjenesten)	Over 18 år	23
Miljøterapi-tjenesten	Over 18 år	9
Hjemmetjenesten	Over 18 år	2
Rus- og psykiatritjenesten	Over 18 år	5
SUM		74



Det ble i 2016 opprettet en 60% stilling som skulle jobbe som individuell koordinator for brukere i hjemmetjenesten og miljøterapi-tjenesten. Det bør vurderes om en slik organisering av koordinatorarbeidet også bør velges for å ivareta koordinatoroppgaven for barn og unge.

#### Utfordringer

##### *Koordinator og individuell plan*

Organisering av koordinatorfunksjon er en utfordring. I dag har kommunen en kombinasjonsordning der koordinatorfunksjon primært er tildelt medarbeidere i Helsetjenesten (helsesøster, fysioterapeut, vernepleier, sosionom, sykepleier og helsefagarbeider) Koordinatoransvaret må ivaretas i tillegg til den ordinære jobben, og dette har vært en utfordring, spesielt for de som går i turnus. I tillegg er det en utfordring da det er helsesøster og fysioterapeut som i stor grad har ivaretatt alle koordinatorene for barn og unge.

Alle som har rett på individuell plan blir forespurt om de ønsker å ha dette. Det er i øyenfallende mange brukere i rus- og psykiatritjenesten som velger bort individuell plan. Årsaken er flere, men det kan se ut som at en av hovedårsakene er

ansvarliggjøring blir for vanskelig å handtere. De fleste velger likevel å få en koordinator.

Det nettbaserte IP-verktøyet, Acos-IP, er i teorien et meget godt verktøy som skal fremme god dialog og kommunikasjon med alle som er i ansvarsgruppe rundt en bruker. Det ivaretar meget bra brukermedvirkning. Men til tross for dette er det få som bruker verktøyet.



## 5.0 HABILITERING OG REHABILITERING I HJEM OG NÆRMILJØ

### 5.1 Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering

Hverdagsmestring er et rehabiliterende tankesett.

Hverdagsrehabilitering forutsetter en felles rehabiliterende holdning eller rehabiliterende tankesett for alle som jobber rundt brukeren. Dette gjelder både for hjemmetjeneste så vel som medarbeider i hverdagsrehabiliteringsteamet. Dette grunnleggende tankesettet som styrer hverdagsrehabiliteringen kalles hverdagsmestring. Det handler om å slippe hjelperollen, og å la være å overta. I stedet for å hjelpe skal man være oppmerksomme på og tenke ut hvordan brukeren kan komme et skritt videre for å nå sine mål. Brukeren skal støttes til å klare å utføre aktivitetene selv.

Målet er å fremme mestring uansett funksjonsnivå. Det at brukeren opplever mestring og kontroll over sin hverdag har betydning i forhold til opplevelse av egenverd og livskvalitet. Fagutøvere som er sammen med bruker, må endre fokus og innta en holdningsendring fra å spørre: «**Hva trenger du hjelp til?**» til å spørre «**Hva er viktige aktiviteter for deg nå?**» Brukerstyring og vektlegging av den enkels ressurser og deltakelse står sentralt.

#### **Å fremme selvstendighet**

Målene som brukerne setter seg handler ofte om å minske, utsette og forebygge behovet for hjelp. Som ansatt skal du være oppmerksom på brukerens ressurser. Hva kan han/hun trene på for å bli mer selvstendig? Er det medisinske forhold som påvirker situasjonen? Er det forhold i omgivelsene som kan endres eller tilpasses? Kan man ta i bruk velferdsteknologi? Det kreves en helhetlig tilnærming.

#### **En faglig omstilling kreves**

I dag er organisering av hjemmetjenesten lagt opp til fokus på delaktiviteter f.eks. personlig hygiene, ernæring, sårskifte, dusj. Denne organiseringen kan unnlate å fremme helhetstenkning og brukerinvolvering. Det er derfor viktig at ledelse og ansatte i større grad kan innta tenkning omkring hverdagsrehabiliterings prinsipper, som bidrar til at fokus dreies til mer helhetstenkning og mestringsfokus. Og ikke minst at brukerens ressurser legges til grunn for å fremme mestring og delaktighet i behandlingen.



Vefsn kommune har i 2017 fått kr. 300.000,- i prosjektmidler fra helsedirektoratet for å sette i gang prosjektet hverdagsmestring – «Ressurser i fokus – hverdag med mestring». Prosjektet er i gang og har fokus på de som søker hjemmetjenester for første gang. Det gjøres en kartlegging og settes i gang tiltak for å øke egenmestring til bruker. Prosjektet er startet opp i hjemmetjenesten Nord og skal i løpet av 2018 ruller

ut til de andre avdelingene i hjemmetjenesten. Det vil bli søkt om videre finansiering av prosjektet slik at hverdagsmestring som tankesett blir implementert godt i hele hjemmetjenesten.

Det vises til eksempler på organisering av habilitering og rehabilitering utenfor institusjon som er oftest anbefalt:

- Tverrfaglig ambulant team (primærhelseteam, koordinerende team, knutepunktmodellen)
- Dagtilbud, dagopphold (gruppetilbud, frisklivstilbud, møter ulike faggrupper på samme sted)
- Lærings- og mestringstilbud, eventuelt i samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- Fysioterapeuter med avtale med kommunen – kommunen bør sikre rammer for samarbeid slik at disse inngår i en sentral ressurs i kommunens habiliterings- og rehabiliteringstilbud
- Hverdagsrehabilitering slik at målgruppen (hovedsakelig eldre) tilbys tiltak for å vinne tilbake funksjons- og mestringsevne
- Hverdagsmestring fremfor kompensierende tjenester for å forebygge tap av funksjons- og mestringsevne samt tilby tiltak for å vinne tilbake funksjons- og mestringsevne

### **Primærforebyggende tiltak:**

Før vi begynner å gå inn på begrepene hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering er det viktig å ha et fokus på forebyggende tjenester. Primærforebyggende tiltak er tiltak som skal treffe de brede lag av befolkningen. Det er forebygging som søker å forhindre at et problem, skade eller sykdom oppstår. En vellykket primærforebyggende innsats vil føre til en reduksjon i antall *nye tilfeller*.

Caplan (1964) peker på tre områder for primærforebyggende innsats:

1. forhold i miljøet som har skadelig innflytelse på folk
2. krefter i miljøet som støtter etter øker folks mestring og skadelige forhold, og
3. krefter i miljøet som kan øke befolkningens motstandskraft overfor fremtidige skadelige påvirkninger.

Informasjon til innbyggere er et viktig tiltak i primærforebyggingen. Dette er viktig for at hver og en av oss som innbygger skal være i stand til å ta vare på egen helse. I dette arbeidet er det mange aktører, og alle driftsenheter i Vefsn kommune skal ha med seg folkehelseperspektivet.

Primærforebygging kan være:

- Strøing av glatte fortau, brøyting av gangstier
- Tilrettelegging av nærturområder
- Trafikksikkerhetstiltak
- Folkehelseinstituttets kostholdsråd

Men vi kan også drive primærforebygging rettet mot bestemte grupper. I denne sammenhengen har Vefsn kommune en utfordring knyttet til en aldrende befolkningssammensetning der større deler av befolkningen vil være eldre.

Å bli eldre medfører mange ulike endringer som gjør at den enkelte bør ha ny kunnskap for å kunne forebygge helsesvikt på en god måte. Det kan handle om endringer i sosial tilhørighet ved at flere arenaer blir borte, blant annet de som er knyttet til arbeidsliv. Det kan handle om fysiske endringer som krever nye måter å trene på for å ivareta en god fysisk helse. Det handler om å sette i gang tiltak for å forebygge utrygghet, sosial isolasjon og osv.

For å ivareta dette på en god måte ser vi at Vefsn kommune mangler viktige brikker i sitt forebyggingsarbeid. Det har tidligere vært diskutert tiltak som etablering av eldresenter, både for å ivareta en sosial arena men også for å bidra til at flere eldre kan få en aktiv og meningsfylt hverdag. Samt skape en arena for kunnskap, mestring, aktivitet og sosial tilhørighet.

Helt siden innarbeidning av samhandlingsreformen i 2012 har det vært diskutert å få etablert en ordning med eldrekonulent som skulle drive oppsøkende virksomhet til alle i gitt alderstrinn. Nettopp for å drive god informasjon og forebygge helsesvikt.

## 5.2 Hverdagsrehabiliteringsteamet i Vefsn kommune

I 2014 fikk Vefsn kommune innvilget prosjektmidler for å starte opp med hverdagsrehabilitering og er i dag videreført som en fast del av tjenesten.

Hverdagsrehabiliteringsteamet består av 1,5 årsverk, 50 % stilling fysioterapeut, 50 % stilling sykepleier og 50 % stilling ergoterapeut. Hverdagsrehabilitering har frem til september 2018 vært organisert under Lokalmedisinsk senter på Vefsn sykehjem. Men siden brukere er hjemmeboende og for å få til et godt og smidig samarbeid rundt tjenestene til bruker er det fra september organisert under hjemmetjenesten Sør som har sine lokaler på Vefsn sykehjem. Der vil teamet være samlokalisert med prosjektleder for prosjektet hverdagsmestring.

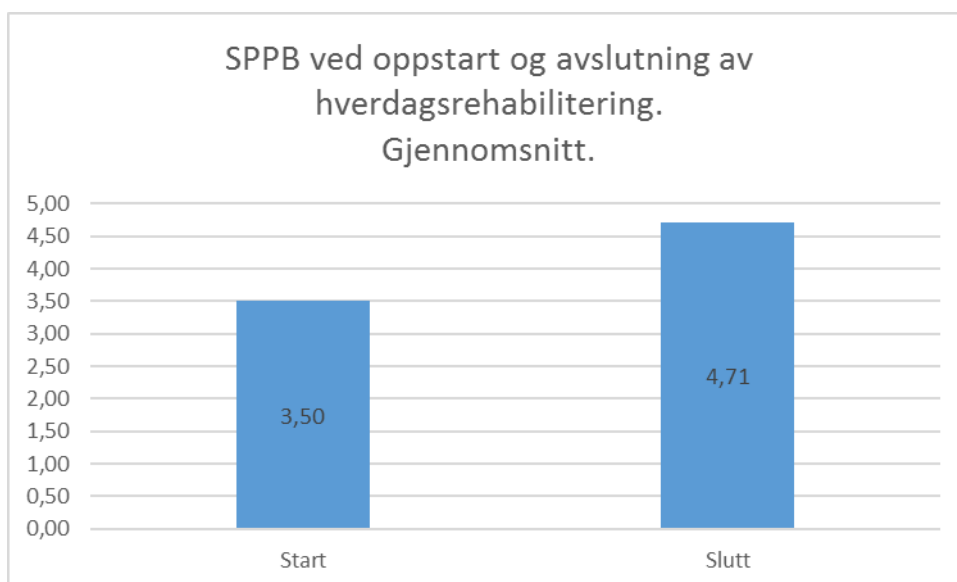
Henvising til hverdagsrehabilitering kommer fra sykehus, fastlege, hjemmetjenesten, sykehjemsavdelinger og tjenestekontoret. Teamet vurderer om pasienten vil ha nytte av tjenestetilbudet.



I 2017 er totalt 63 henvisninger til hverdagsrehabilitering mottatt. Disse henvisningene kommer fra følgende avdelinger. Av alle henvisningene ble 24 vurdert til ikke å være aktuell for hverdagsrehabilitering. Totalt ble 39 av henvisningene vurdert til å være aktuelle kandidater, og av disse fullførte 28 personer intervensjonen. 11 som startet hverdagsrehabilitering fullførte ikke intervensjonen.

Av alle som gjennomførte intervensjonen har den vart i gjennomsnitt 5,1 uker (36 dager). Den korteste intervensjonen varte i 2,9 uker (20 dager), og den lengste i 9,6 uker (67 dager).

Alle som gjennomførte intervensjonen har hatt i gjennomsnitt 18 besøk av teamet. Den som hadde minst besøk av teamet under intervensjonen hadde 14 besøk, og den som hadde mest besøk hadde 25.



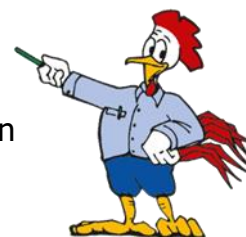
SPPB tester fysisk funksjon hos eldre, og gjennomføres ved oppstart og avslutning av intervensjonen. SPPB tester balanse, ganghastighet og styrke i beina. En endring på ett poeng eller mer indikerer en klinisk meningsfull endring.

19 brukere hadde en positiv endring i løpet av intervensjonen.

5 brukere hadde ingen endring i løpet av intervensjonen.

4 brukere hadde en negativ endring i løpet av intervensjonen. 3 av brukerne var ikke i stand til gjennomføre avsluttende SPPB på grunn av sykdom.

(kilde statistikk fra Lokalmedisinsk senter Vefsn sykehjem)



### Utfordringer

Det er i dag ventelister til hverdagsrehabiliteringen. Dette er med på å understreke at det er for liten kapasitet innenfor trinnene i rehabiliteringspyramiden i Vefsn kommune.

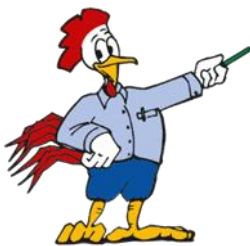
### 5.3 Frisklivssentralen

Vefsn kommune har en Frisklivssentral som er bemannet med to fysioterapiårsverk. Frisklivssentralen er en del av kommunens samlede helsetilbud og har som hovedansvar å drive forebyggende helsetjenester.

Frisklivssentralen har et strukturert oppfølgingssystem for personer med behov for å endre helseatferd gjennom ordningen frisklivsresept. Personer inne i et strukturert opplegg med frisklivsresept får oppfølging og veiledning i forhold til endring av levevaner. Dette gjelder primært i forhold til fysisk aktivitet, kosthold, snus- og røykevaner. Frisklivssentralen kan også ha utvidede oppgaver i forhold til oppfølging på psykiske belastninger, søvnvansker og risikofylt alkoholbruk. Tilbud innenfor de utvidede oppgavene er ikke oppe og går i strukturert form i Vefsn pr. i dag. Men det jobbes med en videreutvikling av tilbudet for å nå enda større grupper av befolkningen.

Frisklivssentralens rolle, organisering og tilbud avhenger av innbyggerens behov for helsetjenester, helsetilstand og risikofaktorer, samt lokale forhold. Formålet med arbeidet i frisklivssentralen er å fremme fysisk og psykisk helse og forebygge eller begrense utvikling av sykdom.

Dette vet vi om hvordan tilbudet med Frisklivsresept anvendes i Vefsn i 2017:



222 personer ble henvist til Frisklivssentralen til strukturert oppfølgingstilbud (frisklivsresept). Av disse gjennomførte 107 personer resept-perioden.

Det er deltakere i et stort aldersspekter med en hovedtyngden av deltakere i gruppen 40-59 år (40%).

Henvisningsårsaker er i hovedsak muskel/skjelett (49/222), overvekt (33/222) og inaktivitet (34/222).

Kilde: Veileder for kommunale frisklivssentraler, etablering, organisering og tilbud, 2016 og lokalt utarbeidet statistikk for anvendelse av frisklivsresept

## 5.4 Lærings- og mestringstilbud

Kommunen har ansvar for å ha lærings- og mestringstilbud til sine innbyggere. Dette organiseres i dag hovedsaklig gjennom samarbeid med spesialisthelsetjenesten (Helgelandssykehuset). Vefsn kommune og Helgelandssykehuset har i samarbeid utarbeidet og arrangert lærings- og mestringskurs til ulike diagnosegrupper. Dette er tverrfaglige og brukertilpassede kurs som tilbys åpent ut til innbyggerne på Helgeland. Det er blant annet arrangert kurs for pasienter med Parkinson sykdom, KOLS- pasienter, pasienter med prostatakreft. I første halvår av 2018 samarbeider Helgelandssykehuset og Vefsn kommune om utvikling av lærings- og mestringskurs for slagrammede.

Det tilbys også noen lærings- og mestringsaktiviteter gjennom Frisklivssentralen.

### Utfordringer

Det er i dag ingen dedikert ressurs knyttet til lærings- og mestringstilbud i Vefsn kommune.

## 5.5 Fysioterapitjenesten

Fysioterapitilbudet i Vefsn kommune er organisert med fysioterapeuter ansatt i den kommunale helsetjenesten (Fysio- og ergoterapitjenesten) og private fysioterapeuter som jobber som selvstendig næringsdrivende med driftsavtale med kommunen. Alle fysioterapeutene skal drive sin virksomhet i tråd med krav fastsatt i lov og forskrift, oppdatert kunnskap og nasjonale retningslinjer, samt lokale føringer i Vefsn kommune. Alle fysioterapeutene er viktige aktører for å sikre tilstrekkelig omfang og kvalitet på det kommunale habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet.

Fysioterapi omfatter undersøkende, behandlende, rehabiliterende og forebyggende tiltak, herunder veiledning, opplæring og vurdering av behov for hjelpemidler.

Behandling hos fysioterapeut inkluderer tiltak som har til hensikt å optimalisere funksjon, begrense et funksjonstap, eller lindre smerter og symptomer.

Fysioterapeuten skal samarbeide med pasientens fastlege og andre relevante tjenesteytere ved behov. For pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fysioterapeuten å informere pasienten om individuell plan og koordinator i kommunen og melde behov for individuell plan og koordinator til kommunens koordinerende enhet. Fysioterapeuten skal ved behov medvirke til utarbeidelse av individuell plan.

For pasienter i et habiliterings- eller rehabiliteringsforløp skal fysioterapitjenesten kunne ytes integrert med dagtilbud, barnehage, skole, arbeidsplass eller andre relevante arenaer.

#### Kommunal ansatte fysioterapeuter



Vefsn kommune har pr. 01.01.18, 6,5 årsverk kommunalt ansatte fysioterapeuter.

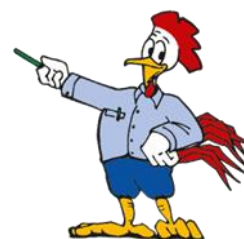
Fysioterapeutene er alle, i mer eller mindre grad, involvert i habiliterings- og rehabiliteringsarbeid på ulike arena i kommunen. Habiliterings- og rehabiliteringsarbeid foregår både i hjemmet, i barnehage, på skole, arbeidsplass, poliklinisk og i institusjon. Fysioterapeuten er en sentral aktør i habiliterings- og rehabiliteringsforløp og samarbeider med andre faggrupper for å skape et kvalitetsmessig og helhetlig habiliterings- og rehabiliteringstilbud.

De kommunalt ansatte fysioterapeutene har sine lokaliteter i 1.etg. ved Vefsn sykehjem. Tjenestene forsøkes tilbudt der det kan gi best mulig effekt for brukeren. I de fleste tilfeller vil trening og oppøving av funksjons- og mestringsevne ha best effekt når det skjer integrert i dagliglivets arenaer som hjem, barnehage, skole, dagtilbud, fritidstilbud og arbeidsliv. Det tilbys også tjenester i fra lokalene til tjenesten.

Tilbudet organiseres både som individuell behandling/oppfølging og i grupper.

Pr. 01.01.18 har den kommunale fysioterapitjenesten gruppetilbud til:

- MS-pasienter
- KOLS-pasienter
- Pasienter med livsbelastningsproblematikk (ME, traume, psykosomatisk/ -motoriske symptom)
- Pasienter som har eller har gjennomgått kreft



I løpet av 2018 er det mål om å opprette et gruppetilbud til eldre (65+) med fokus på forebygging av fall og funksjonstap som følge av aldring og inaktivitet. Denne satsningen er i tråd med mål og behov for å satse primærforebyggende for å fremme selvstendighet og mestring.

## Selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter – en del av det kommunale fysioterapitilbudet



I Vefsn kommune arbeider det 11 fysioterapeut som selvstendig næringsdrivende. Disse har en driftsavtale med kommunen og får tilført driftstilskudd fra kommunen (totalt 6,5 driftstilskudd). Fysioterapeutene jobber fordelt ved tre ulike virksomheter, Vefsn fysikalske institutt, Tøndels fysikalske institutt og Frisk 3. To av fysioterapeutene har videreutdanning i manuellterapi og to i psykomotorisk fysioterapi.

De selvstendig næringsdrivende fysioterapeutene skal i likhet med de kommunalt ansatte drive sin virksomhet i tråd med krav fastsatt i lov og forskrift, oppdatert kunnskap og nasjonale retningslinjer, samt lokale føringer og planer for helse – og omsorgstjenester.

De selvstendig næringsdrivende fysioterapeutene skal også gi tilbud om behandling i hjemmet til hjemmeboende pasienter som på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne ikke kan møte i fysioterapeutenes lokaler eller når dette anses nødvendig for å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp.

### Utfordringer

En tjeneste organisert på denne måten har medført utfordringer med å koordinere og sørge for mest mulig effektiv utnyttelse av fysioterapiressursene. Dette skyldes delvis at samarbeid og kommunikasjon mellom de kommunalt ansatte og selvstendig næringsdrivende fysioterapeutene ikke har vært godt nok.

For å legge til rette for bedre og tettere samarbeid ble det i januar 2018 vedtatt å opprette et samarbeidsutvalg. Samarbeidsutvalget skal være sammensatt av strategisk ledelse i kommunen, politisk representant, samt fast ansatte og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter. Samarbeidsutvalget skal bl.a. jobbe med å videreutvikle fysioterapitilbudet i kommunen slik at Vefsn kommune i enda større grad lykkes med å imøtekomme brukernes behov.

## 5.6 Habiliteringstjenesten I Vefsn kommune (Miljøterapi-tjenesten)

Miljøterapi-tjenesten i Vefsn kommune yter tjenester til brukere med varig nedsatt funksjonsnedsettelse.

Fokus på tjenestene er trening, vedlikehold av funksjoner og hverdagsmestring. Det trenes på å vedlikeholde allerede ervervede fysiske og psykiske funksjoner.



I dette arbeidet står brukermedvirkning sterkt. Målet med dette arbeidet er at den enkelte skal føle mestring i hverdagen, bli best mulig trent til å mestre egen bosituasjon og ha en meningsfylt hverdag.



Miljøterapien i Vefsn har ansvar for 58 omsorgsleiligheter med 24 timers døgnbemanning.

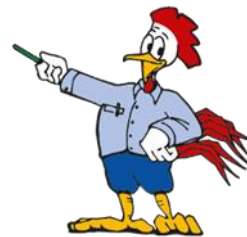
7 brukere bor i egen bolig og får bistand gjennom ambulerende team.

Aktivitetshuset - et dagaktivitetssenter – gir dagaktivitet til ca.35 brukere. De yter også tjenester som oppfølging i bedrift for brukere som har behov for det.

Vefsn kommune har 25 VTA-plasser (varig tilrettelagte arbeidsplasser) på HIAS.

Avlastning ytes i avlastningsboligen, i en avlastningsleilighet i samme bolig samt i en frittstående bolig et lite stykke unna. Det ytes avlastningstjenester til 14 familier i institusjon.

I tillegg gis det avlastning til 15 brukere i privat heim og på gård via «Gårdsopplevelser i Nord» og hos lokale private aktører.



Det er tett og nært samarbeid med fysio- og ergoterapien i forhold til mange av brukerne i miljøterapien. Både de som bor i omsorgsleilighet og de som mottar avlastning. Samarbeidet går ut på trening av brukere og veiledning av personal. En vesentlig del av samarbeidet er i forhold til hjelpemidler. Det gjelder bestilling og tilpassing av disse og opplæring av brukere og ansatte i forhold til bruken av hjelpemidlene.

Ansatte fra helsestasjonen og fysio- og ergoterapien er ofte koordinatorene for barn som mottar tjenester via miljøterapien. Som koordinatorene leder de ansvarsgruppene rundt brukerne. Dette er et viktig samarbeid blant annet for å få til gode overganger fra barnehage til skole og videre opp i skolesystemet og over i egen bolig etter hvert som barnet/ungdommen vokser til. Hvis samarbeidet starter tidlig og alle involverte deltar i prosessen, ser vi at vi ofte får til gode overganger for barnet eller ungdommen.

Det er et godt samarbeid med Habiliteringstjenesten Helgelandsykehuset Mosjøen i enkeltsaker. De yter veiledning og opplæring slik at personalet skal forstå den enkelte brukers behov bedre og gjøre dem i stand til å yte gode og tilpassede tjenester til alle brukerne – også de som det er en del utfordringer med. Prosjektene «Hverdagsmestring» og «Ungdom i Spranget, mestring i fanget» er prosjekt som også vil komme brukere i vår tjeneste til gode. Prosjektene vil også kunne bidra til at de brukerne som faller mellom «to stoler» i forhold til den måten de ulike tjenestene er oppbygd og fungerer på i dag vil kunne få bedre og mer tilpassede tjenester.

#### Utfordringer

*For lite ressurs til brukere som har behov for bistand fra ambulerende team.*

Det er flere brukere med varig nedsatt funksjonsnedsettelse som bor i egen privat/leid bolig. Dette er brukere som kan få bistand fra ambulerende team. Ambulerende team har vært organisert i turnus knyttet til en av boligene i Miljøterapien. Det bidrar til at tjenesten er begrenset og «formen» på tjenestetilbudet blir i for liten grad utformet ut fra brukerens behov da turnus må ta et større hensyn til beboere i bolig. Med denne organiseringen var kapasiteten sprengt. Derfor endres organiseringen av tjenesten fra 20. august 2018. Ambulerende team flyttes til en annen avdeling og blir ikke en del av boligens ordinære turnus. Dette gjøres for at tjenesten Ambulerende team yter skal kunne møte brukerens behov for tjenester bedre i fremtiden.

*Økt behov for tilbud om en meningsfylt hverdag*

Nye brukere innenfor fagområdet habilitering, viser at det er behov for økt innsats knyttet til aktivitetstilbud og en meningsfylt hverdag. Det er spesielt utfordring knyttet til å ha gode aktivitetstilbud til unge brukere som har et høyere funksjonsnivå.

### 5.7 Habilitering for barn og ungdom

Barn og unge med behov for habilitering har ulike medisinske tilstander eller kroniske sykdommer. Felles er at tilstanden påvirker funksjonsnivå, læringsevne og livskvalitet i en slik grad at de har behov for strukturert og tverrsektoriell bistand over lengre tid.



Vi har i dag ca. 45 barn og unge som har behov for et habiliteringstilbud i kommunen. Det er flere diagnoser som ligger bak behovet som for eksempel cerebral parese, cystisk fibrose, muskelsykdommer, autisme, downs syndrom og andre sjeldne syndrom.

Det legges vekt på at oppfølging skal gi best mulig effekt og det medfører at trening og oppøving av funksjon- og mestringsevne for det meste foregår integrert i dagliglivets arena (hjem, barnehage, skole, avlastningsbolig, fritid). Å se personen i sitt vante miljø er et sentralt utgangspunkt for å forstå helheten som tjenesten skal passe inn i. Pårørende og familie er viktige ressursen, sammen med øvrige sosial nettverk i barnehage, skole og fritid. Tjenesten skal legge til rette for at foreldre, familie og nettverk kan medvirke i samsvar med barnets/ ungdommens ønske.

For å få til en god oppfølgingen av habilitering til barn og unge er det oftest behov for at flere ulike fagpersoner er inne i behandlingsforløpet. Det kan være sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut, vernepleier, lege, pedagog, assistent eventuelt andre. Det krever at det er et tett og godt samarbeid mellom de ulike partene. I tillegg er det viktig med et tett og godt samarbeid med de menneskene som er i dagliglivet til barnet/ ungdommen.

For noen av barna/ ungdommen er det også behov for et tett samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten. Noen har diagnoser som har et alvorlig symptombylde og har behov for tett oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Med bakgrunn i dette er det et tett samarbeid rundt hver enkelt barn/ ungdom når det er behov for det. I spesialisthelsetjenesten er det følgende samarbeidspartnere; habiliteringstjenesten Helgelandssykehuset, habiliteringstjenesten i Bodø, Valnesfjord helsesportsenter og ulike sykehus (Bodø, Tromsø, Trondheim og Oslo).

Vefsn kommune tilbyr følgende innenfor habilitering:

- Intensiv fysikalsk trening i avgrensede perioder
- Opptrening og oppfølging etter operasjon, for eksempel multilevel kirurgi hos brukere med cerebral parese
- Tilrettelegging i hjem, barnehage, skole med ulike typer tekniske hjelpemidler
- Veiledning av assistenter/ foreldre/ familie som følger opp barnet/ ungdommen i det daglige
- Oppfølging integrert i dagliglivets arena
- Koordinator og individuell plan
- Ansvarsgruppe/ basisgruppe

Tilrettelagte behandlings- og gruppetilbud til personer med nedsatt funksjon

Vi har tilbud om terapiriding i kommunen. Dette er en fysioterapibehandling hvor hestens bevegelser brukes til å oppnå en ønsket effekt hos den enkelte. Denne behandlingen kan bare utføres av fysioterapeut med godkjent spesialutdanning innen rideterapi. Vi tilbyr gruppetrening både på dag- og kveldstid. For de som deltar på kveldstid, blir dette et kombinert behandlings- og fritidstilbud. Det å delta på en gruppeaktivitet har også en sosial effekt.

Vi tilbyr veiledet trening i varmtvannsbasseng og i klatreveggen, noe som også kan overføres til en fritidsaktivitet.

Det finnes blant annet tilrettelagte fritidsaktiviteter for barn, unge og voksne med nedsatt funksjon innenfor grenene fotball, bowling, turning og ulike tur-grupper.



## Utfordringer

### *Sårbare overganger på hverdagsarenaer:*

Vefsn kommune har utarbeidet rutiner for å sikre gode overganger mellom barnehage – barneskole – ungdomsskole – videregående skole. Dette har bidratt til at mange overganger blir veldig bra. Når barnet/ ungdommen skal over på «ny» hverdagsarena er det viktig å få overganger som er planlagt og forutsigbar både for barnet/ ungdommen – foreldre – og dem som er ny i hverdagsarenaen.

Men til tross for gode rutiner er det fortsatt overganger vi ikke lykkes med og som har et betydelig frobedringspotensialet.

### *Alvorlig syke barn som kommer fra spesialisthelstetjenesten til kommunens helsetjeneste*

Noen barn/ungdom med nedsatt funksjon må gjennom en del operasjoner i løpet av barne- og ungdomsårene. Multilevel operasjon\* hos de med CP (Cerebral parese) er et eksempel på en omfattende operasjon. Her kan det være en utforing når disse barna skal tilbake til kommunen. De skrives tidlig ut av sykehus og har ofte store smerter og har behov for omfattende hjelp til forflytning og daglig aktiviteter (ADL-trening). Det er en utforing å ha alt på plass i forhold til tilrettelegging og hjelp i heimen i tillegg til at barnet skal ha undervisning/sosiale aktiviteter. Noen ganger er disse operasjonene planlagt god tid i forveien, noe som gjør det enklere for kommunen å tilrettelegge, men andre ganger kan det skje på kort varsel.

\*Multilevel operasjon er at det gjøres flere operasjoner samtidig, ofte på flere nivå (hofta, kne, ankel, skulder). For CP-pasienter er det ofte snakk om ortopediske operasjoner i ledd og sener.

Denne utfordringen vil også gjelde nyfødte med omfattende funksjonsnedsettelse som blir født på spesialistsykehus og har store medisinske utfordringer og kanskje også svært sjeldne tilstander.

#### *Ressursteam habilitering – for alvorlig syke barn*

Det er behov for å få på plass et kommunalt habiliteringsteam. Tanken er at dette teamet skal bestå av kompetanse spesielt innen barnehabilitering. Det er et økende behov for denne kompetansen i vår kommune. Spesielt i forhold til når kommunen skal yte tjenester til familier med babyer/små barn og barn med store bistandsbehov og/eller medisinske utfordringer.

Dette arbeidet ble startet våren 2016 da det ble satt sammen ei gruppe som skulle jobbe med en prosjektplan og søknad om midler til denne type arbeid.

Det ble i mars 2017 sendt inn en søknad om midler for å drive prosjektet.

### 5.8 Hjelpemidler og ergonomiske tiltak

Kommunens sørge for ansvar innenfor området hjelpemidler og ergonomiske tiltak gjelder uavhengig av varighet på behov. Det gjelder i alle ledd av formidlingsprosessen – utredning av behov, utprøving av hjelpemidler, bistand i søknadsprosessen, tilpasning og montering av hjelpemidler, opplæring, service og reparasjon.

Kommunene har også ansvaret for å evaluere og følge opp behov for endringer.

Dette gjelder på alle livsarenaer som hjem, skole, jobb, fritid osv.

Kommunen har økonomisk ansvar for hjelpemidler til kortvarig lån – inntil 2 år. NAV og folketrygden har ansvaret for hjelpemidler for varige behov – over 2 år.

Det foreligger en samarbeidsavtale mellom kommunen og NAV vedrørende hjelpemidler utlånt til varig behov.

#### *Ergoterapitjenesten*

Mange personer med funksjonsnedsettelser og kroniske sykdommer vil og skal mestre hverdagslivet og delta i samfunnet, på tross av sine utfordringer. En ergoterapeut bidrar når det blir gap mellom ønsker og muligheter.

På enkelte områder er ikke samfunnet utformet etter prinsippene om universell utforming, og for mange mennesker er ikke universell utforming tilstrekkelig. Ergoterapitjenesten er kommunens eksperter på aktivitet og deltakelse med vekt på samfunnsutforming og på finne den enkeltes persons ressurser på hverdagsmestring. En ergoterapeut har som hovedfunksjon og lukke gapet mellom personens funksjon og omgivelsene krav ved å endre omgivelser, større mestring eller tilrettelegge aktiviteter. Det handler om å mestre de daglige gjøremål og å kunne delta på de arenaer som er viktig for den enkelte.

Ergoterapeuten kan gi tilbud til mennesker i alle aldre som av ulike grunner har vansker med å utføre daglige aktiviteter, eller som står i fare for å få det i forbindelse

med sykdom, skade eller varig nedsatt funksjonsnedsettelse. Aktuelle tiltak kan være kartlegging, fysisk tilrettelegging, veiledning og ADL-trening. Ergoterapeutene er en viktig aktør i det tverrfaglig rehabiliterings - og habiliteringstilbudet i kommunehelsetjenesten.

#### Hjelpemiddelformidling i Vefsn kommune

I Vefsn har det kommunale hjelpemiddellageret ansvar for kommunenes utlån av tekniske hjelpemidler ved kortvarige behov. Dette dreier seg om hjelpemidler der behovet til bruker er under 2år. Dette er ofte hjelpemiddelbehov etter for eksempel planlagt operasjon, midlertidig skade som bruddskader ol.

Ved langvarig behov for tekniske hjelpemidler (over 2 år) lånes dette fra ut Hjelpemiddelsentralen i Bodø. I disse sakene har kommunalt hjelpemiddellager en formidlingsfunksjon. Kommunalt hjelpemiddellager har bl.a. ansvar for mottak, formidling og retur av disse hjelpemidlene.

Vaktmester ved kommunalt hjelpemiddellager jobber også med å tilpasse, montere, vedlikeholde og reparere tekniske hjelpemidler i nært samarbeid med ergoterapeutene.

Hjelpemiddelformidling og tilrettelegging av omgivelser ivaretas i av kommunalt ansatte ergoterapeuter og vaktmester ved kommunalt hjelpemiddellager. Disse funksjonene er organisert sammen med den kommunale fysioterapitjenesten, og utgjør tilsammen Fysio- og ergoterapitjenesten i Vefsn kommune. I tjenesten har vi 3 ergoterapeutårsverk og 1,6 årsverk vaktmester.

	Nye henvendelser					
	fra innbyggere i Vefsn med behov for hjelpemiddel eller tilrettelegging					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Antall henvendelser	389	369	468	503	481	523

Statistikk fra NAV Hjelpemiddelsentral i Nordland- omhandler hjelpemidler til varige behov (over 2 år).				
Beskrivelse	2013	2014	2015	2016
Antall aktive brukere som har hjelpemidler	1.680	1.752	1.858	1.918
Antall brukere med utleverte hjelpemidler	399	494	445	447
Samlet verdi for utleverte varige hjelpemidler	Kr. 9.314.093	Kr. 9.080.024	Kr. 9.282.003	Kr. 9.217.946

## Utfordringer

### *For dårlig kapasitet i hjelpemidelformidlingen*

Hjelpemidelformidling legger beslag på store ressurser hos ergoterapeutene. Vi ser av de siste års statistikk at antall henvendelser i forhold til hjelpemiddelbehov har økt betydelig. Det økte antall henvendelse har sammenheng med den demografiske utviklingen i kommunen med stadig økende antall eldre, samt kortere liggetid på sykehus/ kommunal institusjon, som medfører at personer kommer hjem med større hjelpemiddel- og tilretteleggingsbehov. Vedlagt statistikk viser en økning på 25,6 % på 6 år i antall nye henvendelser.

Det er i en periode på 4 år økt med 238 aktive brukere som har hjelpemidler uten at det er tilkommet økt ressurs til ergoterapi.

## 6.0 HABILITERING OG REHABILITERING FOR BRUKERE INNENFOR RUS- OG PSYKIATRFELTET

### 6.1 Hovedforløp 1 – Milde og kortvarige problemer

Eksempler på tilstander som dekkes av forløpet:

- Nyoppstått angst eller depresjon av mild til moderat grad
- Selvskading uten samtidig personlighetsforstyrrelse
- Bruk av illegale rusmidler uten funksjonssvikt
- Høyt alkoholkonsum som skaper problemer uten å oppfylle krav til skadelig bruk

Gjennom tidlig identifikasjon og intervensjon kan det være mulig å forhindre videreutvikling og begrense problemene, forkorte behandlingen og redusere negative konsekvenser.

Tjenesteapparatets hovedinnsats bør rettes mot dem som antas å utvikle vesentlige plager eller funksjonssvikt. Tjenestene bør i langt større grad enn ved somatisk sykdommer drive aktivt informasjonsarbeid og organiserer tjenestene, slik at de er lett tilgjengelig for brukerne.

Kommunen bør ha hovedansvaret for å ivareta personer med milde og kortvarige problem. Innsatsen i behandling bør rettes mot de psykiske vanskene eller rusproblemene. Kommunen har flere aktører å spille på i behandling som fastlege, psykolog, NAV, Rus- og psykiatritjenesten og omsorgstjenesten. Ved lette plager kan frisklivssentralen, treningskompis, aktivitetstilbud, kurs i depresjonsmestring være egnede tiltak.

Kommunen må kunne tilby rask hjelp med lav terskel.



58 personer er per 1. februar 2018 registrert i Rus- og psykiatritjenesten med lidelser knyttet til hovedforløp 1.

34 personer er under 30 år.



## 6.2 Hovedforløp 2 – Kortvarige alvorlige problemer/ lidelses og langvarige mildere problemer/ lidelser

Eksempel på tilstander som dekkes av forløpet:

Akutte psykoser med god prognose

- Tidsbegrenset skadelig bruk av alkohol
- Illegale rusmidler uten avhengighet
- Langvarige mildere depresjoner eller angstlidelser
- Mindre alvorlige personlighetsforstyrrelser eller spiseforstyrrelser
- Skadelig bruk av alkohol uten markert funksjonstap og tilbakenvendende depressive episoder

De forebyggende tiltakene sikter mot å lindre plagene, sikre bedre forløp. Forhindre tilbakefall og motvirke komplikasjoner. God behandling kan lindre plagsomme symptomer som angst, depresjon og emosjonell labilitet, og ha stor betydning for funksjonsevne, livskvalitet og forholdet til nærstående.

Jo lengre plagene vare, desto vanskeligere er det å hindre at de blir kroniske eller kommer tilbake. Ved langvarige problemer øker faren for å utvikle komplikasjoner. Langvarige psykiske lidelser er forbundet med økt risiko for å utvikle rusmiddelproblemer og omvendt. Selvmord er vanligere ved langvarige og tilbakevendende problemer.

Alvorlige, men kortvarige problemer/ lidelser får sjelden store praktiske konsekvenser for brukere, med unntak av situasjoner hvor brukeren har opptrådt uheldig i den akutte fasen, for eksempel i ruspåvirket tilstand eller ved mani.

Tjenesteutøveren må arbeide med sikte på at brukerne skal mestre sine problemer. Rehabilitering er sjelden aktuelt ved denne typen lidelser, siden konsekvensene som regel er begrensede og funksjonsfallet lite eller kortvarig. Skadereduksjon ut over tilbakefallsforebyggende langtidsbehandling er sjelden nødvendig.



73 personer er per 1. februar 2018 registrert i Rus- og psykiatritjenesten med lidelser knyttet til hovedforløp 2.

36 personer er under 30 år.

### 6.3 Hovedforløp 3 – Alvorlige og langvarige problemer/ lidelser

Eksempel på tilstander som dekkes av forløpet:

- Medikament eller rusmiddelavhengig
- Alvorlige bipolare lidelser
- Alvorlig depresjon
- Schizofreni
- Alvorlige personlighetsforstyrrelser

Ved alvorlige og langvarige problemer/ lidelser vil hovedfokuset være å forhindre tilleggsproblemer og å fremme den enkeltes vei mot bedring og mestring av egen livssituasjon. Forebyggingen kan bestå i å redusere mulighetene for at den enkelte blir utsatt for stigmatisering og diskriminering, hindre forverring og tilbakefall av problemene, begrense de negative konsekvensene av problemet og arbeide for langsiktig bedring.

Personer innenfor dette hovedforløpet står i fare for å miste eller mangler i større eller mindre grad tilgang på levekårsressurser som bolig, arbeid eller sosialt nettverk.

For tidlig å identifisere selvmordsrisiko er det viktig at tjenestene er i stand til å kjenne igjen, behandle og eventuelt henvise brukeren til spesialisthelsetjenesten.

Noen måter å organisere tilbudene på ser ut til å gi gode resultater. Aktivt oppsøkende behandlingsteam, ACT-team, og andre oppsøkende samhandlingsteam, hvor kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten arbeider sammen om å gi samtidige tjenester, har vist seg å være gunstig for personer med sammensatte problemer, og som ikke har tilstrekkelig nytte av tradisjonelle tjenester. Spesialisthelsetjenesten bør tilby ambulante og oppsøkende tjenester der det er hensiktsmessig. Romslige åpningstider og korte ventetider er også av vesentlig betydning.

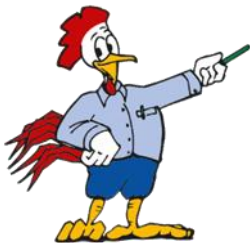
Hjelpen kan ikke være avhengig av om personen bruker rusmidler eller ikke. Enten brukeren ruser seg aktivt, er stabil i LAR eller er blitt rusfri, vil avhengigheten kunne vedvare over tid. Omfattende og langvarig rusmiddelavhengighet bør behandles som en kronisk lidelse. Brukeren må få hjelp og støtte til å holde seg rusfri eller mestre rusmiddelbruken på en bedre måte og nødvendig bistand ved truende eller faktiske tilbakefall.

Skadereduksjon skal redusere de negative sidene og konsekvensene av problemet, og bidra til bedre helse og livskvalitet. Skadereduserende tiltak innen rusfeltet kan være råd og veiledning, tilgang på rene sprøyter, vaksinasjon, helseundersøkelse, LAR-behandling, overdoseberedskap eller ernæringstiltak. Skadereduksjon er ikke begrenset til rusmiddelproblemer. Behandling innen psykisk helsetjenester kan også ha skadereduksjon som mål, for eksempel langvarig tilbakefalls-forebyggende behandling. Stress kan forårsake tilbakefall for mennesker med psykiske problemer.

Alkohol og andre rusmiddelproblemer, samt stressfaktorer som dårlig økonomi eller manglende bolig øker faren for tilbakefall. Tiltak med fokus på bolig, trygg økonomi, arbeid, nettverk, familierelasjoner og pårørende-involvering bidrar til stabilitet rundt brukeren, og reduserer eksponeringen for stressfaktorer.

En kombinasjon av alvorlig psykisk lidelse, rusmiddelbruk og tidligere voldshistorie gir økt risiko for alvorlige hendelser. Voldsrisikovurdering bør foretas når atferdsmønstre, bekymringsfulle utsagn og/eller eventuell kjent volds eller trusselhistorikk tilsier det.

Det er av vesentlig betydning at kartlegging og vurdering foretas i det miljø og i de omgivelser hvor den enkelte oppholder seg til daglig så langt dette er faglig forsvarlig, eller at informasjon fra denne konteksten innhentes. Vurderingene bør skje med utgangspunkt i den enkeltes daglige aktiviteter og personens samhandling med omgivelsene.



91 personer er per 1. februar 2018 registrert i Rus- og psykiatritjenesten med lidelser knyttet til hovedforløp 3.  
27 personer er under 30 år.

#### LAR – legemiddelassistert rehabilitering

LAR er behandling med opioidholdige legemidler (substitusjonsbehandling) av opioidavhengighet (avhengighet av heroin, morfin m.flere). LAR har vist seg å redusere pasientens forbruk av opioider, redusere dødeligheten og bedre livskvaliteten.

I tillegg hjelper det pasienten til å bli lengre i behandling og redusere risiko for smittsomme sykdommer. Når behandlingen kombineres med psykososial rehabilitering, øker effekten.

Formålet med behandlingen er å bidra til at mennesker med opioidavhengighet får økt livskvalitet og at den enkelte får bistand til å endre sin livssituasjon gjennom gradvis bedring av sitt optimale mestrings- og funksjonsnivå. Formålet er også å redusere skadene av opioidbruk og faren for overdosedødsfall.

Helgelandssykehuset har ansvar for koordinering av tjenestene og evt. utarbeidelse av IP/behandlingsplan. Det er egen LAR konsulent ansatt i spesialisthelsetjenesten for ivaretagelse av dette – kommunen har samarbeid på systemnivå og i enkeltsaker. Kommunen følger opp i hht. behandlingsplaner og tilpasser tjenesten etter behov. Det utarbeides enkeltvedtak på lik linje med andre søkere til tjenesten.

Pr. 13.2.2018 er det i Vefsn 6 LAR-brukere som har oppfølging av rus-tjenesten.

#### 6.4 Bemannede omsorgsboliger i Rus- og psykiatritjenesten

Vefsn kommune har 12 leilighetsenheter innenfor bemannede botiltak i Rus- og psykiatritjenesten.

8 av leilighetene er sentralt plassert nært sentrum. Enhetene er samlet i en et to-etasjes rekkehus med egen inngang til hver leilighet. Det er et fellesareal og et personalkontor i samme hus. Boligen er bemannet mandag – fredag fra 0800 – 2100, og lørdager og søndager fra 1300 – 2100, ingen nattevakt. Leilighetene leies av hver enkelt bruker, tjenestene er vedtaksbaserte ut fra kartlagt behov. Det arrangeres noen fellestiltak i boligen, herunder bl.a. hobbytime og sosial stund.

4 av leilighetene ligger noe utenfor sentrum og er samlet i et rekkehus. Det er en felles inngang til huset, med tilgang til hver enkelt leilighet via egen dør fra felles korridor. Det er et stort fellesareal midt i bygget med personalkontor i tilknytning. Boligen er bemannet 24/7 med aktiv nattevakt. Leilighetene leies av hver enkelt bruker, tjenestene er vedtaksbaserte ut fra kartlagt behov. Det arrangeres noen fellestiltak i boligen, bl.a. sosial stund og tilpassede aktiviteter i hht. interesser og helsesituasjon.

Alle brukere i boligene kommer inn under hovedforløp 3.

#### Rusboliger i rus og psykiatritjenesten

Vefsn kommune har 8 leiligheter (2 x 4) som er bygd for målgruppen innenfor rustjenesten.

I hovedsak er brukere i boligene inn under hovedforløp 3. LARE

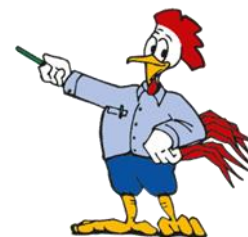
#### 6.5 Qvales cafe

Qvales kafe - et sted med formål å fremme brukers evne til mestring av eget liv og økt selvstendighet. Dette gjøres gjennom å tilrettelegge for arbeidstrening/-aktivitet. Viktige delmål er økt mening i hverdagen, økt mestring på enkeltoppgaver og en tilrettelagt arena for sosial utvikling og inkludering. Det legges til rette for brukertilpassede utfordringer og oppgaver i et trygt miljø, der brukerne kan utvikle sosiale ferdigheter sammen med andre, lære seg oppgaver innenfor mat, ernæring, hygiene og andre naturlige oppgaver i tiltaket. Tiltaket baserer seg på relasjonsbygging og trygghetsskapende faktorer.

Qvales kafe har vært i drift i snart 3 år.

Det er egen arbeidsleder ansatt. Læringen foregår gjennom veiledning og praktisk deltakelse. Kafeen er i drift mandag – torsdag.

Pr. februar 2018 er det 12 brukere i jobbaktivitet. I løpet av 2016 var det ca. 70 brukere som var innom jobbaktivitet i Qvales cafe. (Det skrives da en avtale der de får være i jobbtrening på cafeen i 2 måneder).



Qvales kafe er en del av et «mestringshus», hvor jobbaktivitet, sosial aktivitet og fellesskap danner grunnlaget for all aktivitet. Huset består av 2 etasjer med kvistloft, bare 1. etasje med kafeen har hittil vært åpen for drift.

Neste steg er åpning av 2. etasje i Qvales, dette skjer i løpet av sommeren 2018. Her vil vi innføre ytterligere tiltak for å fremme livsmestring gjennom aktivitet og trivsel. Det fokuseres på friske ressurser, delaktighet og engasjement for å øke selvstendighet og mestring. Tiltakene/aktivitetene vil variere ut fra interesser, alder og funksjon hos brukerne, men vil innebære en bredde av fysiske og psykiske elementer, både gjennom ulike kilder og arena. Herunder bl.a.:

- Kurs/kompetanse/informasjon
- Sosiale og kulturelle arrangement
- Opplevelsesturer
- Fysisk aktiviteter
- Sosiale arena
- m.m.

Qvales har siden oppstart av kafeen hatt et utstrakt samarbeid med Mental helse, blant annet med å sette opp felles turer - et tiltak for å fremme sosial forståelse og inkludere seg selv og andre. Delmål er å erfare gode opplevelser og impulser, se nye steder og prøve ut nye aktiviteter. Brukerne er selv med på å bestemme sted og innhold i turene. Det er ansatte med på alle turene for veiledning og støtte.

Fredager er kafeen stengt for allmennheten – da arrangeres det fredagskaffe – et ukentlig tilbud hvor ansatte er verter og brukerne gjester. Et tiltak for å fremme sosialt fellesskap, gi oppmerksomhet og åpne for dannelse av nye nettverk. Det er et uformelt tiltak med fokus på et friskt fellesskap. Relasjonsbygging og tilhørighet står sentralt.

#### Utfordringer

Utfordringene i Rus- og psykiatritjenesten er i hovedsak knyttet til 3 forhold:

- etterspørsel etter tjenester øker mer enn tjenesten er dimensjonert for
- økt antall unge som etterspør tjenester
- Manglende tjenestetilbud til barn og unge
- For liten kapasitet å drive god og tilstrekkelig med forebyggende arbeid

## 7.0 REHABILITERING I INSTITUSJON

Sentrale føringer for rehabiliteringstilbud i institusjon i kommunen

Det anbefales at kommunen sikrer døgntilbud innen rehabilitering i to kategorier:

1. Generell, enkel døgntilbud gjennom korttidsplasser i sykehjem.
2. Intensivt tilbud i kommunal eller interkommunal rehabiliteringsavdeling (interkommunal anbefales for kommuner under 40 – 60 000 innbyggere for å sikre økonomisk og faglig grunnlag for driften). Forskning på effekt av å organisere rehabilitering i egen avdeling sammenlignet med rehabilitering i korttids plass i sykehjem viser at førstnevnte er mer kostnadseffektivt for kommunen og gir bedre resultat for pasienten. Funksjonsevne øker nært dobbelt så mye på halvparten av tiden ved rehabiliteringsavdeling sammenlignet med rehabilitering i korttids plass (2012).

### 7.1 Korttidsplasser

Korttidsplasser i sykehjem er organisert til Vefsn sykehjem.

11 plasser på avdelingen Lokalmedisinsk senter (LMS)

7 plasser på avdeling Solina – lindrende enhet

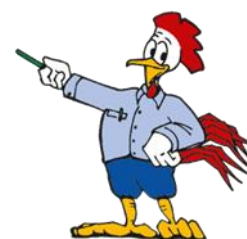
2 plasser på Miljøtunet – for mennesker med demensdiagnose

Disse plassene dekker alt fra mottak av utskrivningsklare pasienter fra sykehus, til avlastning, palliative (lindrende) plasser og vurderingsopphold.

Det er i dag ingen dedikerte plasser som er avsatt til pasienter med behov for rehabilitering. Rehabilitering gis etter behov og i hovedsak er det pasienter ved LMS og Solina som mottar denne tjenesten. Disse pasientene har vedtak om rehabiliteringsopphold og blir fulgt opp av pleiepersonalet i avdelingene i samarbeid med personell fra fysio- og ergoterapiavdelingen. Pasienter med vedtak om rehabiliteringsopphold får utarbeidet en rehabiliteringsplan har 1 time per dag fysioterapioppfølging. Ergoterapeut vurderer behov for hjelpemiddel og tilrettelegging i hjemmet.

På Lokalmedisinsk senter var det i 2017:

Vedtak på tjeneste	Antall pasienter	Antall døgn	Prosent belegg
Rehabilitering	34	741	18,5
Korttids plass	169	2560	63,8
Rullering	12	106	2,6
Langtids plass	14	383	9,5
<b>SUM</b>	<b>229</b>	<b>3790</b>	<b>94,4</b>



## Utfordringer

Vefsn kommune har siden slutten av 80-tallet hatt egen avdeling for rehabilitering med 8 plasser. I 2015 ble denne avdelingen lagt ned og 2 - 3 plasser overført til avd. Lokalmedisinsk senter sammen med øvrige korttidsplasser.

Fordelen med dette er at det straks etter innleggelse blir satt fokus på rehabiliteringsforløpet. Bakdelen er at personalet i avdelingen skal håndterer pasienter med mange ulike utfordringer slik at fokus på fagområde ikke blir like stort. Det kan også være et problem at avdeling Lokal medisinsk senter (LMS) ikke alltid har tilstrekkelig med personalressurser og fagfolk til å håndtere rehabiliteringsbehovet til pasienten gjennom hele døgnet. Dette kan medføre at det er vanskelig å få gjennomført et kvalitativt godt rehabiliteringsforløp for pasienten i kommunal institusjon.

## 8.0 HABILITERING OG REHABILITERING I 2. LINJETJENESTEN


Ansvarsfordelingen reguleres av forskrift for habilitering og rehabilitering hvor ansvaret vurderes ut fra tre sentrale faktorer:

A: Behov for spisskompetanse / spesialistkompetanse

B: Kompleksitet og

C: behov for intensitet

Modell for fordeling av ansvar og oppgaver mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Kommune		Spesialisthelsetjeneste
Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljøet?		Behov for spesialisert kompetanse
Behov for langvarige tjenester?	Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosial og i samfunn	Behov for kompleksitet
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for intensitet?

Helsedirektoratet, 12/2011: IS-1947: Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet.

Det er utarbeidet samarbeidsavtale med Helgelandssykehuset HF – tjenesteavtale 2, retningslinjer for samarbeid knyttet til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

Denne avtalen er per tiden under reforhandling.



## Utfordringer

### Er knyttet til:

1. Uklare grenseoppganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen som medfører at pasienter med behov for rehabilitering kommer tidlig til kommunen.
2. Manglende tilbud og kapasitet innenfor rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Dette medfører at pasienter med behov for spesialisert rehabilitering med stor kompleksitet blir overført for tidlig til kommunen.

## 9.0 TILTAKSPLAN

Nr.	Tiltak/ beskrivelse	2018 Etable- ring	2019 etable- ring	2020 etable- ring	2021 etable- ring	2022 etable- ring
1	Ressursteam – habilitering utredning	x				
2	Etablering av ressursteam - habilitering		x	x	x	x
3	Etablere hverdagsmestring som metode i hjemmebasert omsorg	x	x			
4	Kartlegge behov og etablere gruppetilbud for revmatikere		x	x	x	x
5	Eldrekonsulent – oppsøkende forebyggende hjemmebesøk til eldre			x	x	x
6	Utredning; Eldresenter/ aktivitetshus – samordning av forebyggende tiltak knyttet til eldre i Vefsn kommune	x	x			
7	Kartlegge behov for tjenester fra ambulerende team - habiliteringstjenesten	x				
8	Ressurs ergoterapi og hjelpemiddelsentral		x	x	x	x
9	Få oversikt over etablere lærings og mestrings tilbud	x				
10	Kartlegge behov og etablere lærings- og mestringstilbud		x	x	x	x
11	Etablering av eldresenter/ aktivitetshus			x	x	x
12	Endring av navn rus- og psykiatritjenesten	x				
13	Etablering av lavterskeltilbud – ungdom psykisk helse		x	x	x	x
14	Dagrehabilitering - utredning	x				
15	Etablering av dagrehabilitering		x	x	x	x

16	Kommunal døgnrehabilitering – endring/ justering for å få økt fokus og kvalitativ god døgnrehabiliteringstilbud		x	x	x	x
17	Lavterskel treningsgrupper eldre	x	x	x	x	x
18	Evaluering ressursteam				x	
19	Evaluering lavterskel treningsgrupper eldre				x	
20	Evaluering av IP-plan – IT-verktøy individuell plan		x			
21	Evaluering av eldrekonsulent					x
22	Evaluering av lavterskeltilbud – ungdom psykisk helse				x	
23	Evaluering dagrehabilitering				x	
24	Evaluering døgnrehabilitering					x