



Averøy kommune

# Plan for habilitering og rehabilitering 2018-2021

## Innhold

Formål.....	3
Visjon .....	3
Innledning.....	3
Målsetting .....	4
Målgruppe .....	4
HVA BETYR BEGREPENE?.....	5
Rehabilitering .....	5
Habilitering .....	5
Brukermedvirkning .....	5
Pårørendestøtte.....	5
Tverrfaglig samarbeid.....	6
Helhetlig samarbeid .....	6
Universell utforming .....	6
Hverdagsrehabilitering .....	6
Koordinerende enhet .....	6
REHABILITERING – HVOR STÅR VI.....	6
Hjelpemidler .....	6
Planverk i Averøy kommune .....	7
Fagressurser.....	8
Kommunale tilbud .....	8
Eksterne ressurser og forum .....	9
Fysisk aktivitet .....	9
REHABILITERING- HVOR VIL VI OG HVORDAN KOMMER VI DIT? .....	9
Koordinerende enhets oppgaver og organisering .....	10
Ansvarsgruppe.....	10
Koordinatorers hovedoppgaver:.....	10
Individuell plan .....	11
Individuell rehabiliteringsplan .....	11
Arena for rehabilitering .....	11
Forebyggende hjemmebesøk.....	11
Hverdagsrehabilitering .....	12
Kompetansebehov .....	12
Økonomi .....	12
HANDLINGSPROGRAM.....	13
Overordnet mål .....	13
Mål og tiltak.....	13



## Formål

Formålet med planen er å ivareta kommunens lovpålagte plikter rundt rehabilitering. Averøy kommune ønsker på denne måten å sikre at brukere med sammensatte behov får tjenester som er forsvarlig både når det gjelder den enkelte tjeneste og ved koordinering av et sammensatt tjenestetilbud. Det endelige målet er at brukere med sammensatte behov skal kunne mestre og delta likeverdig i samfunnet ut fra de forutsetninger den enkelte har.

## Visjon

Befolkningen skal være i stand til å mestre egne liv. I kommunen skal alle som har behov for habilitering og rehabilitering bli oppdaget og gitt et tverrfaglig tilbud. Kvalitativ god oppfølging skal sikre at målene blir nådd.

## Innledning

Det er i kommunene mennesker bor og lever sine liv. Derfor har kommunene fått hovedansvaret for koordinering av rehabiliteringstjenester. Denne planen har tatt utgangspunkt i Averøy kommunes forrige rehabiliteringsplan. Dette er en rullering og oppdatering av planen for perioden 2018- 2021, etter mandat fra Rådmannen.

Arbeidsgruppen har bestått av:

Marte Rødal Vassli – Koordinator for habilitering og rehabilitering, Tildelingsenheten  
Ann-Helen Strand, Fagleder, Hjemmetjenesten.

Lis Marian Fjærvik Kvalshaug, Enhetsleder, Botjenesten.

Mona Fagereng Bjellvåg, Fagleder, Averøy sykehjem.

Vilde Strand Myhre, Fysioterapeut, Hjemmetjenesten.

Rehabiliteringsforskriften har følgende definisjon:

«Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå mest mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet» (Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator).

Tradisjonelt har rehabilitering hatt fokus på helsetjenester og det å bli «frisk igjen». Det er mindre kjent at målet med rehabilitering skal være økte muligheter for deltagelse og mestring og at dette omfatter deltagelse på arenaer som skole, arbeid, kultur og nærmiljø.



Rehabilitering har selvstendighet og deltagelse som formål og det gjør at andre sektorer enn helsetjenestene må komme på banen i forhold til den enkelte bruker. Dessuten trenger en samfunnsmessige tiltak slik at det tilrettelegges for alle. Det er dette tverretatlige aspektet som ligger til grunn for den nye rehabiliteringspolitikken (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator).

Rehabilitering i kommunene er regulert av forskjellige lover, forskrifter og veiledere, blant annet:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (1999)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999)
- Lov om folkehelse (2011)
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (IS-2651)
- St.meld. 34 Folkehelse: God helse – felles ansvar (2012-2013)
- St.meld. 29 Morgendagens omsorg (2012-2013)
- St.meld. 47 Samhandlingsreformen (2008-2009)
- St.meld. 26 Primærhelsetjenestemeldingen (2014-2015)
- Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)
- Rundskriv om forebyggende hjemmebesøk i kommunene (I-2/2016)
- Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten (2016-2017)

Begrepet habilitering har vært, og skal fortsatt være, reservert for tiltak til barn, unge og voksne med funksjonsnedsettelse som er medfødt, eller som de har fått tidlig på grunn av sykdom, skade eller lyte. I planen vil habilitering bli nevnt spesielt der det er hensiktsmessig. Det som gjelder for begge områder vil benevnes som rehabilitering.

### Målsetting

Habilitering- og rehabiliteringsarbeidet skal bidra til å bevare eller bedre menneskers mulighet for deltagelse i eget liv. Fokus skal endres til å forebygge. Rehabilitering skal settes inn tidlig og etter mindre funksjonsfall, og på den måten gjøre mennesker i stand til igjen å ta ansvar for sitt eget liv.

### Målgruppe

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



## HVA BETYR BEGREPENE?

### Rehabilitering

Rehabilitering har til formål å gjenvinne fysisk, mental eller sosial funksjonsevne som er tapt på grunn av sykdom eller skade. Målet er å gjøre den enkelte bruker i stand til å fungere så godt som mulig i dagliglivet ut fra sine forutsetninger og ønsker.

Rehabiliteringsvirksomheten tar i hovedsak utgangspunkt i individuelle mål og behov, og ikke i sykdomsgrupper.

### Habilitering

Planmessig arbeid for at den som har en funksjonsnedsettelse på grunn av sykdom, skade eller lyte, skal utvikle funksjonsevnen og/eller mestringsevnen med sikte på størst mulig selvstendighet og livskvalitet på egne premisser.

### Brukermedvirkning

”Med brukermedvirkning i medisinsk rehabilitering forstås en organisert samarbeidsprosess mellom bruker og tjenesteyter der brukeren har innflytelse på planleggingen og den faktiske utformingen av rehabiliteringstilbudet”. (Helsedirektoratet).

Brukeren er en selvskreven deltager i arbeidet med egen rehabiliteringsplan. Både under formuleringen av selve planen og i ansvarsgruppemøter. Brukeren skal også gis mulighet til å ha med seg personer han ønsker skal være med. For å lykkes med rehabilitering må brukeren være motivert. Det er viktig at nettverket er støttende. Det er brukerens mål som skal være styrende for prosessen, fagfolk skal hjelpe brukeren med å fastsette mål og/eller justere målene underveis i prosessen.

Brukermedvirkning har alltid to formål. Det ene er å kvalitetssikre det endelige tilbudet. Det andre er å sikre deltagelse i egen prosess.

### Pårørendestøtte

Pårørende er ofte pasientens viktigste støtte og ønsker i de fleste situasjoner å være en ressurs for pasienten. Pårørende kjenner pasienten godt, og har erfaring med hva som kan bidra til å hjelpe. Mange pårørende utøver betydelige ansvars- og omsorgsoppgaver overfor sine nærmeste og utgjør på denne måten en sentral del av vårt samfunns totale omsorgsressurs. Helsepersonell bør løpende vurdere pårørendes behov for støtte og være oppmerksom på pårørende som er i en særlig utsatt situasjon og/eller har individuelle forutsetninger som krever en ekstra aktiv og oppsøkende tilnærming fra helse- og omsorgstjenesten.



### Tverrfaglig samarbeid

Samarbeid der ulike yrkesgrupper arbeider sammen mot et felles mål. Med ulik kompetanse kan de utfylle hverandre for å dekke brukerens behov.

### Helhetlig samarbeid

Når de ulike yrkesgruppene som deltar i tverrfaglig samarbeid, ikke bare tenker på sine spesielle oppgaver, men arbeider med tanke på brukerens helhetlige livssituasjon og ulike behov.

### Universell utforming

Universell utforming innebærer at bygninger, omgivelser, transportmidler og produkter utformes på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpassing eller spesiell utforming. Kjennetegnet på at en løsning er universelt utformet er at alle kan bruke hovedløsningen, uten spesiell tilrettelegging i etterkant.

### Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering kjennetegnes ved tidlig og intensiv innsats i en avgrenset periode for å bidra til styrking av funksjonsnivå og mestringsevne. Planlegging av tiltak tar utgangspunkt i brukerens ressurser og egne ønsker om hvilke funksjoner det er viktig å styrke/gjenvinne. Den tverrfaglige innsatsen rettes mot mestring av daglige aktiviteter i brukerens hjem og nærmiljø.

### Koordinerende enhet

Det er lovpålagt at alle kommuner skal ha en koordinerende enhet for rehabilitering. Det skal være en adresse for henvendelser, og enheten skal videreformidle til aktuelle samarbeidspartnere.

## REHABILITERING – HVOR STÅR VI

Det foregår rehabilitering i kommunen. Det finnes ansvarsgrupper rundt en del brukere, spesielt de under 18 år som har sammensatte behov. Dette er en arbeidsmodell som fungerer godt både for bruker, pårørende og fagfolk. Det arbeides med å lage planer for hver enkelt, samt med å finne en god struktur på planarbeidet.

### Hjelpemidler

Per i dag foregår fysikalsk behandling av hjemmeboende og institusjonspasienter både på omsorgssenteret og ved korttidsavdelingen på sykehjemmet. Det er ikke avsatt egen budsjettpost for innkjøp av hjelpemidler hverken hos hjemmetjenesten eller på



sykehjemmet. Innkjøp av hjelpemidler blir dekt av gavepenger eller tas fra andre budsjettposter. Arbeidsgruppen vurderer at det bør avsettes en årlig budsjettpost tiltenkt innkjøp av nødvendige hjelpemidler for å drive forsvarlig og effektiv rehabilitering. Rehabiliteringsteamet, hvor koordinator for habilitering og rehabilitering er leder, skal ha ansvaret for innkjøp av hjelpemidler som kan brukes både ved omsorgssenteret og ved sykehjemmet.

Kommunen har et hjelpemiddellager hvor hjemmeboende kan låne hjelpemidler av begrenset varighet. Ved behov for hjelpemidler over 2 år kan dette søkes om gjennom Hjelpemiddelsentralen i Møre og Romsdal. I enkelte tilfeller får kommunen beholde noen hjelpemidler som for eksempel rullatorer og rullestoler. Disse hjelpemidlene lånes videre ut både til hjemmeboende og til pasienter ved sykehjemmet. Arbeidsgruppen vurderer at Rehabiliteringsteamet skal ha oversikt over behov for vedlikehold av rullestoler og rullatorer ved sykehjemmet samt annet utstyr. Kommunens hjelpemiddelansvarlige har oversikt over hjelpemidler som lånes ut til hjemmeboende.

I 2016 var 18 hjemmeboende innlagt ved korttidsavdelingen ved sykehjemmet grunnet lårbeinsbrudd eller bekkenbrudd og som hadde behov for ganghjelpemidler og tilpassede stoler og puter i rehabiliteringsperioden.

Pleie og Omsorgtjenesten har utformet prosedyrer med fokus på å forebygge fall og forebygge risiko for trykksår. I arbeidet med prosedyrene ser en behovet for å kjøpe inn flere behandlingshjelpemidler samt følge opp behov for vedlikehold av hjelpemidlene.

#### Kompetanse

I kommunes kompetanseplan var rehabilitering et satsingsområde for noen år siden. Per i dag har Averøy kommune følgende ansatte med rehabiliteringskompetanse: en hjelpepleier med videreutdanning i rehabilitering, en sykepleier med videreutdanning i rehabilitering og en fysioterapeut med videreutdanning i tverrfaglig rehabilitering.

Arbeidsgruppen ser at det er behov for å styrke kompetansen innenfor rehabiliteringsfeltet ved å legge til rette for at ansatte med interesse for rehabilitering skal kunne ta etterutdanning, videreutdanning og kurs for å øke kommunens kompetanse innen rehabiliteringsfeltet.

#### Planverk i Averøy kommune

Kommunen har en overordnet kommuneplan. I tillegg må vi sørge for at alle fagplaner henger i hop. Følgende planer eksisterer, eller er under utarbeidelse og skal henge sammen med rehabiliteringsplanen for å sørge for et best mulig tilbud for de som trenger det:

- Plan for psykisk helsevern
- Handlingsplan for vold i nære relasjoner
- Omsorgsplan 2016 - 2020



- Boligsosial handlingsplan
- Ruspolitisk handlingsplan
- Kommunedelplan for folkehelse, friluftsliv og idrett
- Utviklingsplan for Averøy skolen 2018 – 2021
- Plan for Botjenesten

### Fagressurser

I prinsippet er alle ansatte i Averøy kommune å regne som ressurspersoner, men enkelte faggrupper, profesjoner og funksjoner er sentralt i rehabiliteringsarbeidet:

Sykepleier	Fysioterapeut	Helsesøster	Barnevernspedagog
Helsefagarbeider	Lege	Ergoterapeut	Lærer
Spesialpedagog	Sosionom	Psykiatrisykepleier	Aktivitør
Hjelpemiddeltekniker			

### Kommunale tilbud

Kommunale tjenester og tilbud som er knyttet opp til eller integrert med de kommunale tilbud, som kan benyttes etter individuelle behov:

Barnehager	- Kort- og langtidsopphold på sykehjem
Barneskoler	- Hjemmesykepleie
Botjenesten	- Psykisk helsearbeid
Fastlege	- Hjemmehjelp
Hjemmetjenesten	- Dagsenter for eldre
Kulturskole	- Dagsenter for psykiatri
NAV Averøy	- Dagsenter for Botjenesten
Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)	-RAFFI klubb
Sykehjem	- Fysioterapi
Ungdomsskole	- Ergoterapi og hjelpemidler
Voksenopplæring	- Omsorgsbolig
	- Omsorgstønad
	- Støttekontakt
	- Avlastningstiltak
	- Trygghetsalarm
	- Matombringing
	- Transportstøtte for funksjonshemmede
	- Brukerstyrt personlig assistent
	- Individuell plan





Pårørende og nærmiljøet ellers er en viktig ressurs i rehabiliteringsarbeidet. Vi bør heller ikke glemme hva det lokale kultur- og idrettsliv kan bidra med. Vi har for eksempel bygdeutvalg, helselag, frivillige organisasjoner og brukerorganisasjoner.

### Eksterne ressurser og forum

Det finnes mange eksterne tilbud og samarbeidsforum som er etablert mellom kommunen og disse tilbudene. Oversikten viser noen sentrale samarbeidspartnere og –forum i vårt nærområde:

- Områdegeriatrisk team kommer til kommunen. Kommunen skal på forhånd sende inn brukersaker som ønskes vurdert.
- Averøy kommune samarbeider med flere ambulante team, blant annet palliativt team og alderspsykiatrisk team.
- Det er utarbeidet tjenesteavtale mellom HELSE-MR og Averøy kommune i forhold som styrer oppfølgingen av pasienter.
- Habiliteringsenheten for barn og unge, utreder og gir veiledning til kommunen.
- Voksenhabiliteringen utreder og gir veiledningen til kommunen.
- NAV Hjelpemiddelsentral. Det finnes en avtale mellom Averøy kommune og NAV Hjelpemiddelsentral i Møre og Romsdal om formidling av hjelpemidler.

### Fysisk aktivitet

I tillegg til aktiviteter gjennom idrettslag er det mange andre tilbud om fysisk aktivitet rundt omkring i kommunen. Det ligger oversikt over dette på kommunens nettside. Kommunen har mange turløyper med varierende vanskelighetsgrad. Det finnes også noen løyper som er tilrettelagt for bevegelseshemmede.

## REHABILITERING- HVOR VIL VI OG HVORDAN KOMMER VI DIT?

### Innledning

Kommunen har basisansvar for rehabilitering. Dette medfører at kommunen skal prioritere ressurser, plassere ansvar og tilrettelegge for tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. Noen yrkesgrupper er som oftest sentrale i rehabiliteringstiltakene, som sykepleiere, helsefagarbeidere, hjemmehjelpere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, leger, vernepleiere, helsesøstre og lærere. Men i mange tilfeller er det nødvendig at også andre yrkesgrupper deltar. Alle profesjoner og institusjoner kan fange opp rehabiliteringsbehov. Dette skal videreformidles slik at kommunen kan sette i gang med rehabiliteringstiltak.

Kommunen er pålagt å ha en koordinerende enhet. Oppgavene til denne instansen er å ta imot forespørsler, kontakte aktuelle tjenesteytere, ta initiativ til at det blir etablert



ansvarsgruppe og at denne lager en individuell plan sammen med bruker. Koordinerende enhet skal også systematisere samarbeidet mellom forvaltningsnivåene og samordne arbeidet internt i kommunen.

### Koordinerende enhets oppgaver og organisering

Koordinerende enhet er underlagt Tildelingsenheten. Koordinerende enhet skal være kontaktinstans og motta forespørsler om rehabilitering og habilitering. Koordinerende enhet skal ta imot henvendelser fra alle og sikre at disse blir fulgt opp. Det skal også være mottakssted for alle søknader om omsorgstjenester. Søknadene behandles av saksbehandlere i Tildelingsenheten. Koordinerende enhet skal ha system for å sikre at søknadene blir behandlet og at det blir utarbeidet et tilbud til den enkelte. Ut fra mottatte søknader lages sakslister for rehabiliteringsteamet å vurdere ved månedlige møter. I sammensatte saker skal Koordinerende enhet sikre at det blir etablert ansvarsgruppe og sørge for at koordinator blir utnevnt og gitt veiledning der det ønskes. Koordinerende enhet skal ha oversikt over hvem som har individuell plan. Skal også kunne være knutepunkt for samarbeid internt og eksternt, rundt den enkelte bruker og på systemnivå.

Koordinerende enhet bør ha oversikt over det som foregår i helse- og omsorg, initiere og følge opp lokale tiltak ut fra behov og sørge for kvalitetssikring gjennom oppdaterte retningslinjer. Koordinerende enhet samarbeider med helseforetaket og har møter med andre koordinerende enheter.

### Ansvarsgruppe

Brukere med behov for tverrfaglige tiltak skal ha en egen ansvarsgruppe. Ansvarsgruppa skal være pådriver og i forkant av problemstillinger som kan oppstå i for eksempel overganger mellom livsfaser. Den skal bestå av de fagpersoner som har mest kontakt med brukeren, brukeren selv, pårørende eller andre brukeren ønsker å ha med. Alle deltar på lik linje i en ansvarsgruppe.

Ansvarsgruppens oppgaver:

- Samordning av tjenester
- Sette mål, lage tiltak og evaluere prosessen
- Sørge for at mål og tiltak blir fulgt av alle som er involvert
- Peke ut ansvarlige for gjennomføring av de enkelte tiltakene

Koordinators hovedoppgaver:

- Sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient og bruker.
- Sikre samordning av tjenestetilbudet.
- Skal sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan.



### Individuell plan

I Averøy kommune er det bestemt at alle individuelle planer skal opprettes digitalt i ACOS individuell plan. Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har krav på individuell plan, og skal selv medvirke i arbeidet. Den som først kommer i kontakt med en bruker som kan ha nytte av og ønsker individuell plan, har et ansvar for å melde behovet til Tildelingsenheten. Tildelingsenheten har ansvar for at beslutning blir fattet, og at planer blir utarbeidet og fulgt opp. Intensjonen er at planen skal omfatte alle tjenester den enkelte har behov for, og vil derfor også ha betydning for andre etater som for eksempel NAV. Individuell plan skal bidra til å gi den enkelte større trygghet og forutsigbarhet, avklare ansvarsforhold og sikre samordning. På den måten skal tjenestene som mottas fremstå som helhetlige og i tråd med brukers egne målsettinger. Individuell plan er overordnet pleieplan, habiliteringsplan, opplæringsplan, rehabiliteringsplan. Disse planene inngår som tiltaksplaner eller delplaner til den individuelle planen.

### Individuell rehabiliteringsplan

Individuell rehabiliteringsplan er en tiltaksplan for rehabiliteringsprosessen til den enkelte. Der skal brukerens mål for rehabiliteringen komme tydelig frem, hvilke tiltak som settes i verk for å nå målene, samt evaluering av måloppnåelse underveis. I tillegg skal den inneholde en ukeoversikt over hvem som skal møte brukeren når, samt være kommunikasjon mellom de ulike aktører og mellom aktørene og bruker/pårørende.

### Arena for rehabilitering

Fortrinnsvis ønsker vi at rehabilitering i kommunen skal foregå i brukerens hjem og i enkelte tilfeller for eksempel i barnehage/skole/fritid. På den måten får en trening og trygghet i de omgivelsene en skal fungere i. I enkelte tilfeller er det utfordrende med rehabilitering i hjemmet på grunn av fare for egen sikkerhet eller at hjemmet ikke kan tilrettelegges funksjonsnivået. Da kan rehabilitering foregå på fysiosalen ved Averøy omsorgssenter, eller som korttidsopphold ved Averøy sykehjem.

### Forebyggende hjemmebesøk

Forebyggende hjemmebesøk hos de som blir 80 år med tanke på forebygging er et satsningsområde. For å kunne møte de fremtidige demografiske utfordringene med en økende andel eldre bør kommunen etablere forebyggende hjemmebesøk som et av tiltakene. Målet er forebyggende tiltak som kan fremme mestring og forebygge skader/ulykker. Målgruppen er eldre over 80 år. Tiltaket skal gå ut på ett hjemmebesøk hos den hjemmeboende etter hvert som de fyller 80 år. Dette ønskes innført som en del av tilbudet til befolkningen.



## Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er også et satsingsområde i Averøy kommune.

Hverdagsrehabilitering er forebygging og rehabilitering mens den det gjelder bor hjemme.

Hverdagsrehabilitering starter med spørsmålet: *Hva er viktige aktiviteter for deg nå?*

Til spørsmålet *Hva er viktige aktiviteter for deg nå?* svarer mange at det viktige er å mestre hverdagsaktiviteter som for eksempel å stelle seg selv, lage mat, gå på butikken, leke med barnebarn, hogge ved eller gå på kafe.

I hverdagsrehabilitering er innsatsen tverrfaglig. Ergoterapeuter og fysioterapeuter, samt sykepleiere med rehabiliteringskompetanse, er faglige pådrivere og står for opplæring av de øvrige ansatte i hjemmetjenesten. Ofte kalles de øvrige ansatte i hverdagsrehabilitering for hjemmetrenere. Hverdagsrehabilitering er basert på en intensiv innsats i oppstarten, og gradvis avvikling etter som aktivitetsfunksjonen bedres. For å sikre kontinuitet etableres det et team rundt hver enkelt bruker.

Hverdagsrehabilitering skiller seg fra ordinære pleie- og omsorgstjenester, ved at pleie eller praktisk bistand ikke gis før den det gjelder har fått en vurdering av sitt rehabiliteringspotensiale. Den enkeltes hverdagsmestring vektlegges før passive eller kompensierende tilbud.

Mestring er sentralt i hverdagsrehabilitering. Prosjektet *Hverdagsrehabilitering i Norge* omtaler hverdagsmestring som et tankesett som vektlegger den enkeltes mestring uansett funksjonsnivå. Hverdagsmestring er både et rehabiliterende og et helsefremmende tankesett.

## Kompetansebehov

Det er behov for opplæring og generell kompetanseheving i rehabilitering i alle tjenesteenheter. Kunnskaper, ferdigheter og holdninger må utvikles. Forebygging, rehabilitering og vedlikeholdende arbeid må settes på dagsorden.

De fleste av de som har behov for rehabilitering går gjennom en stor omveltning i livet, der de må takle endringene som har oppstått. Arbeidsgruppen ser behovet for å ansette sosionom og psykolog i kommunen. Det er også behov for logoped til de som ikke kan oppsøke privatpraktiserende logoped. Dette er viktige bidrag i det tverrfaglig arbeidet.

## Økonomi

Rehabiliteringsplanen forutsetter at alt rehabiliteringsarbeid som allerede finnes blir koordinert og strukturert. Det vil kreve at en setter av tid til tverrfaglig samarbeid.



Man må i rehabiliteringsperioden påregne at hjemmetjenesten må bruke ekstra tid og ressurser. I hverdagsrehabiliteringskonseptet er det ønskelig med noen få hjemmetrenere i stedet for hjemmetjeneste. Dette blir hentet inn igjen ved at folk blir selvstendige, og ikke trenger så mye innsats fra hjemmetjenesten over tid, som det de ville hatt uten intensiv rehabilitering. Manglende rehabilitering gir økt trykk på pleie- og omsorgstjenesten over tid. Det vil bli vanskeligere å finne ansatte til å utføre tjenestene, slik at alternativ tenking tvinger seg fram. Det vil også kreve at en investerer i velferdsteknologi. Velferdsteknologi vil gjøre det lettere å sette inn rett innsats til rett tid, det vil si når brukeren har behov for bistand.

## HANDLINGSPROGRAM

### Overordnet mål

Rehabiliteringsarbeid er innarbeidet på alle nivå i kommunen både økonomisk og praktisk.	Politisk styring på at rehabiliteringsarbeid skal prioriteres i alle ledd.	Politiske vedtak som fremmer innbyggernes selvstendighet gir økonomisk gevinst.
--	--	---

### Mål og tiltak

Mål	Tiltak	Økonomi	Ansvar
<b>Etablere rehabiliteringsteam</b>	Faste månedlige møter. Utarbeide rutiner for gjennomføring av rehabiliteringstilbudet. Utvikle mal for individuell rehabiliteringsplan. Iverksette individuell rehabiliteringsplan.	Viser til satsingsområdene i Omsorgsplan 2015-2025.	Tildelingsenheten ved koordinatør for habilitering og rehabilitering.
<b>Innkjøp av hjelpemidler</b>	Kartlegge behov for innkjøp av hjelpemidler. Sikre nødvendige hjelpemidler for å drive forsvarlig rehabilitering.	En startpott på 300000,-  En årlig budsjettpost.	Rehabiliterings-team.
<b>Hverdagsrehabilitering som konsept innføres som tjenestetilbud.</b>	Politisk vedtak på at kommunen tilbyr hverdagsrehabilitering i		Kommunestyret



Mål	Tiltak	Økonomi	Ansvar
	stedet for kompensierende tiltak.		
<b>Endre arbeidsmetode i omsorgstjenesten til å rehabiliterer der det er mulig i stedet for å hjelpe.</b>	<p>Øke kompetanse om rehabilitering hos personale.</p> <p>Holdningsendring blant ansatte.</p> <p>Minimum 2 fagdager per år med tverrfaglig deltagelse fra botjeneste, hjemmetjeneste og sykehjem.</p>	<p>Midler til etter/ videre-utdanning.</p> <p>100 000,- til fagdager og interne/ eksterne kurs.</p>	<p>Alle</p> <p>Samarbeid mellom fagledere i botjeneste, hjemmetjeneste og sykehjem samt koordinator ved Tildelingsenhet.</p>
<b>Velferdsteknologi utvikles videre og er en naturlig del av tjenester som tilbys.</b>	Øke kompetanse innen velferdsteknologi.	100 000,- til interne og eksterne kurs	Enhetsledere i pleie og omsorg.
<b>Forebyggende hjemmebesøk</b>	Innføre tilbudet til alle eldre over 80 år med råd og veiledning.		Koordinator for hab/rehab. Rehabiliteringsteam
<b>Dra nytte av frivillige i rehabiliteringsarbeidet</b>	<p>Oversikt over frivillige lag og organisasjoner på kommunes hjemmeside.</p> <p>Opprette kontakt og utveksle informasjon med lag og organisasjoner.</p>		<p>Koordinator for habilitering og rehabilitering.</p> <p>Rehabiliteringsteamet</p>

Handlingsprogrammet skal årlig evalueres av rehabiliteringsteamet. Planen skal revurderes hvert 4. år.

