



Plan for habilitering og rehabilitering i Fitjar 2020 – 2030

SAMANDRAG

Samfunnsutvikling og demografi stiller auka og nye krav til helse - og omsorgstenestene i kommunen. Det blir fleire eldre og fleire som lever med kronisk sjukdom. Den medisinske utviklinga gjer at fleire blir redda ved fødsel og etter ulykker og traume. Fleire med funksjonsnedsettingar lever i eigen bustad. Vi menneske har sosiale og kulturelle behov gjennom livsløpet, og det er derfor viktig at helse og omsorgstenestene i større grad legg vekt på meistring og aktivitet både fysisk og sosialt. Rehabilitering og habilitering av god kvalitet kan være avgjerande for å sikre deltaking i samfunnet for kvar og ein. For å møte behova til brukarane på ein betre måte, må vi jobbe smartare. Hjelpemiddelformidling og omsorgsteknologi er ein sentral del av tenestene. Det har skjedd, og skjer framleis, ei rivande utvikling. Det finnest utstyr og hjelpemiddel som kan bidra til eit betre liv og ein enklare kvardag. Det er viktig å utnytte omsorgsteknologien til å forbetre og auke kapasiteten i tenestene. Rehabiliteringspotensiale må kartleggast før det blir tildelt kompensierende tenester. Planen inneheld tiltak knytt til styrka samhandling, kompetanseheving, effektiv formidling og forvaltning av tekniske hjelpemiddel. Det er også skissert behov for kapasitetsauke i tenestene ved økte personalressursar, noko som må vurderast nærmare i samband med dei årlege budsjetta.

Godkjent:

Utval for oppvekst og omsorg: 10.02.2021

Kommunestyret: 24.02.2021

Innhold

1.0	Innleiing.....	2
1.1	Formål med og innhald i planen	2
1.2	Avgrensing mot andre kommunale planar og dokument.....	2
1.4	Rammer	3
1.5	Oppbygging av planen.....	4
2.0	Sentrale omgrep innan habilitering- og rehabilitering	4
2.1	Habilitering	5
2.2	Rehabilitering	5
2.3	Koordinerande eining (KE) og individuell plan (IP).....	5
2.4	Brukarmedverknad.....	6
2.5	Rehabiliteringstrekanten.....	6
3.0	Habilitering og rehabilitering i Fitjar kommune	7
3.1	Koordinerande eining og individuell plan	8
3.2	Fysio - og ergoterapitenesta	9
3.3	Rehabiliteringsnettverk	9
3.4	Kommunal døgnrehabilitering i institusjon	9
3.5	Heimerehabilitering.....	10
3.6	Kvardagsrehabilitering.....	10
3.7	Lågterskeltilbod	11
3.8	Habilitering og rehabilitering – barn og unge 0 - 18 år.....	11
3.9	Habilitering -vaksne.....	12
3.10	Hjelpemiddel.....	12
3.11	Omsorgsteknologi.....	14
4.0	Strategiar fram mot 2030	14
4.1	Kva veit vi om behov for tenester?	15
4.2	Kapasitet og ressursar.....	16
4.3	Kompetanse og samhandling.....	17
4.4	Informasjon og brukarmedverknad.....	18
5.0	Handlingsplan for rehabilitering i Fitjar kommune 2020-2030.....	18
6.0	Økonomi.....	20
6.1	Oppfølging av handlingsplanen	20

1.0 Innleiing

Habilitering- og rehabiliteringstenesta er ein viktig og integrert del av primærhelsetenesta. I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator og forskrift om leiing og kvalitetsforbetring, skal kommunen planlegge habilitering- og rehabiliteringsverksemda si, og ha generelt oversyn over behovet i kommunen. I tillegg er eit av regjeringa sine mål at kommunane skal ha ein oppdatert plan, jfr. Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019) og øyremerkte statstilskot til styrking av habilitering og rehabilitering. (Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering)

Sett opp mot rehabilitering og habilitering er FN sitt bærekraftsmål nr. 3 God helse og livskvalitet for alle, relevant. Dette gjennom å sikre grunnleggjande helsetenester for alle, utdanne personell, ha tilgang til medisinar, samt satsing på forskning. Vidare kan ein syne til mål nr. 10 om å redusere ulikskap, også med tanke på helse. Prinsippet om likeverd og inkludering, ligg til grunn for tilbod til barn og unge med funksjonsnedsetting og/eller kroniske sjukdommar.

Kommunen har ansvar for nødvendig helseteneste til alle som bur eller midlertidig oppheld seg i kommunen. Den delen av helsevesenet som er organisert i kommunane blir omtala som primærhelsetenesta. Den består av legeteneste, heimetenester, helsesjukepleiarar, fysioterapeutar, ergoterapeutar, psykologar, logopedar og av institusjonar som sjukeheim og andre buformer med heildøgns omsorg. Ei godt utbygd primærhelseteneste skal være grunnmuren i det norske helsesystemet.

Mange treng å lære å meistra livet med sjukdom og funksjonsnedsetting, og treng ei koordinert og langvarig oppfølging slik at best mogleg funksjon og livskvalitet blir bevart i tråd med eigne mål. I staden for kompenserte tenestetilbod, bør potensialet for betra funksjon bli utgreidd med sikte på tverrfagleg innsats, slik at den einskilde kan meistra dagleglivet.

1.1 Formål med og innhald i planen

Formålet med planen er å sikre at Fitjar kommune har fagleg gode, tilgjengelege, koordinerte og rett dimensjonerte tilbod til sine innbyggjarar. Slik at når innbyggjarane tar kontakt med kommunen med behov om helse- og omsorgstenester, må ein nytta prinsippa om «Beste effektive omsorgsnivå» (BEON) jfr. tenestestandard for Fitjar kommune. Potensiale for rehabilitering må kartleggast før kompenserte tenester blir tildelt.

Fitjar kommune sine målsettingar for helse- og omsorgstenestene:

- Auka innsats på førebygging, eigenmeistring og aktivitet for å motverkar passivitet og einsemd, og slik bidra til at innbyggjarane i kommunen har mindre behov for helse- og omsorgstenester.
- Ny dimensjonering av dei øvste trinna i omsorgstrappa: Omsorgsbustad – døgnbemanna omsorgsbustad – institusjon, dette vil gje reduserte kostnader i helse- og omsorgstenestene.
- Tidleg tverrfagleg innsats vil få fleire i arbeid og færre på trygd, betra levekåra til sårbare familiar, barn og unge og hindre utanforskap.

1.2 Avgrensing mot andre kommunale planar og dokument

Plan for habilitering og rehabilitering omhandlar tenester for brukarar med funksjonsnedsetting på grunn av sjukdom, skade eller liding, uavhengig av alder,

diagnose og bustad. Planen omhandlar ikkje rehabilitering av rusmiddelavhengigheit, psykiske helseplager eller oppfølging av demenslidningar.

I tillegg til dei offentlege føringane og talmaterialet som er skildra, dannar kommunale plandokument og kartleggingar grunnlaget for plan for habilitering og rehabilitering 2020-2030.

Kommunale planer og dokument som denne planen må sjåast i samanheng med er:

- Kommuneplanens samfunnsdel.
- Implementering av omsorgsteknologi i Fitjar kommune (under utarbeiding).
- Tenestestandard for Helse- og omsorgstenestene.
- Omsorgsplan for Fitjar kommune 2014 til 2020 (skal reviderast).
- Forskrift for tildeling av langtidsopphald i sjukeheim eller tilsvarande bustad <https://lovdata.no/dokument/OV/forskrift/2017-06-21-2503>
- Trygg alderdom 2014.
- Plan for det førebyggjande folkehelsearbeidet.
- Bustadsosial handlingsplan 2016-2020, (skal reviderast).
- Folkehelse profil.
- Strategisk kompetanseplan for helse, sosial og omsorg.
- Oversynsdokument frå fylkeskommunen over helsetilstand og påverknadsfaktorar.

1.4 Rammer

Kommunen skal tilby sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, og ha ei koordinerte eining for habilitering og rehabilitering (KE). KE skal bidra til å sikre heilskaplege tilbod til pasientar og brukarar. Forskrift om habilitering, og rehabilitering, individuell plan og koordinator utdjuar kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering i § 5. Formålet med forskrifta er å sikre at personar som har behov for det, får tilbod om og blir ytt tenester som skal bidra til stimulering av eigen læring, motivasjon, auka funksjon - og meistringsevne, likeverd og deltaking. Habilitering - og rehabilitering skal være tilpassa den einskilde og skje på ulike arenaer til brukar sitt beste. Kommunen bør også legge til rette for at pasient- og brukarrepresentant deltek i planlegging, utvikling og evaluering. Tenester som inngår i kommunen sitt helse- og omsorgstilbod, skal være integrert i eit samla tverrfagleg re- /habiliteringstilbod. Den kommunale helse - og omsorgstenesta skal ved behov samarbeide med andre einingar. Kommunen skal også formidla nødvendige hjelpemiddel og leggja til rette miljøet rundt den einskilde. Dette er også heimla i folketrygdlova og tilhøyrande forskrift .

I oppdragsdokumentet til dei regionale helseføretaka er det påpeika at spesialisthelsetenesta skal legge til rette for meir ambulant verksemd og rettleiing overfor kommunen innan rehabilitering. Opptappingsplanen har som utgangspunkt at rehabiliteringstilbod til store pasient - og brukargrupper som hovudregel bør utviklast i kommunane. Helseføretak og kommune har eit felles ansvar for å utvikle lærings og meistringstilbod på tilrådd nivå. Dette gjeld alt frå individuell pasient- og pårørandeopplæring, til gruppetilbod og likemannsarbeid. I rettleiaren «Barn og unge med habiliteringsbehov» (Helsedirektoratet 2015) blir det lagt vekt på at god tverrsektoriell samhandlingsrutine må bli etablert for å gje barn og unge nødvendig bistand av god kvalitet, tilpassa den einskilde sine behov.

Regjeringa sin opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017 - 2019 er i samsvar med krav og tilrådingar i «Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator». Planen skal bidra til at kommunen blir i stand til å gje eit godt rehabiliteringstilbod til innbyggjarane og over tid ta over fleire rehabiliteringsoppgåver frå spesialisthelsetenesta. Opptappingsplanen skal vidare bidra til at brukarane kan få gode habiliterings- og rehabiliteringstenester der dei bur. Opptappingsplanen er i hovudsak

retta mot brukarar med funksjonsnedsetting grunna fysisk sjukdom, uavhengig av alder, diagnose og bustad.

Både kommune- og spesialisthelsetenesta har ansvar for at pasientar og brukarar får nødvendig habilitering og rehabilitering. Behovet for spesialisert kompetanse er avgjerande for kor rehabiliteringa skal gå føre seg. Godt samarbeid på tvers av tenestenivå er ein føresetnad for eit godt rehabiliteringstilbod. Kommunen er etter lov om helse og omsorgstenester forplikta til å inngå samarbeidsavtaler med aktuelt helseføretak . Fitjar kommune har inngått samarbeidsavtaler med Helse Fonna.

Tenesteavtale 2 omhandlar samarbeid i tilknytning til innlegging, utskriving, habilitering, rehabilitering og lærings - og meistringstilbod. Avtalen skal sikre heilskaplege og samanhengande helse- og omsorgstenester til pasientar med behov for koordinerte tenester. Helseføretak og kommunane i Helse Fonna- området har kontaktpersonar inn i et felles lærings - og meistringsnettverk som årleg utarbeider felles handlingsplan på området.

Fitjar kommune har også rammeavtale med NAV Hjelpemiddelsentral Vestland om samarbeid om tekniske hjelpemiddel. Hjelpemiddel kan vera eit av fleire tiltak ut frå brukaren sitt samla behov, som kan kompensere for funksjonstap og/eller for å legge til rette miljøet kring den enkelte. Avtalen gjelder også opplæring av lokale kontaktpersonar for bevegelse, syn, høyrsel og kognitive hjelpemiddel. I tillegg har kommunen ambulerande vaktmeister med ansvar for montering, utkøyring og reparasjonar ved behov. Av avtalen føl også at kommunen skal ha lager med tekniske hjelpemiddel for korttidsutlån for å avhjelpe eit meir kortvarig funksjonsproblem.

1.5 Oppbygging av planen

Ein heilskapleg gjennomgang av tenestene for habilitering og rehabilitering er viktig for å ivareta kommunen sitt ansvar best mogleg. Gjennomgangen skjer ved å gjere opp status for noverande tenester, kartlegge utfordringar, sjå samanhengar og finne fram til aktuelle tiltak. Planen skal være eit styringsdokument for utvikling av tenestene i planperioden. Denne planen skildrar også rammene med sentrale føringar for kommunen sine rehabilitering - og habiliteringstenester. Planen syner korleis tenestene er bygd opp og utfordringar knytt til desse. I siste kapittel kjem forslag til konkrete tiltak for å sikre ei forsvarleg og god teneste i planperioden.

2.0 Sentrale omgrep innan habilitering- og rehabilitering

§ 3 Definisjon av habilitering og rehabilitering

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål.

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.

Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensinger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og meistringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet. Jf. Forskrift om habilitering, og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Habilitering og rehabilitering flyttar fokus frå sjukdom til fokus på aktivitet og deltaking. Habilitering og rehabilitering handlar om å læra seg å leva eit godt og sjølvstendig liv trass i sjukdom eller skade. Det inneber mellom anna at aktørar både innanfor og utanfor helse - og omsorgstenesta kan være sentrale i samarbeidet.

Habilitering og rehabilitering av god kvalitet kan være avgjerande for å sikre deltaking i samfunnet for den einkilde. For habilitering blir det gjeve vedtak om einskildtenester. Tenestene er ofte integrert i tenestetilbodet elles

2.1 Habilitering

Brukarar og pasientar med behov for habilitering er barn, unge og vaksne med medfødde eller tidleg erverva funksjonsnedsettingar. Brukarane innan habilitering treng bistand til å øva på nye funksjonar og ferdigheiter, som dei utgangspunktet ikkje har hatt. Det er også behov for vedlikehald av innlærte funksjonar og ferdigheiter. Tiltaka som blir sett i verk har som mål å utvikle funksjons - og meistringsevna for å nå størst mogleg grad av sjølvstende. Tidleg innsats og førebyggjande tiltak for å bevare eksisterande funksjonar og bremse utvikling av funksjonstap er viktig.

Barn og unge med habiliteringsbehov har ulike medisinske tilstander eller kroniske sjukdomar. Felles er at tilstanden påverkar funksjonsnivået og læringsevna. Dette har ofte innverknad på samspelet i familie og nettverk og det er behov for tenester som støttekontakt og avlastning, samt rettleiing. Det er viktig å få avklart tilstand/diagnose tidleg, og sette inn relevante tiltak for den einkilde og familien.

Vaksne med behov for habilitering har medfødde eller tidleg erverva funksjonsnedsettingar som kan gje konsekvensar for fungering på ulike livsområde. Mange kan ha behov for tilrettelegging av busituasjon, arbeidsdeltaking, aktivitetar og ivaretaking av familie og nettverk.

2.2 Rehabilitering

Rehabilitering er vanlegvis retta mot tilstander erverva seinare i livet . Rehabilitering er prosessar som skjer mellom brukarar, pårørande og tenesteytarar på ulike arenaer. Eksempelvis heime, på institusjon, hos fysioterapeut, på skule eller jobb. Rehabiliteringa kan gå føre seg individuelt og/eller i grupper. Målet med desse prosessane er å vinne att funksjonar som har gått tapt på grunn av fysisk, sosial eller kognitiv sjukdom eller skade. En føresetnad for rehabilitering er at det er eit potensiale for betring, at brukaren er motivert, eller let seg motivera til eigeninnsats.

Innan rehabilitering jobbar ein tverrfagleg med innsats mot eit eller fleire felles mål, basert på den einkilde sine behov og føresetnader. Dette gjeld brukarar eller personar som har eller står i fare for å bli hemma grunna sjukdom eller skade. Hensikten er at desse skal få høve til å oppnå best mogleg funksjons - og meistringsevne, samt kunne delta i samfunnet elles gjennom utdanning, arbeidsliv og sosial deltaking. Mange vil trenge opptrening og behandling, for eksempel etter kirurgiske inngrep eller funksjonsfall av andre grunnar.

2.3 Koordinerande eining (KE) og individuell plan (IP)

Etter helse og omsorgstenestelova skal det være ei koordinerande eining /KE for habiliterings - og rehabiliteringsarbeid i kommunen. KE skal bidra til å sikre eit godt tilbod til brukarar i alle aldersgrupper med samansette og langvarige behov for tenester. Koordinerande eining tar imot alle førespurnader som gjeld individuell plan og koordinator frå hjelpeinstansar, brukarar eller pårørande/føresette.

Individuell plan (IP) og koordinator er verktøy som blir brukt for å sikra samhandling og oversyn i arbeidet. Vedtak om IP og koordinator blir fatta av KE. IP er eit dynamisk verktøy og blir innvilga brukarar med behov for langvarige og koordinerte helse og omsorgstenester. Innhald og omfang blir tilpassa behovet til den einskilde brukar. Planen inneheld oversyn over brukaren sine mål, ressursar og behov for tenester. Den har en oversyn over kven som deltek i planarbeidet og viser kven som er koordinator og kven som bidrar med kva i planarbeidet. Vidare er det en oversyn over kva tiltak som er aktuelle, omfanget av desse, kven som har ansvaret og ei skildring av korleis tiltaka skal bli gjennomført og tidspunkt for justeringar og revisjon. IP og koordinator har til hensikt å skapa kontinuitet i oppfølginga av barn, ungdom eller vaksne med habiliterings- eller rehabiliteringsbehov. Dette arbeidet inneber ein forpliktande handlingsplan med delansvar, kor man arbeider med brukarstyrte mål over eit lengre tidsperspektiv.

2.4 Brukarmedverknad

Brukarmedverknad både på individ nivå og systemnivå er viktig for å sikre kvaliteten i tenestene.

Individnivå: Kommunen har plikt til å sørge for at den einskilde pasient/brukar skal ha medverknad ved eige behandlings - og rehabiliteringstilbod. Koordinatoren har en sentral rolle i å legge til rette for optimal medverknad og innflytelse i et heilskapleg løp.

Systemnivå : Råd for menneske med nedsett funksjonsevne og eldrerådet skal kunne uttale seg i saker som skal behandlast politisk. Uttalene skal følge saksdokumenta til det folkevalde organet som avgjer sakene. I tillegg bør kommunen også legge til rette for at representant for pasient - og brukarar deltek i planlegging, utvikling og evaluering av re - /habiliteringsverksemda.

2.5 Rehabiliteringstrekanten

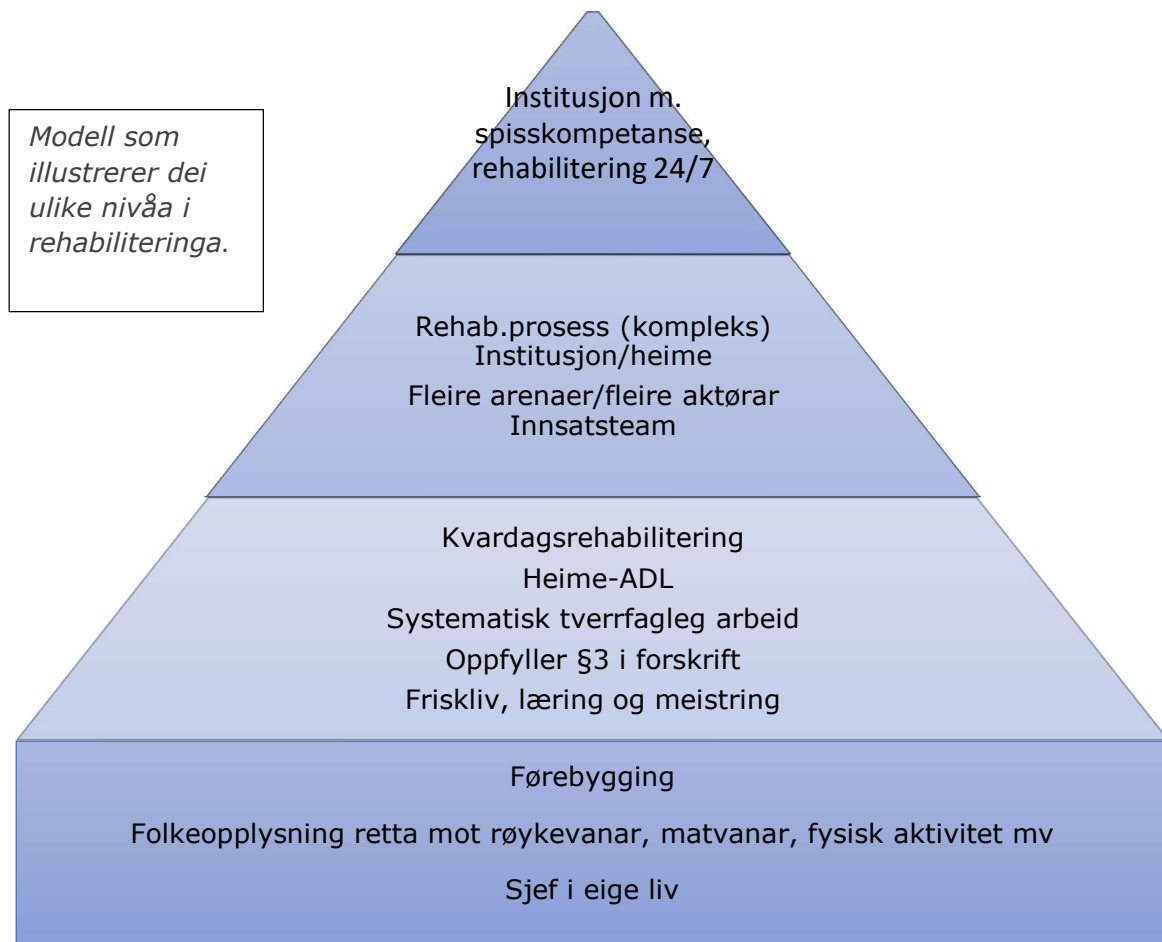
I den øvste og minste delen i trekanten finn vi spesialisert døgnerhabilitering. Dette tilbodet er tenkt til de mest komplekse prosessane der brukar har behov for døgntilbod, men som ikkje er så spesialiserte at det høyrer heime i spesialisthelsetenesta. Desse prosessane krev mykje tilrettelegging, og det er ofte behov for trening med høg intensitet og meir tverrfagleg oppfølging enn det som kan bli gjeve i heimen.

Midtre del av trekanten omhandlar komplekse rehabiliteringsbehov som er av lengre eller kortare varigheit, men som kan gå føre seg heime hos brukar med like god eller betre effekt . Eit «innsatsteam» kan gje rehabilitering til personar som har behov for og vedtak om ein større rehabiliteringsprosess i overgangen mellom institusjon og heimen.

Kvardagsrehabilitering er omtala i den nedste delen i rehabiliteringstrekanten. Rehabiliteringa går føre seg heime hos brukar og blir utført i tverrfagleg i samarbeid mellom tilsette i heimetenesta og fysio - og/eller ergoterapeut. Det blir gjeve tilbod om kvardagsrehabilitering når brukar har eit behov for rehabilitering i daglege aktivitetar (ADL) med målsetting om at brukar skal bu lengst mogleg i eigen heim. Friskliv, læring og meistringstilbod (kurs og treningstilbod) blir definert som en del av rehabilitering og forebyggjande arbeid nedst i rehabiliteringstrekanten. Tilboda er lågterskeltilbod med direkte påmelding og individuell samtale.

Under trekanten er det lagt inn eit rektangel for å illustrere at kommunen også bidrar i arbeidet med å sette fokus på den generelle folkehelsa og oppmuntre innbyggjarane til å i størst mogleg grad ta ansvar for å ivareta eige liv gjennom m.a. fysisk aktivitet. Det er eit lite tal brukarar med behov for rehabiliteringstilbod på toppen i trekanten og aukande tal brukarar med behov nedover i trekanten.

Formidling av hjelpemiddel er ein viktig del av habiliterings - og rehabiliteringstilbodet i kommunen på alle nivå og arenaer i trekanten.



3.0 Habilitering og rehabilitering i Fitjar kommune

Fitjar kommune har som mål å gje tenester med god kvalitet innafør vedtekne økonomiske rammer, gjennom aktiv brukardeltaking og kompetente medarbeidarar. For å sikre kvaliteten, er planen forankra i relevante fag- og brukargrupper, ved å invitere til innspel ved oppstart av planarbeidet.

Kommunen inviterte Råd for Funksjonshemma, Eldrerådet og Ungdomsrådet til å bidra med innspel på følgjande:

1. *Kva er dei største utfordringane i helsetenesta i Fitjar kommune og korleis møte utfordringane?*
2. *Nemn tre tiltak kommunen bør setta i verk for å ta betre vare på pasientar/brukarar.*
3. *Nemn andre aktørar som kan bidra til at pasientar/brukarar blir betre ivaretekne*

Ei samanstilling av innspela ligg ved planen, og er forsøkt innarbeidd i skildring av utfordringar og forslag til tiltak fram mot 2030.

Også tilsette i dei ulike tenestene har fått høve til å uttala seg.

Innspel til planen:

- Hovudpunkta i innspela er at visse tenester har for liten kapasitet eller manglar. Mykje i tenestene er bra, men i nokre høve er det svikt i fagleg kvalitet, arbeidsform og/eller organisering.
- Rolla til Koordinerande Eining i kommunen kjem ikkje tydeleg nok fram slik organiseringa har vore.
- Både brukarar og tenestene opplever svikt i samhandling internt på same nivå, eller mellom ulike nivå. Enkelttenester heng ikkje godt nok saman som en heilskap overfor brukaren. Dette gjeld både undersøking, kartlegging og oppfølging av tiltak.

3.1 Koordinerande eining og individuell plan

Kommunane har hovudansvaret og den viktigaste koordinerande rolla i (re)habiliteringsarbeidet. Dei har mellom anna ansvar for å registrere brukaren sitt behov og sikre at samla individuelle planar, som til dømes planar for habilitering, rehabilitering, pleie, omsorgs, behandling og opplæring blir utarbeidde og gjennomførte.

Koordinerande eining KE er organisert som ein del av tildelingskontoret for helse og omsorgstenester. Det er sett av 0,2 årsverk til koordinerande eining. Ressursen er delt mellom tildelingskontor og kommunefysioterapeut. KE har ansvar for vurdering og handsaming av saker som gjeld heilskapleg rehabilitering, søknad om individuell plan /IP. KE skal holde oversyn over kontaktpersonar (personlege koordinatorar), eksisterande IP'ar og kvalitetssikre arbeidet med desse. KE skal vidare medverka til opplæring og rettleiing av personlege koordinatorar, bidra til tverrfagleg og samarbeid på tvers av einingane, holde oversyn over rehabiliteringstilbodet i kommunen og samarbeida med helseføretaket.

Individuell plan og ansvarsgruppe er for alle aldersgrupper. Tenestemottakar må signere for utarbeiding av plan og skal vere ein aktive part i utarbeiding av denne. Ansvarsgruppa kan gjennom individuell plan tilrå tiltak og tenester som krev ressursar, men det er tildelingskontoret som gjer endeleg vedtak og den enkelte tenesteeining som utfører og former tenesta i samsvar med eige regelverk. Den individuelle planen gir ikkje den enkelte brukar større rett til tenester enn det som fylgjer av lovgjeving på det aktuelle området. Koordinatoren skal sikre nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller brukar, samt sikre samordning av tenestetilbodet og framdrift i arbeidet med individuell plan.

Som verktøy nyttar kommunen det web-baserte verktøyet til Visma, Sampro IP

Individuell plan skal vere eit hjelpemiddel for å uttrykkje felles forståing mellom brukar og hjelpeapparatet om behovet for tenester og iverksetjing av tiltak. Målgruppa er personar med behov for langvarige og koordinerte tenester. Må ha behov for langvarige og koordinerte tenester. Med langvarig behov vert det meint at behovet for tenester må vare i meir enn 2 år, eller resten av levetida dersom denne er forventa å vere kortare enn 2 år.

Koordinerte tenester betyr at det må vere behov for at to eller fleire faggrupper samarbeider for å kunne yte eit tilstrekkeleg, samordna og heilskaplege tenestetilbod.

Fokus på samhandling med helseføretaket har auka monaleg dei seinare åra, utan at det er sett av meir ressursar til dette arbeidet. Særleg samhandling om utskrivingsklare pasientar, krev mykje ressursar. Kommunen har fokus på BEON, beste effektive omsorgsnivå, og har som mål at det skal leggast til rette for at brukarane av kommunale helse og omsorgstenester ta imot nødvendige og forsvarlege tenester i eigen heim. For å nå dette målet, må behov og potensiale for rehabilitering på rett nivå, vurderast i samband med utskriving frå sjukehus.

3.2 Fysio - og ergoterapitenesta

Fysio- og ergoterapitenesta i kommunen ligg under helsespesialistane saman med legetenesta og teneste for psykiatri. Tenesta har som hovudoppgåve å gje bistand til barn og vaksne med nedsett funksjon, slik at dei opplever mest mogleg meistring og fungering i kvardagen. Tenesta skal også ha fokus på førebygging. Tenesta har tilsett fastlønna kommunefysioterapeut, som kan bidra med trening, rettleiing og tilrettelegging for alle aldersgrupper. Hovudansvaret for hjelpemiddelformidling er lagt til denne tenesta etter samarbeidsavtale med NAV Hjelpemiddelsentral. Ergoterapeut er ikkje ein del av tenesta for tida.

I tillegg har kommunen 2,2 driftstilskot fordelt på 3 fysioterapeutar. Desse skal ta seg av dei oppgåvene som primært ikkje ligg inn under kommunefysioterapeuten sitt hovudområde; til dømes undersøkingar, funksjonsutgreiingar/motorisk vurdering, utforming og oppfølging av tiltak, behandling også rehabilitering. Men også dei private skal vera med å utføre dei oppgåvene som kommunen til ei kvar tid prioriterer, og vera med å avlaste den kommunale fysioterapeuten.

3.3 Rehabiliteringsnettverk

Det er ikkje utpeika rehabiliteringskontaktar i dei ulike einingane/verksemdene. Eit nettverk med rehabiliteringskontaktar kan bidra til at brukarar ved behov får tilbod om fagleg gode rehabiliteringstilbod på rett nivå ut frå faglege føresetnader uavhengig av bustad. Rehabiliteringskontaktane kan vere kontakt - og ressurspersonar for feltet i si verksemd, og kan ha konkrete oppgåver opp mot brukarar og samarbeidspartnarar i vedtekne rehabiliteringsprosessar for vaksne i heime eller på institusjon .

Det bør være samarbeid med andre aktuelle kommunale aktørar etter behov. Aktuelle samarbeidspartar er fastlege, koordinerande eining for habilitering og rehabilitering, tildelingskontor, opplæringsetat, pleie- og omsorgstenesta, NAV, senter for attføring med fleire.

3.4 Kommunal døgnrehabilitering i institusjon

I omsorgsplan 2014-2020 kan ein lesa at det skulle satsast på ei styrking av plassar øyremerkte til rehabilitering, avlastning og palliasjon på FBB. Tidlegare berekingar viste at det til ei kvar tid er behov for ein halv rehabiliteringsplass i institusjon i Fitjar. Etter at kvardagsrehabilitering starta opp har behovet for rehabilitering i institusjon blitt redusert, noko som også var eit av siktemåla med omlegginga. I 2018 er det registrert 5 personar som fekk rehabilitering i institusjon, mot 14 året før. Med eit så lite talmateriale skal ein vere varsam med å trekkja konklusjonar, men tendensen er ganske klar: rehabilitering i institusjon er lågare no enn tidlegare.

Forskning viser at effekten i kommunal rehabiliteringseining er betre og meir kostnadseffektivt, samanlikna med korttidsplassar i sjukeheim. Organisering i team eller eining kan sikre tilstrekkeleg kompetanse og fokus på rehabilitering. Det er sannsynleg at det ville vært ein styrke for tilbodet om ressursane blei samla i ei eiga rehabiliteringsavdeling i kommunen, eventuelt i samarbeid med andre kommunar. Tilbod om døgnopphold for rehabilitering i kommunen kan bli gjeve på sjukeheim etter vedtak frå tenestekontoret. Desse rehabiliteringsprosessane krev mykje tilrettelegging , og det er ofte behov for trening med høg intensitet og meir tverrfagleg oppfølging enn det som kan bli gjeve i heimen.

Vurderinga av kven som skal få tilbod om opphald i sjukeheim, må baserast på ei fagleg vurdering og kriteria i Forskrift om tildeling av sjukeheimplass eller tilsvarande bustad. Vedvarande stor funksjonssvikt, store kognitive utfall, manglande evne til å ta instruksjon og uttalt blære-/og eller tarminkontinens er faktorar som ofte medfører at en

person ikkje kan nyttiggjere seg intensiv eller spesialisert rehabilitering. Sjukeheim bør også tilby fysio-/ergoterapi i form av funksjonstrening og kompensierende tiltak, eit stimulerande miljø og kompetent pleiepersonale, slik at funksjonar kan haldast ved like og om mogleg bli betre.

3.5 Heimerehabilitering

Vaksne med medfødde og tidleg erverva funksjonsnedsettingar bør sikrast systematiske tenester for å hente ut sitt potensiale for kvardagsmeistring. Meir tverrfagleg kartlegging vil lettare kunne identifisere rehabiliteringsbehov, og auka kapasitet i tenesta ville medført at fleire heimebuande vaksne med kroniske sjukdommar eller tilstander kunne fått eit rehabiliteringstilbod.

Forutsett tilstrekkeleg funksjonsnivå, bør heimen være føretrekt arena for rehabilitering. Likevel kan bygningsmessige tilhøve, pårørande sitt høve til støtte og oppfølging, samt kommunale ressursar til oppfølging i heimen, være til hinder for optimal effekt. Det er anbefalt at kvar kommune, eventuelle samarbeidande kommunar, bør ha rehabiliteringsteam med ansvar for heimebasert rehabilitering. Dette teamet bør bestå av lege, fysioterapeut, ergoterapeut og sjukepleiar, samt tilgang til logoped og sosionom ved behov. Det kan være hensiktsmessig med tett samarbeid med rehabiliteringsavdelinga på sjukehuset om enkeltpersonar, både den første tida etter utskriving og ved behov for rettleiing seinare i rehabiliteringsforløpet.

Heimebasert rehabilitering kan også bli gitt som, eller i kombinasjon med, eit dagtilbod. Sosiale aspekt kan auke trivsel og motivasjon. Daggrupper kan også være eigna som vedlikehaldstilbod. Dagtilbod krev ei tilfredsstillande transportordning og føreset akseptable avstandar frå heimen til dagtilbodet slik at ikkje transporten blir ei for stor belastning.

3.6 Kvardagsrehabilitering

Kvardagsrehabilitering er ein framtdsretta måte å gje heimetenester på som Fitjar kommune har gode erfaringar med.

Fleire heimebuande med akutt større funksjonssvikt og rehabiliteringsbehov som ikkje når måla sine med kvardagsrehabilitering og/eller bruk av innsatsteam vil kunne ha stor nytte av eit dagtilbod for rehabilitering med fleire ressursar er samla. Andre brukarar kan være kronikarar som opplever gradvis funksjonssvikt. Ei slik ordning bør derfor utgreiast nærmare.

Vaksne med behov for opptrening i kvardagslivets aktivitetar og målsetting om å bo lengst mogleg heime, får tilbod om kvardagsrehabilitering. Utgangspunktet er alltid det som er viktig for den einskilde: «Kva er viktig for deg?» Tenesta blir gjeve som eit tverrfagleg samarbeid mellom tilsette i heimetenesta og fysio - og/eller ergoterapeut. Fitjar kommune har valt å satsa på rehabiliterande tenester i heimen, noko som er framtdsretta og aukande i omfang. Om brukar får kvardagsrehabilitering i oppstarten av rehabiliteringsprosessen heime, utelukkar det ikkje at andre enkelttjenester blir ytte i tillegg ved behov. Når kvardagsrehabiliteringa er avslutta, kan brukaren framleis vere i ein rehabiliteringsprosess med ulike tenester, frivillige og familie/ pårørande involvert. Eksempelvis privatpraktiserande fysioterapeut, heimeteneste, lege, logoped og likemannsperson.

3.7 Lågterskeltilbod

Kommunen kan gje tilbod innan læring, meistring og friskliv som en del av heilskaplege pasientforløp i rehabiliteringa, men tilbod og kapasitet er foreløpig små. Tilboda bør utviklast vidare ved bruk av til dømes prosjektmidlar, i tråd med sentrale anbefalingar og inngåtte avtaler med helseføretaket. Det er behov for å utarbeide ein strategi for å sikre at informasjon om tilboda når ut til de aktuelle brukarane og samarbeidspartnarane.

Fitjar kommune har etablert ulike tilbod til ulike brukargrupper gjennom «Aktive saman». Målet med desse tilboda er å førebyggja einsemd, passivitet og isolasjon. Tilboda famnar vidt og blir gjeve i samarbeid med frivilligsentralen og ulike organisasjonar; middagsfellesskap, meirope bibliotek, tilpassa kino, fallførebyggjande trimtilbod, ulike turgrupper, gruppetrening på Fitjar treningscenter, med meir.

Det er ikkje etablert friskliv, læring og meistringstilbod som lågterskeltilbod med direkte påmelding. Likevel har kommunen tilbod om individuell samtale hos kommunefysioterapeuten for kartlegging av behov for frisklivsaktivitetar, læring og meistring av eigen sjukdom. Kommunen samarbeider med andre kommunar i Fonna regionen, slik at personar med livsstilssjukdomar eller -plager kan delta på kurs som blir arrangert i regionen.

3.8 Habilitering og rehabilitering – barn og unge 0 - 18 år

Barn og unge med behov for habilitering har ofte behov for tiltak frå både helse - og omsorgstenestene og utdanningssektoren. Dette er barn som har ei funksjonsnedsetting grunna medfødd sjukdom eller skade, eller som dei fekk i oppveksten. Desse bur som oftast heime ilag med foreldra. Tiltaka i re - /habiliteringa har som mål å utvikle funksjons - og meistringsevna for å nå størst mogleg grad av sjølvstende, deltaking og livskvalitet. Barna har ikkje vedtak om habilitering eller rehabilitering, men er i kraft av å være barn i ein kontinuerleg utviklingsprosess.

For barn og unge blir behova raskt endra. Derfor må IP ha korte planperiodar, evaluerast ofte og det må gjerast justeringar med tanke på oppsette mål. Overgang mellom livsfasar er spesielt sårbar. Det være seg frå barnehage til barneskole, barneskole til ungdomsskole og frå ungdomsskole til vidaregåande og overgang til vaksenlivet. Overgangar kan ofte medføre skifte av koordinator. Her kan det å få til en god overlapping være krevjande. Det er ønskeleg med ein felles digital plattform for samhandling med brukar/føresette eller samarbeidande tenester når det gjeld plandokumentet.

Habilitering av god kvalitet kan være avgjerande for å sikre deltaking i samfunnet for den einskilde. For habilitering blir det gjeve vedtak om einskildtenester. Tenestene er ofte integrert i tenestetilbodet elles.

Habiliteringsprosessane blir i stor grad ivareteke gjennom bruk av IP, koordinator og tverretatlege ansvarsgrupper. Tildelerkontoret gjer etter søknad vedtak om IP, og KE har overordna ansvar for oppnemning av koordinator. Målsettingane og tiltaka som er beskrive i den individuelle planen er oftast innan områda opplæring, funksjonstrening og tilrettelegging. Tenestene blir i størst mogleg grad gjeve på dei arenaene barn og unge oppheld seg. Hovudarena utanom heimen er barnehage, skole og i ulike fritidsaktivitetar. Behovet for tverretatleg samhandling er stort. Aktuelle aktørar som samhandlar i desse forløpa er skolepersonell, barnehagepersonell, personell ved PPT, helse- og omsorgspersonell, NAV Hjelpemiddelsentral Hordaland , spesialisthelsetenesta m.fl.

3.9 Habilitering -vaksne

Brukarar og pasientar med behov for habilitering er barn, unge og vaksne med medfødde eller tidleg erverva funksjonsnedsettingar. Fitjar kommune organiserte i 2020 sine døgntenester til personar med nedsett funksjonsevne/psykisk utviklingshemming i eiga eining for habilitering. Brukarar innan habilitering treng bistand til å øva på nye funksjonar og ferdigheiter, som dei utgangspunktet ikkje har hatt. Det kan også vera behov for vedlikehald av innlærte funksjonar og ferdigheiter.

Tiltaka som blir sett i verk har som mål å utvikle funksjons - og meistringsevna for å nå størst mogleg grad av sjølvstende. Tidleg innsats og førebyggjande tiltak for å bevare eksisterande funksjonar og bremse utvikling av funksjonstap er viktig. Barn og unge med habiliteringsbehov har ulike medisinske tilstander eller kroniske sjukdomar. Felles er at tilstanden påverkar funksjonsnivået og læringsevna. Dette har ofte innverknad på samspelet i familie og nettverk og det er behov for tenester som støttekontakt og avlastning, samt rettleiing. Brukarar innan denne tenesta har ofte behov for langvarige og samansette tenester i eit livsløp, som utgjør store økonomiske ressursar. Det er dermed viktig å få avklart tilstand/diagnose tidleg, og sette inn relevante og gode tiltak for den einskilde og familien for å forebygge framtidige og aukande behov. Mange har behov for tilrettelegging av busituasjon, arbeidsdeltaking, aktivitetar og ivaretaking av familie og nettverk.

3.10 Hjelpemiddel

Kommunen skal vurdere hjelpemiddel som eit av fleire alternative tiltak på grunnlag av den einskilde sine samla behov. Fitjar kommune har organisert sin hjelpemiddelformidling med ei fordeling av oppgåver og samarbeid mellom ulike kommunale verksemdar og tenesteytarar. Hovudaktørane er kommunal fysioterapeut, hjelpemiddellager, hjelpemiddelteknikar/vaktmeister, heimetenesta, sjukeheim, tenestekontoret/KE, samt PPT og skulekontoret. Partane skal samarbeida om heilskaplege løysningar for den einskilde brukar innafor ramma av Lov om helse og omsorgstenester, Lov om folketrygd og Opplæringslova.

I re-/habiliteringsarbeidet kan tolk eller hjelpemiddel og ergonomiske tiltak vere viktige verkemiddel. Kommunen skaffar oversikt over totalbehovet til brukaren, og då er hjelpemidla eitt av fleire alternative tiltak.

Kommunen syter for kartlegging, utgreiing, opplæring i bruk, oppfølging, tilpassing, montering og enklare sørvis og reparasjon av hjelpemiddel, og legg til rette med ergonomiske tiltak.

Den kommunale hjelpemiddelformidlinga har i seinare år opplevd ei auke i behov for hjelpemiddel. Det er behov for fleire hjelpemiddel pr brukar samt at hjelpemidla har utvikla seg til å bli meir avanserte. Auka bruk av hjelpemiddel og omsorgsteknolog i er viktige tiltak for betre funksjons - og meistringsevne hos innbyggjarar som har behov for det. Det kan også gje eit redusert behov for fysisk tilsyn og tiltak frå heimetenester og føre til at brukaren kan være i stand til å bu lengre heime. Både bruk av korttidshjelpemiddel og varige hjelpemiddel aukar. Dette er svært positivt i eit fagleg perspektiv. Auken i talet på tryggleiksalarmar etter digitalisering vil også bidra til ei auke i bruk av annan type omsorgsteknologi som ulike alarmer med sensorar.

I tillegg til at utlån av fleire og meir avanserte hjelpemiddel til fleire brukarar, er det også ofte forventning om levering på kort varsel. Dette gir større utfordringar både med tanke på kapasitet, planlegging og logistikk. Fleire eldre representerer ei særskilt utfordring på hjelpemiddelområdet. Framskrivning som NAV nasjonalt har gjort viser ei dobling av talet på hjelpemiddelbrukarar frå 2012 - 2050 . Nesten heile auken består av eldre brukarar.

Tabellen under viser at trass i at behova går opp, greier vi ikkje å utnytte moglegheitene som ligg i tilboda frå NAV hjelpemiddelsentral. I for stor grad har behova blitt kortsiktig dekkja ved utlån frå det kommunale lageret for korttidshjelpemiddel. Store ressursar blir bundne opp her. Størstedelen av utlåna gjeld hjelpemiddel på bad, rullator og arbeidsstol. Det er behov for meir ressursar til kommunen sin hjelpemiddelformidling. Behova er knytte til både kompetanse, stillingsressursar og investering i nye hjelpemiddel til korttidsutlån.

Tabellen under viser tildelte hjelpemiddel frå NAV pr år i Fitjar:

Distribuerte hjelpemiddel	2016	2017	2018
Nye tildelte hjelpemiddel (NAV)	372	254	211
Verdi i 1000	1064	945	799

Grunna omlegging til nye kommunenummer, er det ikkje råd å få ut statistikk for 2019.

Talet på aktive brukarar i Fitjar med varige hjelpemiddel frå NAV ligg kring 275, men ei auke er venta i tida som kjem.

Kommunale hjelpemiddel:

- Korttidshjelpemiddel på utlån om lag 375
- Korttidshjelpemiddel på lager om lag 50
- Aktive tryggleiksalarmar om lag 60

Kommunen har et godt samarbeid med NAV Hjelpemiddelsentral, som har ei sentral rolle i å gje bistand i saker som krev spesialisert kompetanse. Hjelpemiddelsentralen skal i tillegg bidra til å heve kompetansen i kommunen gjennom målretta opplæring og samarbeid i enkeltsaker. Som følgje av samarbeidsavtale med Hjelpemiddelsentralen, er kommunefysioterapeuten hovudansvarleg kontaktperson for samordning og koordinering av den lokale formidlinga av tekniske hjelpemiddel frå NAV. For enkle hjelpemiddel ved kortvarig behov inntil to år, har kommunen ansvar for finansiering og innkjøp. Kommunen har etablert hjelpemiddellager med nødvendige hjelpemiddel til korttidsbruk i Havnahuset.

Bestilling av hjelpemiddel til personar som har pleie og omsorgstenester frå kommunen frå før, blir gjort av ein person tilsett i heimetenestene med nødvendig opplæring og særskilt ansvar for dette.

Korttidshjelpemiddel og tryggleiksalarmar blir programmert og distribuert av hjelpemiddelteknikar/vaktmeister. I tillegg utfører dei mange oppdrag innan distribusjon og reparasjon av varige hjelpemiddel etter kommunens samarbeidsavtale med NAV Hjelpemiddelsentral. Hjelpemiddelteknikarane samarbeider også tett med anna personell. Om nødvendig skal kommunen be om bistand frå NAV Hjelpemiddelsentral eller annan relevant instans.

Vidare har kommunen ansvar for å ha eigne kontaktpersonar på områda syn, høyrse og ASK (alternativ og supplerande kommunikasjon). Desse kontaktpersonane har utvida fullmakter frå NAV. Høyrsekontaktane er organisert under heimebaserte tenester. Ved behov for synshjelpemiddel blir Syns- og Audiopedagogisk Teneste (SAPT) kontakta. Kontaktperson for ASK er organisatorisk knytt til PPT.

3.11 Omsorgsteknologi

Implementering av omsorgsteknologi i Fitjar kommune, Plan for digitalisering 2020-2025, er forankra politisk og administrativt i økonomiplanen for 2021-2024.

Framtidsbiletet har to hovudperspektiv:

Fitjarbuen planlegg eige liv:

- kjenner til omsorgsteknologiens moglegheiter
- veit kvar dei kan få informasjon og rettleiing
 - når dei har behov for hjelpemiddel
 - treng råd om teknologi ved ombygging eller bytte av bustad
 - treng råd til tilrettelegginga av eigen bustad
- har realistiske forventningar til kva kommunen bidreg med, og kva som er den einkilde sitt ansvar

Omsorgsteknologi er ein naturleg del av tenestetilbodet

- Tilsette på alle nivå kjenner til korleis omsorgsteknologi kan bygge opp under brukaren sin eigenmeistring og sjølvstende, og å understøtte tenestene
- Tilsette er involvert i innføring av nye teknologiske løysingar og tenesteforløp
- Avstands oppfølging (digitale tilsyn)
- Gode rutinar for å handtere juridiske og etiske problemstillingar
- Sakshandsaming og samhandling skjer i størst mogleg grad digitalt

Kommunen utnyttar teknologiens positive moglegheiter for å understøtte tenestetilbodet til innbyggjarane, også når det gjeld hjelpemiddel. Med riktig bruk av teknologien vil kommunen kunne bruke sine menneskelege ressursar på best mogleg måte.

Det kan også være aktuelt for innbyggjarane sjølve å investere i fleire omsorgsteknologiske løysingar, også kalla kvardagsteknologi. Kommunen vil bidra med å leggja til rette for bruk av omsorgsteknologi når det er nødvendig, med informasjon, kunnskap og kompetanse.

4.0 Strategiar fram mot 2030

Samfunnsutvikling og demografi stiller auka og nye krav til helse- og omsorgstenestene i kommunen. Det vert fleire eldre og fleire som lever med kronisk sjukdom. I perioden frå 2025 og det neste tiåret vil talet på eldre over 67 år i Fitjar kommune meir enn dobla seg. Dette vil utfordra dei kommunale tenestene.

Reduksjon i økonomisk ramme frå staten vil føra endringar i tenestene sitt omfang, struktur og effektivitet. Kommunen må yte meir for mindre, og ein må i større grad nytta kommunen sine eigne inntektskjelder. Aukande grad av statleg individuell rettighetsfesting av tenester, vil auka konkurransen om ressursar. Kampen om arbeidskrafta vil auka på grunn av demografi, og Fitjar kommune må vera ein attraktiv arbeidsgjevar for å rekruttere og halda på medarbeidarar. Det vil difor vera naudsynt at ein har ei målretta utvikling av tenestetilboda med vekt på førebygging, eigenmeistring, medviten prioritering, lokalisering og organisering vil vera ein hovudstrategi fram mot 2030.

4.1 Kva veit vi om behov for tenester?

For å planleggje tenestene er det viktig med kjennskap til kva faktorar i Fitjar som har innverknad på framtidige behov for re- og habiliteringstenester. Det som er særmerkt for Fitjar er trekt fram her.

Fordi Fitjar er ein liten kommune skal ein vere varsam med å bruka statistikk, men det er verd å merka seg at talet på menneske hjarte-karsjukdom, som kan relaterast til livsstil, ligg høgare i Fitjar enn i både fylket og landet elles. Det kan lett føre til stigmatisering ved å visa eksakte tal på personar som får tilbod om tenester. Vi veit at minst 20 born og vaksne treng målretta og koordinert habilitering. Ved å gje tenester av god kvalitet i barndom og oppvekst, kan trongen for kompensierende tenester seinare i livet reduserast. I tillegg kjem ressurskrevjande brukarar med heildøgns omsorg. Rett bruk av kapasitet og ressursar i tenestene, vil bidra til auka livskvalitet for menneske med funksjonshemming, og deira pårørande.

Talet på personar som søkjer om tenester er aukande, og føl i grove trekk talet på personar over 80 år. I 2018 vart vel 150 unike søknader om helse- og omsorgstenester motteke og handsama av tildelingskontoret. For å snu omsorgstrappa gjer tildelingskontoret kartlegging i heimen og rehabiliteringspotensialet blir utgreidd hos søkjarane. Dette er ei framtidsretta arbeidsform, som krev både kompetanse og ressursar. Kartleggingskompetansen er på plass, men kapasiteten er under press.

Kvardagsrehabilitering skjer heime, og er eit samarbeid mellom heimetenesta og fysioterapitenesta. Det er til ei kvar tid frå ein til tre personar som får kvardagsrehabilitering. I 2018 fekk om lag 20 personar tilbod. Kvardagsrehabiliteringa varer i inntil 6 veker.

Frå <http://statistikk.igest.no/hf/> og denne <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/folkehelseprofil/> er det henta talmateriale, sjå under:

Risikoindeks folkehelse, 2015

Rangert liste over faktorar som har innverknad på helsa til Fitjarbuen i eit livsløpsperspektiv. Høgt tal gjev høg risiko, lågt tal gjev låg risiko.

1. Inga utdanning (grunnskule)	65
2. Snittalder	40
3. Eineforsørgjarar	10
4. Vedvarande låg inntekt	16
5. Folkevekst	36
6. Arbeidsplassdekning	63

Skader og ulykker

Statistisk sett blir 10% skadd årleg. Nasjonale tal viser at dødelegheita er høgare for personar utan høgare utdanning. Hordaland er det fylket har flest hardt skadde og drepane i trafikkulykker. Når eldre menneske er involverte i trafikkulykker, er det høgare risiko for at konsekvensane blir alvorlege, fordi dei fysiologisk sett er meir utsette for skadar. Det er på dei største og mest trafikkerte vegane dei fleste alvorlege ulykkene skjer, noko som inneber at mange ulykker finn stad på riksvegnettet og det overordna fylkesvegnettet.

Valdskriminalitet skjer i tidsrommet 23.00 til 04.00 i helgane. Offer og gjerningsmann er gjerne unge, rusa menn i alderen 18 til 27 år. Årleg 2 melde lovbrøt pr 1000 innbyggjarar i Fitjar, jamfør Oslo nær 8 og Bergen overkant 6.

Dei fleste som dør i brannar i Noreg høyrer til ei frå før risikoutsett gruppe. Til dømes er eldre overrepresenterte i statistikken. Ser ein på kjønn, er menn meir utsette enn kvinner.

Helseåtferd

Fitjar ligg høgt på statistikken over røykjarar, plass 9 av 41 i Hordaland. Eldre drikk oftare enn unge.

Når det gjeld fysisk aktivitet, er det ein signifikant forskjell på kjønn, der ein høgare prosentdel kvinner lever opp til tilrådingane som er 150 minuttar moderat intensitet, eller 75 minuttar høg intensitet i veka. Personar med høgare utdanning er fysisk aktive i større grad enn personar med låg utdanning. I tillegg har trygda og arbeidsledige eit vesentleg lågare aktivitetsnivå enn dei yrkesaktive.

Helsetilstand

Sjukdomsbiletet i både Noreg og Fitjar er prega av ikkje smittsame sjukdommar som hjarte- og karsjukdommar, type 2-diabetes, overvekt/fedme, KOLS og kreft. Desse sjukdomane har ofte nemninga livsstilsjukdomar. Talet på personar som får kreft er venta å auke med 10 til 20 % i åra 2011 til 2016. Auke i ikkje smittsame sjukdommar heng saman med at vi lever lenger og samfunnsmessige endringar som påverkar levevanane våre.

Tal frå 2018	Fitjar	Hordaland	Norge	
Hjarte- og karsjukdom	24,5	19,3	17,7	per 1000

4.2 Kapasitet og ressursar

Ifølge «Veileder for habilitering og rehabilitering, IP og koordinator» er fysioterapeutar, ergoterapeutar, legar, psykologar, sosionomar, sjukepleiarar og vernepleiarar sentrale yrkesgrupper. I tillegg er det behov for kompetanse frå logoped, audio - og synspedagog og innan ernæring. Helse- fagarbeidarar med etterutdanning innan habilitering og rehabilitering er også sentrale ressursar. I rettleiaren blir det peika på behov for felles overlappende kompetanse innan målretta prosessarbeid, brukarmedverknad, rettleiingsmetodikk (eksempelvis MI), teamarbeid, samhandling, IP og koordinering.

Frå KOSTRA kan vi hente ut nøkkeltal for helse- og omsorgsteneste pr 10 000 innbyggjarar i Fitjar, samanlikna med andre kommunar. Ut frå nøkkeltala går det fram at årsverka i helse og omsorg ligg noko høgare i Fitjar enn elles i landet. Talet på legar er lågare og fysioterapeutar ligg om lag på same nivå som elles i landet, men lågare enn kommunar i same KOSTRA gruppe som oss.

Nøkkeltal	Eining	Fitjar	Kostra-gruppe 03	Landet utenfor Oslo
		2018	2018	2018
Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger	kr	37647	36534	27206
Årsverk helse og omsorg per 10 000 innbyggjar	årsverk	426	395	312
Avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggjar	årsverk	10	15,4	11,3
Avtalte fysioterapeutårsverk per 10 000 innbyggjar	årsverk	10	11,1	9,5
Avtalte årsverk i helsestasjons- og skulehelsetjenesten per 10 000 innbyggjar 0-20 år	årsverk	56,3	63	42,1

Eit auka behov for habiliterings- og rehabiliteringstenester, gjev større press på allereie knappe ressursar. Tenestebiletet, jamfør nøkkeltal frå KOSTRA, syner at det i Fitjar blir nytta kompenserande tenester framfor tenester som mobiliserer brukarane sine egne ressursar.

Fitjar kommune har ikkje reindyrka ressursane sine innan faggruppene/tenestene som har basiskompetanse for å gje god kvalitet og møta befolkninga sitt behov for nødvendig sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Kommunen manglar tilgang på breiddekompetanse som sikrar eit godt tverrfagleg tilbod innan habilitering og rehabilitering.

Tenestene og personellet som driv habilitering og rehabilitering er integrert i fleire tenester og einingar, derfor er det vanskeleg å reindyrke og talfeste årsverka. I «Omsorgsplan for Fitjar Kommune 2014 – 2020» blei det peika på trong for styrking av rehabiliteringsressursane. Særleg blei behov for ergoterapeut løfta fram. Trass i at det er lovpålagt frå 2020, har det ikkje blitt oppretta psykolog- eller ergoterapeutstilling i kommunen. Frå SAPT hentar vi syns – og audiopedagog ved behov. Det at vi hentar inn kompetanse i enkeltsaker, sikrar ikkje det tverrfaglege tilbodet over tid. Dette gjer at tilsette som ikkje har den etterspurde kompetansen, blir ståande i krysspress mellom krav og ynskjemål frå brukarar, og forventningar frå arbeidsgjevar om å løyse lovpålagde oppgåver. Mangel på fagressursar rår særleg habilitering og rehabilitering av barn og unge, men også rehabiliteringstilbodet til vaksne.

Auka bruk av hjelpemiddel gjev press på personalressursane i hjelpemiddelformidlinga. Behovet for fysio- og ergoterapi ressursar aukar når det blir gjort pålagd kartlegging i samband med tildeling av tenester. Kartleggingane viser i aukande grad at det er behov for tilrettelegging i heimen. Kartleggingane avdekkjer også om det er eit rehabiliteringspotensiale. Dette behovet kan ikkje andre yrkesgrupper eller privat sektor stetta. Det er i dag 1 årsverk som fysioterapeut i kommunen. Av dette er 20% øyremerkte koordinerande eining. Det er tilrådd at det er 50% fysioterapiressurs knytt til helsestasjon for å møte behova til barn og unge. Da står det att 30% . For å møte behova og betra den tverrfaglege kompetansen, vil det truleg være formålstensleg å auke terapeutressursane i kommunal sektor.

4.3 Kompetanse og samhandling

Mange brukarar med kroniske sjukdommar / tilstander vil oppleve betring og forverring av funksjon som vil gjere det nødvendig med habilitering og rehabilitering i periodar gjennom hele livsløpet. Dei ulike og endra behova tilseier at habilitering- og rehabiliteringstilbodet må være heilskapleg og fleksibelt. I regjeringa si opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017 – 2019, blir det peika på at manglande systematikk i kommunal tverrfagleg kartlegging, rår mange brukargrupper. Dagens arbeidsformer fører til at mange brukarar med kronisk sjukdom og store samansette behov ikkje får tett nok oppfølging eller god nok opplæring i eigenmeistring. Når desse brukarane ikkje blir fanga opp i tide, aukar risikoen for dårlegare eigenmeistring og funksjonsfall som kunne vært unngått.

Det er viktig at arbeid med psykisk helse inngår i ein samla rehabiliteringsprosess. Menneske som opplever større funksjonstap vil kunne ha behov for psykologkompetanse for å mestre livet med nye utfordringar. Tap av fysisk funksjon kan være en risikofaktor for psykiske helseutfordringar.

I opptrappingsplanen blir det streka under at dei sosiale og kulturelle behova gjennom livsløpet må få større merksemd. Dette kan skje ved å leggja vekt på meistring og

aktivitet både sosialt og fysisk, som igjen er viktige faktorar for psykisk helse og livskvalitet. Av den grunn er det viktig med kontinuerleg fokus på heilskapleg kompetanse i habilitering - og rehabiliteringstenestene. Samhandling på tvers av einingar og verksemder, også med spesialisthelsetenesta, er ein viktig føresetnad for å lukkast med eit godt tilbod. Frivillig sektor utgjer også ein viktig ressurs. Det må være eit kontinuerleg fokus på å styrke samhandlinga og koordineringa. Digitale verktøy vil være gode verkemiddel mellom anna i samband med IP og i arbeidet med kompetanseutvikling.

4.4 Informasjon og brukarmedverknad

God informasjon om de ulike tilboda i riktige media/kanalar er viktig. Det er behov for å utvikle ein målretta informasjonsstrategi, særleg knytt til friskliv tilbod ol. Brukarane er en ressurs ved utforming av IP og tilbodet til den enkelte, men brukarmedverknad er også viktig for utvikling , gjennomføring og evaluering av læring og meistringstilbod generelt. For å auke kvaliteten vil det være hensiktsmessig å trekke brukarerfaringar meir inn i arbeidet, mellom anna ved økt bruk av likemannsarbeid og gjennomføre brukarundersøkingar.

5.0 Handlingsplan for rehabilitering i Fitjar kommune 2020-2030

Føremålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få avgrensingar i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal få moglegheit til å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet. (Rettleiar om rehabilitering, habilitering, individuellplan og koordinator, 2018)

For å sikre samordning og heilskap i tiltak, er det nødvendig å tenke tverrfagleg på tvers av tenestetilbod og forvaltningsnivå og gode pasientforløp og pakkeforløp. I tillegg må kommunen samarbeida med nabokommunar og Helse Fonna/Stord sjukehus.

I Kommunedelplanen for Fitjar kommune 2020-2040, i kapittelet om smarte kompetente tenester er målsettinga:

- Fokus på brukaren sine ressursar
- Kompetente og engasjerte medarbeidarar
- Digitalisering
- Bygge partnarsskap mellom kommunen og omgjevnadane – kapasitetsbygging

Dette dannar grunnlag for vår handlingsplan og prioriteringar i re-/habiliteringsarbeidet i Fitjar kommune.

Målsetjingar	Tiltak	Tidsplan
Styrka kjernekompetanse i rehab. arbeidet	<ul style="list-style-type: none"> - Tilsetja ergoterapeut i 50 % stilling - Implementere mål i Rehabplanen - Opplæring: ABC-kurs, e-læring, interne og eksterne kurs og opplæring. - Kartlegge behov for rehabilitering etter covid19 - Inkludere psykolog i tverrfagleg rehabilitering 	2021
Få på plass koordinerande eining (KE) i eit heilheit-orientert tverrfagleg pasient/brukar forløp	<ul style="list-style-type: none"> - Ansvarsfordeling: leining av KE ligg på tildelarkontoret. - Peika ut tilsette i ulike einingar som er deltakarar i KE. - Får på plass faste møter og samarbeid i KE - Utarbeide rutinar og opplæringsplan for IP/koordinatorar - KE har oversikt over IP-planar og koordinatorar. 	2020-
Sikra rett hjelpemiddel til rett tid	<ul style="list-style-type: none"> - Etablere meldingssystem for varsling av behov for hjelpemiddel. - Tilrettelegge i bustad gjennom søknad om hjelpemiddel - Sjå tekniske hjelpemiddel i samband med omsorgsteknologi. - Dokumentere i EPJ system 	2020
Kvalitetssikra hjelpemiddel-formidlinga	<ul style="list-style-type: none"> - Klargjere ansvar i hjelpemiddelformidlinga som føl samarbeidsavtale med NAV - Etablere rutinar for søknad/bestilling, mottak/utlevering, reint/ureint, reingjering/desinfisering, reparasjon/vedlikehald 	2021
God forvaltning av hjelpemiddel	<ul style="list-style-type: none"> - Byggje eit nytt moderne hjelpemiddellager, som i varetar smittebarrierar og hygiene. - Sikre ressursar til drift 	2024
Auka fokus på heilskaplege og koordinerte tenester	<ul style="list-style-type: none"> - Målgrupper er barn og unge, skrøpelege eldre, kronikarar. - Psykiatri/rus/ROP er også i målgruppa - Det er venta øyremerka midlar frå regjeringa 	2021-2030
Har gode pasientforløp	<ul style="list-style-type: none"> - Erkjenne utfordringar med tanke på koordinering og samhandling - Faste inntaksmøte med tverrfagleg samarbeid på tvers av avdelingar og einingar - Rehabiliteringskompetanse knytt til tildelarkontor - God samhandling med brukar og pårørande - God samhandling med spesialisthelsetenesta - Ta del i helsefellesskap på tvers av nivå 	2019-

Tenester tildelt etter BEON-prinsippet (Best effektiv omsorgs nivå)	<ul style="list-style-type: none"> - Tenestetildeling jfr. Tenestestandard - Utarbeiding av tiltak gjennom involvering av brukar og pårørande, etter klargjering av brukar sine mål - Evaluerer tenesta/tiltaka jamleg sett opp mot BEON-prinsippet. 	2019
Har tilbud om helsefremjande tiltak:	<p>Få fleire lågterskeltilbod:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktive saman: Seniornettverk, trim, matglede, MinMemoria - Få på plass lærings og meistringtringtilbod - Dagtilbod: bakken dagtilbod, dagtilbod for demente, Laget og VTA-plassar. - Utgreie dagtilbod som kan gje tilbod til fleire grupper, for å sjå om ein kan få meir samdrift og synergieffektar 	2019-2030
Styrke brukarmedverknad	<p><u>På systemnivå:</u> Aktiv bruk av brukarutval, eldreråd, og råd for funksjonshemma. Samarbeide med brukarorganisasjonane.</p> <p><u>På individnivå:</u> Bruk av IP, koordinator, ha tiltak som er «kva er viktig for deg». Brukar får meir ansvar gjennom involvering i utforming av tenestetilbodet for å nå eigne mål. Styrke pårørande arbeidet</p>	2020-
Rehabiliteringsnettverk	Utgreie trong for etablering av rehabiliteringsnettverk i kommunen	2021-

6.0 Økonomi

6.1 Oppfølging av handlingsplanen

Dei fleste tiltaka i handlingsplanen vil kunne gjennomførast innanfor normal drift.

Det vil vera tiltak som vil krevje meir utgreiing, som til dømes eit utvida dagtilbod for å kunne gje eit samla tilbod til fleire brukargrupper og brukarar. Også oppretting av eige, eller deltaking i interkommunalt rehabiliteringsnettverk, treng nærare utgreiing.

Det vert lagt til grunn at tiltaka som ikkje er dekning for vert innarbeidde i budsjettet. Dette gjeld friske midlar til ergoterapeut, og investering til nytt hjelpemiddellager.

Økonomisk konsekvens i drift:

- Ergoterapeut i 50 % stilling: årleg kostnad på kr 321 505,-.
- Utgreiing av eit samla dagtilbod: Prosjektgruppe eitt årleg kostnad på kr 371 505,-.

Investeringar

- Investeringar: nytt hjelpemiddellager kr 3.000.000,-

Tilskotsordningar:

Det vil venteleg bli mogleg å søke om prosjektmidlar gjennom Helsedirektoratet. Det er komme signal gjennom Regional koordinerande eining om at det vil bli lyst ut tilskotsordningar i satsingsområdet til kommunar som har vedteken plan for habilitering

og rehabilitering. Fylkesmannen i Vestland forvaltar tilskotsordningar som bidrar til finansiering av til dømes tilbod innan «Aktive saman», «Kompetansemidlar», «Friskliv», «Hospitering ordningar med helseføretak» med meir, og tiltak til styrking av frivillig arbeid.