

# Rehabiliteringsplan for Aure kommune 2017-2021



Godkjent i HEOP 05.09.2017

Arkivsak nr.2017/1092

## Innholdsfortegnelse

Innledning.....	4
1.Hva er rehabilitering?.....	5
Avgrensning - presisering .....	5
2.Mål for rehabiliteringsarbeidet i Aure kommune .....	6
3.Grunnlag for rehabiliteringsarbeidet. ....	7
Sentrale regler fra lover og forskrifter: .....	7
Avtaler og samarbeid med spesialisthelsetjenesten.....	9
Lokale planer, retningslinjer og prosedyrer .....	11
Samarbeidsprosjekt med Aure rehabiliteringssenter 2014 – 2015. ....	11
4.Status - rehabiliteringsarbeidet i Aure kommune i dag .....	13
Inntaksråd.....	13
Koordinerende enhet .....	13
Fysioterapeut.....	13
Ergoterapeut .....	13
Treningsfysiolog/bevegelsesviter .....	14
Psykisk helse.....	14
Fastleger/kommunelege .....	15
Hjemmetjenester .....	15
Habilitering .....	15
Demensomsorg .....	16
Tradisjonelle hjemmetjenester .....	16
Sykehjemstjenester .....	17
Barnehager .....	19
Skoler.....	19
Frivillige organisasjoner.....	20
Velferdsteknologi .....	20
5.Resultat fra ROS-analyse – Rehabilitering 2017 .....	23
6. Handlingsplan / prioriterte tiltak for å bedre kvaliteten på rehabiliteringsarbeidet.....	27
Kompetansehevende tiltak for ansatte.....	27
Holdningsskapende arbeid for ansatte .....	27
Utarbeidelse av planer, retningslinjer og prosedyrer .....	27
Økt tverrfaglig samarbeid med spesialisthelsetjenesten.....	28
Økt systematikk i samarbeidet med pårørende.....	28
Bedre kommunikasjonsflyt.....	28
Bruk av velferdsteknologi.....	28

## Rehabiliteringsplan for Aure kommune 2017 - 2021

Behov for økte stillingsressurser og dreining av ressursbruk .....	29
Videreføring av eksisterende tilbud, tjenester og samarbeidsformer.....	29
Forslag til nye tilbud .....	29
Oppsummering av tiltak med ansvar for gjennomføring og fremdrift .....	30
7.Kostnader - nye tiltak .....	31
8.Evaluering og oppdatering .....	33
9.Litteraturliste.....	34
10.Vedlegg.....	35
ROS-analyse.....	35

## Innledning

Det har lenge vært et behov for å lokalisere styrker og svakheter ved rehabiliteringsarbeidet i Aure kommune, samt samordne eksisterende prosedyrer og tiltak i en helhetlig plan. Dette er viktig for å kunne jobbe målrettet i rehabiliteringsarbeidet fremover. Vi står overfor store utfordringer med å sikre gode helse-, pleie og omsorgstjenester også i kommende år, med stadig færre ressurser tilgjengelig. God rehabilitering er både ressursbesparende for Aure kommune og gir opplevelse av mestring og økt livskvalitet til alle brukere og pasienter.

Parallelt med god rehabilitering går tilbud om tilrettelagte aktiviteter. Ved å nå målsetninger innen rehabilitering og trygghetsskapende arbeid, slik at pasienter/brukere blir mer selvhjulpne, kan man redusere tiltak innen helsehjelp og praktisk bistand. Da må man samtidig sørge for gode aktivitetstilbud, slik at man ikke risikerer å rehabilitere pasienter til økt ensomhet. Plan for aktivitetstilbud vil bli utarbeidet senere i planperioden.

Arbeidsgruppen for rehabiliteringsplan har bestått av kommunal fysioterapeut, ergoterapeut, avdelingssykepleiere ved Aure sykehjem og hjemmetjenesten nord, avdelingsleder ved habiliterings-omsorgen og enhetsleder for hjemmetjenesten. Kommunelegen var også innvalgt i arbeidsgruppen, men hadde ikke mulighet til å delta i arbeidet. Prosessen med å skrive en rehabiliteringsplan for Aure kommune har pågått i tidsrommet januar – juni 2017.

## 1.Hva er rehabilitering?

Definisjon av rehabilitering hentet fra § 3 i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator: *tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.*

### Avgrensning - presisering

Vi velger å avgrense dette arbeidet fortrinnsvis til pasienter med ervervet funksjonsfall på grunn av sykdom eller skade, slik at habiliteringsfeltet i liten grad utdypes i denne planen. Tilnærmingen til alt rehabiliteringsarbeid er tverrfaglig.

## 2.Mål for rehabiliteringsarbeidet i Aure kommune

### Hovedmål:

Sikre god rehabilitering etter funksjonsfall, slik at innbyggere i Aure kommune får tatt ut mest mulig av sitt rehabiliteringspotensial, uavhengig av bosted.

### Delmål:

- Pasienter/brukere får bo hjemme så lenge som mulig, opplever mestring i hverdagen og har god livskvalitet.
- Rehabiliteringsarbeidet er individuelt tilpasset den enkelte, som har god medvirkning i sitt rehabiliteringsløp.
- Tiden med nedsatt funksjonsnivå er komprimert til et minimum med tidlig og god tverrfaglig innsats og godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten.
- Implementerer større bruk av elektroniske verktøy i rehabiliteringsarbeidet.

### 3.Grunnlag for rehabiliteringsarbeidet.

En rekke lover, forskrifter, forarbeider, offentlige utredninger og lokale avtaler gir føringer for hvordan rehabiliteringsarbeidet i kommunene bør utformes, og hvordan samarbeidet på feltet bør foregå innad i kommunen og mellom kommunen og helseforetaket.

Sentrale regler fra lover og forskrifter:

#### **Lov om helse – og omsorgstjenester (hol):**

##### § 1-1.Lovens formål

Lovens formål er særlig å:

1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne.
2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer.
3. sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre
4. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud
5. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov
6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig

##### § 3-2 Kommunens ansvar for helse og omsorgstjenester

pkt.5: Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

##### § 4-1. Forsvarlighet

Helse og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige.

Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse – og omsorgstjenestetilbud.
- b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud
- c. helse – og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- d. Tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

##### § 7-1. Individuell plan

Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.

Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasient- og brukergrupper plikten omfatter, og stille krav til planens innhold.

#### *§7-2. Koordinator*

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

### **Pasient og brukerrettighetsloven (pbrl):**

#### *§ 2-1 a Rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse – og omsorgstjeneste*

2.ledd: Pasient og bruker har rett til nødvendige helse – og omsorgstjenester fra kommunen.

#### *§ 2-5. Rett til individuell plan*

Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

### **Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator**

#### *§ 1. Formålet med forskriften*

Formålet med forskriften er å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Formålet er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Forskriften skal videre sikre at tjenestene tilbys og ytes

1. ut fra et pasient- og brukerperspektiv,
2. i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø,
3. samordnet, tverrfaglig og planmessig,
4. i en for pasientens og brukerens meningsfylt sammenheng

### **Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene**

#### *§ 3. Oppgaver og innhold i tjenestene*

Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:



-tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes.

-det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten.

-brukere av pleie – og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene.

#### Avtaler og samarbeid med spesialisthelsetjenesten

I forbindelse med samhandlingsreformen er flere avtaler inngått mellom Aure kommune og Helse Møre og Romsdal. Det er egne avtaler for de fleste feltene innen helse, pleie - og omsorgsoppgavene. Rehabilitering og oppgaver tett knyttet til dette feltet, er omtalt og regulert i flere avtaler, hovedsakelig i delplan 2, men også i delplan 3a og b, 5a og b.

Utdrag fra delplan 2 til samhandlingsavtalen – **Samarbeid for å sikre helhetlige og sammenhengende helse – og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.**

#### **Felles ansvar:**

1. *Partene skal sørge for at pasienter/brukere opplever et helhetlig tilbud, og at en ved eventuell uenighet mellom avtalepartene omkring tilbud rundt enkeltpasienter/-brukere, ivaretar pasientens/brukerens rettigheter i forhold til lov og forskrift.*
2. *Partene skal samarbeide om å lage gode pasientforløp. I dette arbeidet skal regionalt utarbeidet metodikk for pasientforløpsarbeid benyttes. Partene forplikter seg til å stille nødvendig personell til disposisjon i arbeidet.*
3. *Partene skal sikre brukermedvirkning på system- og individnivå.*
4. *Partene skal holde hverandre orientert om eget tilbud innenfor koordinerte tjenester.*
5. *Både helseforetak og kommuner har ansvar for habilitering og rehabilitering av pasienter/brukere. Ved vurdering av hvor hovedansvar for dette ligger i forhold til enkeltpasienter/-brukere, tar en utgangspunkt i rapporten «Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet» fra Helsedirektoratet (IS-1947).*
6. *Partene skal etablere samarbeid mellom helseforetaket og kommunen rundt pasient- og brukergrupper med sammensatte behov, for eksempel palliativ omsorg, rus og psykiatri.*

#### **Helse Møre og Romsdal HF skal:**

1. *Ha en koordinerende enhet som har oversikt over tilbud og rutiner på dette området både i helseforetaket og i forhold til kommunene, og ha ansvar for informasjon både internt i helseforetaket og i forhold til kommunene.*
2. *Tilby koordinator for pasienter som bare mottar spesialisthelsetjenester.*
3. *Starte rehabiliteringstiltak så snart som mulig under institusjonsopphold.*
4. *Utrede, undersøke og gi rehabiliteringstilbud til pasienter med behov for tverrfaglig spesialisert rehabilitering.*
5. *Melde fra når en ser behov for individuell plan eller kommunal koordinator.*

6. *Ta initiativ til samarbeidsmøter før utskrivning ved behov for svært omfattende kommunale tjenester.*
7. *Bistå til å kartlegge behov for nødvendige hjelpemidler og ta initiativ til at disse blir anskaffet og klargjort. Gi opplæring i de hjelpemidler som bestilles av spesialisthelsetjenesten og skal brukes av pasienten i hjemkommunen.*
8. *Delta i nødvendig tverrfaglig samarbeid i ansvarsgrupper også etter at pasientene er utskrevet, når det er faglig behov for dette.*
9. *Gi ambulante tjenester der enkeltpasienter har behov for spesialisthelsetjenester, og der dette av faglige grunner må skje i egen kommune. Dette gjelder både oppfølging av pasienten, og nødvendig kompetanseoverføring (Jfr.delavtale 6). Ambulante tjenester skal gis etter avtale med, og i nært samarbeid med kommunale tjenester. Kommunale tjenester inklusive fastlegene, skal holdes orientert om det tilbudet som blir gitt og få epikriser fra relevante konsultasjoner.*
10. *Gi nødvendig råd og veiledning i henhold til lov og forskrift, jfr § 14 i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.*
11. *Gi tilbud om undervisning og opplæring til pasienter og pårørende for aktuelle kroniske sykdomsgrupper.*
12. *Ha et system for barnekontakt i relevante enheter for å gi nødvendig støtte og oppfølging til barn og ungdom som er pårørende av psykiske syke, rusmiddelavhengige eller alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter.*
13. *Varsle relevante instanser i kommunene så tidlig som mulig.*

**Kommunen skal:**

1. *Etablere koordinerende enhet i kommunen, og gi kontaktinformasjon om denne til helseforetakets koordinerende enhet. Koordinerende enhet skal videreformidle direkte og relevant kontakt for oppfølging av barn og unge.*
2. *Sørge for å utarbeide individuell plan, tilby og utnevne koordinator og vurdere å opprette ansvarsgrupper, der det er behov for dette.*
3. *Ha tilbud om habilitering og rehabilitering.*
4. *Gi nødvendig og relevant informasjon til helsepersonell i helseforetaket i forbindelse med felles pasienter/brukere innenfor de grenser helsepersonelloven setter.*

Aure kommune har i mange år hatt god nytte av kontakt med Geriatrisk team. Det er opprettet et ambulant psykiatrisk akutt-team, som vi også forventer å få god hjelp fra.

For øvrig har vi etablert koordinerende enhet i Aure kommune som et team, med egne retningslinjer og prosedyrer tilknyttet. Vi har også veldig gode erfaringer med bruk av ansvarsgrupper ved sammensatte utfordringer hos pasienten/brukerne. Det oppnevnes alltid en koordinator, gjerne tilknyttet det feltet som yter mest tjenester.

Våre erfaringer med individuell plan er at dette fungerer best etter intensjonen når brukeren er yngre, kognitivt velfungerende og er en aktiv bruker av dataverktøy.

Mye av grunnlaget for å utarbeide individuell plan handlet om at tjenestene var for dårlig beskrevet i vedtaks form, for å sikre kontinuitet, forutsigbarhet og brukernes rettssikkerhet. Etter hvert når vedtaksutformingen på de forskjellige tjenestene er blitt bedre og tjenesteyterne har mer kontakt for å skreddersy løsninger for den enkelte bruker, svekkes behovet for individuell plan for mange av brukerne. Det oppleves som dobbeltføring og mer

byråkrati for både bruker, pårørende og tjenesteytere. Det blir sjelden etterspurt når tjenestemottakerne er fornøyde og opplever at tjenestetilbudet er bra, selv om dette blir tilbudt fra tjenesteyterne fordi det er en rettighet for brukere med langvarige og koordinerte tjenester.

#### Lokale planer, retningslinjer og prosedyrer

Basert på de sentrale lovarbeidene har vi gjennom tidene utarbeidet flere forskjellige lokale retningslinjer og prosedyrer, som er utformet med tanke på å konkretisere overordnede målsetninger og føringer. Disse er ofte enkeltstående, har en god funksjon på den enkelte arbeidsplass, men er lite kjent for resten av organisasjonen. Eksempler her er retningslinjer for koordinerende enhet og inntaksråd, kompetanseplan for helse, pleie - og omsorg (HEPLO) med tilhørende kompetansefond.

#### Samarbeidsprosjekt med Aure rehabiliteringssenter 2014 – 2015.

Dette var et lærerikt prosjekt, hvor vi fikk profesjonell bistand fra Møreforskning til å kartlegge kunnskapsnivå og holdninger til rehabilitering før oppstart av prosjektperioden på et år. Deretter ble det gjennomført en ny undersøkelse i etterkant av prosjektet, for å vurdere det samme et år etterpå. Målet var å høyne alle ansattes kunnskap om og engasjement for rehabilitering, og det lyktes vi med. Vi gjorde oss gode og viktige erfaringer for det videre rehabiliteringsarbeidet.

#### **Konklusjon fra kartlegging før prosjektet:**

*Samhandlingsreformen medførte et økt ansvar for rehabiliteringsoppgaver i kommunen, noe som øker behovet for, og gevinsten av, samhandling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen i Aure. Kartleggingen av nå-situasjonen for samhandling mellom rehabiliteringssenteret og kommunen tyder på at noe samarbeid eksisterer, men at det på undersøkelsestidspunktet ikke var noen reell samhandling mellom partene. Det er behov for å utvikle rutiner og retningslinjer for samhandlingen, og tilrettelegge for felles møtearenaer for informasjons- og kompetanseutveksling og øke kunnskapen om hverandres tjenester. Undersøkelsen viser et behov for kompetanseheving innen samhandlingsfeltet og om rehabilitering, primært i kommunen. (Kaurstad 2014)*

#### **Konklusjon etter gjennomført prosjekt:**

*Ifølge spørreundersøkelsen mente flertallet at rehabiliteringstilbudet i Aure kommune hadde hatt stort utbytte av å gjennomføre prosjektet Livsnær livshjelp. Prosjektet har ført til bedre samhandling mellom aktørene innen rehabilitering, blant annet ved å sette tverrfaglige møter i system og innføre felles kartlegginger av rehabiliteringsbrukere i hjemmetjenesten. Mange opplever at det er blitt lettere å ta kontakt med hverandre og at de er blitt bedre kjent med hverandres tjenester. Det har skjedd en kunnskapsoverføring om rehabilitering i prosjektet, fra rehabiliteringssenterets spesialister til kommunens førstelinje, først og fremst til deltagerne i prosjektgruppen. Endringen i ansattes holdninger til rehabilitering og samarbeid er den største endring prosjektet har ført til. Holdningene har gått fra et pleie og sykdomsfokus til fokus på trening og rehabilitering, og i retning av mer samarbeid om brukere.*

*Prosjektet hadde noen startvansker i form av at det manglet sentral fagkompetanse og brukere innen målgruppen for å innføre arbeidsmetodikken i praksis. I denne sluttevalueringen finner vi at ett år sannsynligvis ikke er tilstrekkelig til at nye holdninger får satt seg skikkelig i praksis, og at det er behov for å opprettholde trykket på samhandlingen og arbeidet med grensebrukerne*

*i tiden fremover for å videreføre holdningene og arbeidsmetodikken prosjektet har innført.*  
(Skrove 2015)

## 4.Status - rehabiliteringsarbeidet i Aure kommune i dag

Kort om de forskjellige områdene som driver rehabiliteringsarbeid, og hvilke tilbud vi har til pasienter med rehabiliteringsbehov og – potensial.

### Inntaksråd

Inntaksrådet er et tverrfaglig sammensatt team, med ukentlige møter.

Oddetallsuker møter avdelingssykepleiere og enhetsledere innen pleie og omsorg, og tildeler avlastning og korttidsplasser. Helhetlig vurdering av plass-situasjonen og faglige drøftinger.

Partallsuker møter avdelingssykepleiere og enhetsledere innen pleie og omsorg, samt ergoterapeut, fysioterapeut og leger. Her tildeles avlastning og korttidsplasser, langtidsplasser og boliger. Helhetlig vurdering av plass-situasjonen og faglige drøftinger.

Aure kommune har et svært differensiert boligtilbud, med boliger med heldøgns omsorg innen habilitering, bolig med heldøgns omsorg til demente, og bolig med heldøgns omsorg til fortrinnsvis eldre med hovedsakelig somatiske plager. Det har vært god kapasitet ved sykehjemmene de siste årene.

Det er egne retningslinjer utarbeidet for inntaksrådet, som er politisk vedtatt i HEOP.

### Koordinerende enhet

Dette er organisert som et team, bestående av enhetsledere innen helse, pleie og omsorg, NAV, skole og barnehage, samt en ansatt fra psykisk helse. De møtes ved behov, minimum en gang pr. halvår. Informasjon om koordinerende enhet ligger lett tilgjengelig på kommunens nettsider, og kommunal ergoterapeut er oppgitt som kontaktperson.

### Fysioterapeut

Det er 1,5 årsverk med kommunal fysioterapi i Aure kommune. Det er fordelt på 2 fysioterapeuter. En 100% stilling er plassert ved Aure sykehjem i 2. etg, og en 50% stilling har tilhold i 1.etg.ved Tustna sykehjem.

I tillegg er det 1,5 årsverk med fysioterapeuter som har driftstilskudd i Aure kommune. De er lokalisert til 50% i Aure sentrum, 50% ved Aure rehabiliteringssenter og 50% ved Tustna sykehjem.

De kommunale fysioterapeutene jobber hovedsakelig med barn mellom 0- 16 år (poliklinisk virksomhet, barnehagen, skole og helsestasjon) og eldre fra 67 år og oppover (poliklinisk virksomhet, sykehjem, Solbakken bokollektiv for demente, hverdagsrehabilitering, hjemmebesøk osv.)

Fysioterapeuter med driftsavtale har følgende tilbud: Den med 50% stilling i sentrum har hovedfokus på nyopererte. Fysioterapeut ved Aure rehabiliteringssenter har gruppetilbud i basseng og treningsrom. Alle fysioterapeuter med driftsavtale i kommunen har for øvrig et poliklinisk tilbud til befolkningen mellom 16- 67 år.

### Ergoterapeut

En stilling i 100% - vaktmester har i tillegg tilgang til å bestille enkle hjelpemiddel.

Har enkle hjelpemiddel til utlån fra kommunalt lager for de som ikke oppfyller krav for å få hjelpemiddel gjennom hjelpemiddelsentralen (Rullator, transportrullestol, div hygiene hjelpemiddel o.l.). Har tilgang på treningskjøkken på sykehjemmet for kjøkkentrening og utprøving av småhjelpemidler, samt noe utstyr for håndtrening.

Ergoterapi fremmer helse gjennom aktivitet og støtter mennesker i å utføre aktiviteter og delta i samfunnet. Aktivitetsbegrepet står sentralt i ergoterapeutens tankegang i rehabilitering.

Ergoterapeut har stort fokus på tverrfaglig samarbeid, da dette er nødvendig for å oppnå måloppnåelse for rehabiliteringspasienter.

Har opplevelse av at både kunnskap og fokus på rehabilitering og tverrfaglig samarbeid er god i kommunen.

Enheten helse og familie har bred kompetanse da dette er en enhet som fanger vidt fra helsestasjon, flyktingetjenesten, barnevern, ergo- og fysioterapeut, lege o.l.

Styrke i helse og familie-enheten: Bred utdanningsbakgrunn i enheten, som gjør at vi ser på de ulike sakene fra mange ulike ståsted. Mange har god kunnskap og stort fokus på rehabilitering.

#### Treningsfysiolog/bevegelsesviter

Tilgjengelige ressurser: 0,5 årsverk

Utstyr og tilgjengelig plass: Deler treningsrom med fysioterapeut. Har det meste av nødvendig utstyr. Er en del hjemme hos brukere, kunne gjerne hatt mer utstyr til utlån for brukere.

Kort status: Stort fokus på både rehabilitering og tverrfaglig samarbeid. Samarbeider med kommunens fysioterapeuter, ergoterapeut og hjemmetjenesten. Fra fysioterapeutene kommer pasienter som etter/ved siden av behandling hos fysioterapeut, trenger tilrettelagt trening. Fra hjemmetjenesten er det brukere som trenger trening for å klare seg selv best mulig i hverdagen, hvor målet er å utsette ytterligere pleiebehov. Ergoterapeut er ofte allerede inn i bildet.

Enhetens kompetanse på rehabilitering oppleves som god.

Styrker og svakheter: Styrken i enheten er faglig bredde.

#### Psykisk helse

De ressursene psykisk helse har tilgjengelig innen rehabiliteringsfeltet er 2 x 100 % stillinger med psykiatrisk sykepleier, 50% ergoterapeut tilknyttet aktivitetstilbudet, og 50 % vernepleier i prosjektstilling. Ansatte i psykisk helse er også tilknyttet en interkommunal nettverksgruppe. Det er tilgjengelige plasser for rehabilitering innen psykisk helse på Treffstedet og Bruktbua. For øvrig er det mulig å henvise pasienter til rehabiliteringsavdelingen ved Hjelset, og det er en brukerstyrt seng ved DPS Nordlandet. Det betyr at en kjent bruker for DPS har avtale om disponering av en seng inntil 5 døgn uten henvisning.

Ansattes fokus på rehabilitering og tverrfaglig samarbeid er hele tiden tilstede. Det er flere av brukerne innenfor psykisk helse som har behov for tjenester innenfor ulike områder.

Eksempelvis: rus, spilleavhengighet, psykoseproblematikk, angst, depresjon, støttfunksjon i forbindelse med utdanning og arbeidstrening. Man har derfor 4 ganger i året faste møter med psykiatrisk poliklinikk og legetjenesten. NAV, lege, hjemmetjeneste, fysioterapeut og

ergoterapeut, barnevern, helsestasjon, politi og spesialisthelsetjenestene er også tjenester en jevnlig er i kontakt med. Avdelingen har bred kompetanse i forhold til utdanning, videreutdanning i psykisk helsearbeid, spillavhengighet, psykoseforståelse og oppfølging, mor og/eller far er psykisk syk, forebyggende foreldreintervensjon, og vernepleierkompetanse (prosjektstilling),

Styrkene ved rehabiliteringsarbeidet er stabilt personell og brei tverrfaglig kompetanse. Prosjektstillingen muliggjør også bruk av ressurser til fysisk aktivitet (friluftsgruppe).

### Fastleger/kommunelege

Alle legene har inngått i vurderingene av rehabiliteringstilbudet i Aure kommune pr. i dag. De har påpekt svakheter og kommet med forslag til tiltak for å bedre kvaliteten i fremtiden. Disse er innlemmet i ROS-analysen, som munner ut i en handlingsplan.

Legens rolle er å sørge for optimal medikamentell behandling. Motivere pasienter til å delta på aktiviteter, og eventuelle pasientorientert samarbeid der det er nødvendig. Egentlig hva de gjør per i dag allerede.

Legenes syn er at rehabilitering er noe de holder på med hele dagen.

Økt fokus på rehabilitering vil sørge for skifte av fokus fra behandling til forebygging, og indirekte også øke pasient selvfølelse ved å øke bedre kontroll over hverdagen sin. Bedre psykisk helse altså.

Der det er nødvendig opplever legene allerede å ha tverrfaglighet på plass.

### Hjemmetjenester

#### Habilitering

Habiliteringsomsorgen i Aure kommune består av tilrettelagte boliger med hel – eller delvis tilknyttet bemanning. Det ytes tjenester i form av helsehjelp, praktisk bistand og boveiledning, miljøarbeid og tilrettelegging av sosiale aktiviteter. Habiliteringsfeltet er hovedsakelig lokalisert til boliger på Skogan og Solbakken, samt aktiviteter ved dagsenteret. For øvrig ytes også bistand til miljøarbeid ute i private hjem, hos brukere som bor hos familien.

Habiliteringstjenesten har tilsammen 17,5 årsverk tilknyttet forskjellige funksjoner.

Det bor 8 personer tilknyttet Skogan boliger i alderen 24-73 år. 7 av brukerne har arbeidstilbud det være seg dagsenter, kommunehuset og barnehage. I heldøgns omsorg bor det 4 personer, og totalt har 12 brukere arbeidsplassen sin ved Aure dagsenter.

Hver bruker har sin primærkontakt.

Samtlige av brukerne får hjelp/bistand til å utføre ADL oppgaver, hjelp/bistand som er individuelt tilrettelagt. Det er fokus på at hver av brukerne får mulighet til å vedlikeholde innlært læring samt tilpasse seg ny læring.

Habiliteringstjenesten har fokus på kulturelle aktiviteter, fysisk aktivitet, frisk luft og turgåing. Dette er med å gir energi og å fremme god livskvalitet. Ellers så er det brukere som deltar på nyttårsball, gammeldans, revy, kino, basar osv. Det er årlig julebord. Dette er med å gir god sosialisering.



Det blir avholdt ansvarsgruppemøter 1 gang pr. år pr. bruker, flere ganger om det er behov.

Oppstart av nye tiltak /evaluering blir vurdert på brukermøter. Brukerne har sine husmøter der de får være med å bestemme/forandre ting, eventuelt komme med ønsker. Reisemål for ferieturer er de også med å bestemmer.

Habiliteringstjenesten samarbeider med psykiatrisk sykepleier i form av samtaler knyttet opp med enkelte brukere. Bra oppfølging av lege og spesialisthelsetjenester.

Når det gjelder støttekontakt er det pr. i dag flere som har tildelt timer, men mangler støttekontakt.

Når det oppstår plager som hindrer den fysiske delen som skulderplager, vondt/stiv nakke, vonde knær, vondt i ryggen, følges vanlig prosedyre med legebesøk med påfølgende henvisning til fysioterapeut. Det vi har erfart er at det kan være lang ventetid og vanskelig å få time. Brukerne får som regel et treningsprogram som skal utføres og da er det personalet som bistår med hjelp til trening. Ellers blir aktiviteten tilrettelagt om det er nødvendig.

Flere av brukerne benytter seg av fotterapeut fast, og brukerne sjekker synet til øyelege/optiker. Det benyttes ernæringsfysiolog ved Kristiansund sykehus for tilrettelegging av riktig kosthold. Brukerne benytter seg av tannhelsetjenesten når det er tannlege i kommunen, faste rutiner knyttet til tannlegebesøk.

Etter at habiliteringstjenesten begynte å bruke Aure Arena vises stor fysisk framgang blant brukerne, det være seg bedre pust, mer utholdenhet i forhold til aktivitet, det virker slankende, gir glede/bedre humør, positivitet, og de spør når neste trening blir. Det er trening 1-2 ganger pr/uke. Personalet er også veldig positive til denne treningen og følger gjerne brukerne til trening.

#### Demensomsorg

Demensomsorgen består i dag av bokollektiv for personer med demens, med 16,6 årsverk tilsluttet i døgnkontinuerlig bemanning. Det er 16 boenheter med fellesareal fordelt på to avdelinger. I tillegg er det noe ambulant virksomhet da det er opprettet hukommelsesteam.

Personer med demens har samme behov for rehabilitering som alle andre. Da falltendensen er stor er det ekstra behov for rehabilitering etter fallulykker. Noen ganger får de korttidsopphold på sykehjem og da foregår det første rehabiliteringsarbeidet der. Ansatte ved bokollektivet forsøker å videreføre denne behandlingen etter at de kommer tilbake til boligen, men andre ganger kan det være behov for fysioterapi også mens de er i boligen.

Utfordringer: Pasientgruppa har en demenssykdom som noen ganger kan gjøre det vanskelig for dem å samarbeide med terapeut om behandlingen.

#### Tradisjonelle hjemmetjenester

Hjemmetjenesten har 32 årsverk, er lokalisert hovedsakelig til Aure sentrum og Gullstein, har ansvar for å administrere tildeling av til sammen 72 boliger til pleie og omsorg. 10 av disse er tilknyttet heldøgns bemanning. For øvrig ytes helsehjelp i hjemmet, praktisk bistand, kreftomsorg og omsorgslønn. Enheten har også ansvar for å tildele støttekontakt til personer over 18 år, BPA, samt administrere fritidsassistentordningen. Middagsombringning og trykghetsalarm er også tjenester som er viktige i rehabiliteringsarbeidet. Hjemmetjenesten har dessuten et godt samarbeid med frivillige.



Rehabilitering er nedfelt i målene for hjemmetjenesten Aure kommune. Hjemmetjenesten sikter på å gi individuelt tilpasset pleie og omsorg av god kvalitet til personer med sykdom og/eller funksjonsnedsettelse. Hjelpen kan ytes som forebygging, opplæring, behandling og/eller rehabilitering slik at innbyggerne blir i stand til å ivareta egen helse i størst mulig grad. Slik kan man bo hjemme så lenge som mulig.

Hjemmetjenesten inngår i et tverrfaglig rehabiliteringsteam som har fokus på hverdagsrehabilitering. Rutinen for hverdagsrehabilitering i hjemmetjenesten er som følger:

- Man får en henvendelse fra pasient, pårørende, sykehus, sykehjem, koordinere enhet, ansatte i hjemmetjenesten eller samarbeidende instanser.
- Dette kan være en førstegangssøknad om tjenester eller behov for revurdering av tidligere tjenester etter akutt eller gradvis funksjonsfall
- Vi utfører så et tverrfaglig kartleggingsbesøk av sykepleier og fysioterapeut – eller ergoterapeut innen 3 dager etter henvendelsen. Resultatet legges inn i kommunens verktøy for elektroniske pasientjournal.
- Vi hjelper til med å definere pasientens mål for rehabiliteringen
- Vi utformer så tiltak opp imot målene. Disse legges inn i en individuell arbeidsplan slik at alle ansatte i hjemmetjenesten kan utføre de aktuelle tiltakene og ansvar for å dokumentere utvikling fortløpende.
- Hver tirsdag har hjemmetjenesten et tverrfaglig rehabiliteringsmøte med fysioterapeut og ergoterapeut der man evaluerer tiltak opp mot målene. På disse møtene vurderer man kun aktuelle brukere som har et spesielt fokus på rehabilitering.

Hjemmetjenesten har tilgjengelig en treningsfysiolog i 20% stilling med fokus på hverdagsrehabilitering. Hun bistår med utforming av treningsprogram, trening i hjemmet, på treningsrom ved Aure omsorgsboliger eller Aure sykehjem. Hjemmetjenesten tilrettelegger slik at pasienter med vedtak om tjenester kan delta på bassengtrening ved å tilby hjelp til av- og påkledning, samt dusj etter endt trening. Hjemmetjenesten har hovedansvar for utførelse av Fredagstrimmen, sammen med ergoterapeut og fysioterapeut, som avholdes hver fredag i 1. etg ved Aure omsorgsboliger. Fredagstrimmen er trening til musikk, stort sett sittende. Noen ganger brukes trimutstyr, gruppen går turer ute eller har trappetrening. Dette er et lavterskeltilbud og man trenger ikke å søke for å delta. Hjemmetjenesten samarbeider med Aure Frivilligsentral som tilbyr gratis skyss for deltakere som har behov for det. Hjemmetjenesten deltar på samarbeidsmøter med sykehjem, spesialisthelsetjeneste eller andre instanser etter behov.

### Sykehjemstjenester

Det er 2 sykehjem i Aure kommune. Tustna sykehjem med 15 plasser, hvorav 5 plasser for tiden er utleid til Kristiansund kommune. For øvrig er det 10 langtidsplasser på Tustna. Ved Aure sykehjem er det til sammen 23 plasser. Det er en plass øremerket øyeblikkelig hjelp. Øvrige plasser er ikke fordelt på langtids-, avlastnings- og korttidsplasser, men en søker å holde et lavest mulig antall langtidsplasser, og holde et tett fokus på å rehabiliterer/utrede og behandle, slik at alle pasienter får tatt ut sitt rehabiliteringspotensiale. Det er en avdeling som er øremerket rehabilitering og koordinering av pasienter fra/til sykehus/hjemmesituasjon. Sykehjemmene disponerer til sammen 44.7 årsverk.

### Litt om korttidsplasser:

Oppholdene er vanligvis relativt kortvarige, og har en døgnpris ihht statens satser. Denne betalingen dekker kost, losji, pleie, medisiner, lege, fysioterapi og ergoterapi. Lege, fysioterapi og ergoterapi - tjenester gis etter behov, og er en tjeneste en får vedtak på i hvert enkelt tilfelle. Det legges stor vekt på at pasienten skal gjøre alt han mestrer selv, og under rehabiliteringsopphold har en spesielt som mål at han/hun skal få bedret sin helse, slik at en kan klare seg best mulig i egen bolig igjen. Forholdene ligger godt til rette med mulighet for at en kan drive egentrening under oppholdet. Personalet ved sykehjemmet jobber tett sammen med øvrige faggrupper for på den måte å gi pasienten maksimalt utbytte av oppholdet ved sykehjemmet.

Utrednings- og behandlingsopphold tilbys i tilfeller der oppfølging i eget hjem ikke kan gis i tilstrekkelig grad av hjemmetjenesten, der hvor det er behov for en døgnkontinuerlig kartlegging, eller der helsetilstanden ikke er av en så alvorlig karakter at den krever sykehusinnleggelse.

#### Fokus ved innkomst til et rehabiliteringsopphold:

Det er viktig med god kartlegging av pasienten ved innkomst til sykehjem. Mange eldre kommer inn med ubalanse i bl.a. ernæringsstatus, magefunksjon eller væskebalanse. Det er viktig å få på plass tiltak for å kompensere dette før en kan komme i gang med treningen. Det er også viktig å lage en plan for fortsatt oppfølging ved utreise til hjemmet.

Det er pasienter med forskjellig behov for rehabilitering som kommer til sykehjemmet. Men ofte er det opptreningsbehov etter forskjellige bruddskader, andre skader, hjerteinfarkt, og infeksjoner. Dette løses greit etter faste prosedyrer med god smertebehandling, trening, fokus på riktig ernæring, samarbeid pasienten/pårørende, tilsynslege, fysioterapeut, ergoterapeut og hjemmetjenesten.

Ved rehabiliteringsavdelingen i sykehjemmet er det mye fokus på å forebygge inaktivitet og vedlikeholde fysisk funksjon. Det jobbes med motivasjon for å komme i gang med aktiviteter, trening og egentrening. Det blir foretatt kartlegging av fysioterapeut, og trenings-skjema/ individuell rehabiliteringsplan blir utarbeidet. Dette følges opp i avdelingen, og planen evalueres og følger pasienten til hjemmet.

Aktivitet er en viktig del av rehabiliteringsarbeidet. Sykehjemmets pasienter deltar i faste aktiviteter på dagtid dersom de er i stand til det/ ønsker det, i tillegg til tilpassede treningsopplegg. Det er trim/ ballaktivitet to dager pr. uke, samtalegruppe med sang en dag og to dager med konkurranser som bowling, kaste på stikka og lignende. Dette er veldig populært.

#### Tverrfaglig samarbeid:

Sykehjemmet har tverrfaglige møter på torsdager med fysioterapeut, ergoterapeut, fagkoordinator og avdelingssykepleier ved sykehjemmet. Alle pasienter i korttidsavdelingen gjennomgås. Av og til vurderes noen fra langtidsavdelingen med rehabiliteringsbehov også. Disse møtene er veldig nyttige. Ergoterapeut får mulighet til å planlegge/kartlegge/sette inn tiltak i hjemmet på et tidlig tidspunkt, slik at utreise ikke må utsettes i påvente av tilrettelegging i hjemmet. Fysioterapeut og ergoterapeut kan veilede sykehjems-ansatte og planlegge hvilken oppfølging den enkelte bruker har behov for.

Sykehjemmet kaller inn hjemmesykepleien til samarbeidsmøter vedr. enkelte brukere etter behov, for å planlegge utreise. Disse har ofte komplekse utfordringer og det kan være behov for at pårørende er tilstede. I tillegg blir pårørende kalt inn til samtale med lege, fagkoordinator og avdelingssykepleier ved komplekse situasjoner.

Sykehjemmene forholder seg til individuell plan og eller koordinator, når noen har det.

Det er legevisitt ved sykehjemmene to ganger pr. uke. Sykehjem og legekontor har i tillegg god kontakt via elektronisk meldingsutveksling (eLink). Behovet for legevakt er derfor lite. Det legges gode forebyggende planer for kvelder, netter og helger som vi følger. Det er mest kontakt med legevakt via øyeblikkelig – hjelp - innleggelser.

Styrker: God kompetanse, god kapasitet ved sykehjem, rask saksbehandling og iverksetting av tiltak

## Barnehager

### Tilgjengelige ressurser m.v

Det er 6 barnehager i kommunen. - 4 kommunale og 2 private. De er geografisk spredt. Det er tilknyttet ca. 32 kommunale årsverk til enheten. Det er 1 årsverk som enhetsleder, og styrere ved hver barnehage. Det er ingen ufrivillige deltidsstillinger, og stabilt lavt sykefravær.

Enheten har samordnet hovedopptak om våren, ellers fortløpende opptak ved ledig kapasitet. Ingen ventelister. Det er ca. 150 barnehagebarn. Derav ca. 18 % språkminoriteter, (barn med annet morsmål enn norsk, samisk, svensk, dansk og engelsk). Det er tilbud om 50, 60, 80 og 100 % barnehageplass. Daglig oppholdstid inntil 9 timer. Det følges sentrale makspriser og reduksjoner på brukerbetaling for familier med lav inntekt. Alle lokalene er godkjent. To av barnehagene flyttet inn i nye lokaler høsten 2015. Lovkrav om utdanning er oppfylt.

### Status innen rehabiliteringsfeltet:

Lokalene tilfredsstillt krav om universell utforming, og det er brukermedvirkning på alle nivå, for eksempel i plan- og byggeprosessen for nye barnehager. Det er godt etablerte tverrfaglige team, med Helse og familie, PPT og barnehage. Enheten har samhandling på tvers av fag for eksempel skole-barnehage (utarbeide felles oppvekstplan). Det er også lagt til rette for kompetanseutvikling for alle barnehageansatte, med særlig fokus på kompetente ledere. Barnehagene har utarbeidet stillingsbeskrivelser for de ulike yrkesrollene og har delplaner og rutinebeskrivelser på plass. (Plan for overgang barnehage – skole, plan for samarbeid barnevernstjenesten- barnehage).

Styrker ved enheten er god kompetanse blant ansatte, erfaringsdeling og samarbeid med barnehager i nabokommuner.

## Skoler

Enhet skole består av 5 grunnskoler og 1 voksenopplæring med til sammen ca. 70 årsverk pedagogisk personale og ca. 9 årsverk fagarbeidere og assistenter. Enhetsleder har det overordnede ansvar for enheten, mens hver skole ledes av en rektor med delegert ansvar for sin skole. En av rektors ansvarsoppgaver er å fatte enkeltvedtak om spesialundervisning etter § 5-1 i Opplæringsloven.

For å ivareta elever med ulike hjelpebehov samarbeider skolene mye med andre instanser både i og utenfor kommunen.

I hht. Opplæringsloven § 15-5 har personalet i skolen plikt til å delta i arbeidet med individuell plan når dette er nødvendig for å ivareta elevenes behov for helhetlige, koordinerte og individuelle tilpassede tjenestetilbud.

Undervisningspersonalet har pedagogisk kompetanse og fokuset i skolen er først og fremst på kjernevirksomheten i skolen som er undervisning og læring.

### Frivillige organisasjoner

Mange frivillige lag og organisasjoner er viktige aktører i Aure kommune. De driver direkte eller indirekte mye godt rehabiliteringsarbeid. De legger til rette for fasiliteter som kan benyttes av alle innbyggerne, og kan ofte regnes som selvhjelpsgrupper. Det er godt å treffe igjen treningskamerater eller andre venner i sosiale nettverk gjennom kultur eller idrett etter funksjonsfall, og dette bidrar positivt til rehabilitering ut over bare den fysiske treningen.

Eksempler på organisasjoner som legger til rette for at innbyggerne kan gjenvinne helse etter funksjonsfall:

Idrettslagene i kommunen: Har et veldig variert tilbud, både i basseng og for styrke – og utholdenhetstrening. De organiserer årlig 4-fjell-konkurransen, som er en god motivator for mange til å komme seg ut på tur etter operasjoner etc. Med villmarksleir, tur – og trimløyper både for rullestoler, fotturer og skianlegg, ligger det til rette for både variasjon og forskjeller i funksjonsnivå.

Helselagene i kommunen gjør også mye bra for å legge til rette for både rehabilitering og folkehelse. Her kan nevnes helseløype i sentrum og aktivitetstilbud for eldre i Aure omsorgsboliger. Seniordansen er også et godt tilbud med utspring i deres regi. Bassengtrening med fysioterapeut, ukentlig familie - og voksenbading, samt svømmeopplæring for innvandrerbarn og voksne er også tiltak Aure helselag har etablert.

Aure eldreråd har tatt initiativ til trimtilbud på mandager sammen med folkehelsekoordinator.

Frivilligsentralen er en relativt ny aktør i Aure kommune, men har som målsetning å bidra til aktivitet og være en støttespiller til innbyggere som trenger en hjelpende hånd. De har allerede tatt på seg å sørge for transport til og fra fredagstrimmen i Aure omsorgsboliger, samt være vertskap for mandagstrimmen i Aure arena.

Aure reumatikerforening har også organisert bassengtrening ukentlig, med instruktør.

Kort oppsummering av alle enheter i Aure kommune, samt frivillige lag og organisasjoner:

Det drives veldig mye godt rehabiliteringsarbeid i dag. Mye er gjort for å samordne de gode kreftene vi har på feltet, og mange er engasjerte i dette arbeidet. Samtidig ser vi også at vi har knapphet på noen områder, og fortsatt forbedringspotensial på andre områder. Dette er videre behandlet i ROS-analyse for rehabiliteringsarbeidet i Aure kommune for 2017.

### Velferdsteknologi

*Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk*

*nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon. NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg.*

*Velferdsteknologi kan deles inn i fire hovedkategorier ut fra hvilket behov de møter, og hvordan de kan fungere som støtte for brukere, pårørende og tjenesteutøvere:*

*Trygghets- og sikkerhetsteknologi skaper trygge rammer omkring enkeltindividets liv og mestring av egen helse. Trygghetsalarmer er den mest brukte løsningen i denne gruppen, som nå utvides med varslings- og lokaliseringsteknologi og ulike former for sensorer. St.meld 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg.*

På det private markedet er nå Helseklokken lansert. Annen teknologi som mobilklokke har vært tilgjengelig i flere år, hvor foreldre for eksempel kan følge med på barnas bevegelser til og fra skolen. Det offentlige har nå stort fokus på å jobbe frem etiske, juridiske og praktiske løsninger rundt mobil trygghetsalarm via GPS.

*Kompensasjons- og velværeteknologi bistår når for eksempel hukommelsen blir dårligere, eller ved fysisk funksjonssvikt. Dette omfatter også teknologi som gjør hverdagslivet enklere, som for eksempel styring av lys og varme. St.meld 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg. Her finnes mange løsninger på det private markedet: fjernkontroll til TV, robotgressklipper, robotstøvsuger, vaskemaskin, oppvaskmaskin, smarthuseteknologi, garasjeportåpner, vekkeklokke, varslingsfunksjoner på mobiltelefon og PC.*

*Teknologi for sosial kontakt bistår mennesker med å komme i kontakt med andre, som for eksempel videokommunikasjonsteknologi. St.meld 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg. Her har også det private markedet kommet lengst, med bruk av sosiale medier som facebook, twitter, instagram, snapchat og online – spillteknologi. Men også telefon og mobiltelefon er sentral her, og løsninger som SMS og MMS, samt videoanrop som skype og facetime.*

*Teknologi for behandling og pleie bidrar til at mennesker gis mulighet til å bedre mestre egen helse ved for eksempel kronisk lidelse. Automatisk måling av blodsukker, blodtrykk mv. er eksempler på slike tekniske hjelpemidler. St.meld 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg. Mange har anskaffet personlig utstyr til måling av blodtrykk og temperatur. Det forskes nå på synslinser som måler blodsukker. Også forskjellige varianter av klokker som lagrer data som puls, søvn, bevegelse og anstrengelse er populære. Foreløpig blir ikke disse dataene systematisk brukt konsultasjon hos legen, men det er flere globale undersøkelser under oppseiling som baserer seg på data fra disse klokkene. Her ligger det mange muligheter fremover. I offentlig tjenesteproduksjon ser man for seg mange muligheter med et responscenter som kan logge data fortløpende i pasienters journal, og agere i henhold til prosedyrer hvis det logges avvik fra definerte standarder. Den største utfordringen pr. i dag er mangel på standardisering, både på utstyr, journalsystem og prosedyrer. Dette er områder som må videreutvikles for å få god utnyttelse av et responscenter.*

*Teknologien skal utfordre folk til å ta ansvar, både for velferdsordningene, sitt eget liv og i relasjonene til andre mennesker i det daglige. Den skal også bidra til å forsterke sosiale nettverk og mobilisere til økt samspill med tjenesteansvarlige, nærmiljø, familie og frivillige. På denne måten kan teknologi også fremme egenstyring og uavhengighet og bidra til at folk*

*kan klare seg selv, til tross for sykdom og nedsatt funksjonsevne.* NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg.

Innen velferdsteknologi er det rask utvikling, spesielt på det private markedet, i løsninger man kan anskaffe både for å følge med på egen helse, mestre hverdagen, dekke sosiale behov og ivareta trygghet og sikkerhet til både barn, foreldre og eldre. Også det offentlige er kommet på banen nå. Flere pilotstudier er gjennomført, og nå er det utrulling og standardisering av forskjellige løsninger som er hovedfokus.

I et rehabiliteringsperspektiv er alle disse områdene relevante. Det er viktig for brukeren, pårørende og tjenesteyterne at alle føler trygghet for at brukeren har mulighet til å varsle hjelpeapparatet på en enkel måte, samt at responstiden fra hjelperne ikke er for lang. Her er Aure kommunes satsing på trygghetsalarmer sentral. Vi har pr.1.mai 2017 til sammen 105 alarmer utplassert i kommunen, og noen få røykmeldere. Det er en rivende utvikling på elektroniske løsninger som gir varsel til tjenesteyter hvis noe skjer, blant annet fallsensorer, sensorer på dører/vinduer og kameraovervåking tilknyttet responscenter. For Aure kommunes del vil dette feltet bli videre vurdert i en egen plan for IKT og velferdsteknologi.

For mange med redusert funksjonsevne er det viktig at hjemmet er optimalt tilrettelagt for at brukeren har god sikkerhet og kan bruke mest mulig tid på å gjenvinne helse og gjøre aktiviteter som gir livsglede. Her er varmpumpe, oppvaskmaskin, vaskemaskin, robotgressklippere og robotstøvsugere gode støttespillere. På den sosiale arenaen er det mange som har godt selskap i telefon. De fleste har nå mobiltelefon, og har denne med seg ut av huset på turer etc. Dette fungerer også som en sikring hvis noe skulle skje, og pårørende får raskere tak i brukeren ved behov. På denne måten kan man være aktiv og delta på flere arrangement uten å bekymre seg for at man ikke får kontakt. Ellers er det mange eldre som har tatt i bruk internett, med både sosiale medier og videoanrop for å holde kontakt med barn, barnebarn og oldebarn. Flere leser nyheter på nett, og holder seg oppdatert på interesseområder via elektroniske varslinger. Dette gir mestring og god livskvalitet. Mange har også anskaffet eget elektronisk blodtrykksapparat, som de bruker med jevne mellomrom, i samråd med sin fastlege. Markedet har også utviklet flere løsninger for rehabilitering og trening, blant annet en ergometersykkel med påmontert nettbrett som fortløpende viser veien en sykler på, langs kjente strekninger. Dette er ikke et tilbud vi har i Aure kommune i dag, men et tiltak en ser for seg vil gi stor helsegevinst for mange.

## 5.Resultat fra ROS-analyse – Rehabilitering 2017

Kort presentasjon av ROS-analyse med forslag til tiltak - på overskriftsnivå.

<b>Identifiserte sårbarheter i rehabiliteringsarbeidet:</b>	<b>Forslag til tiltak:</b>
Ansatte mangler kompetanse om rehabilitering og tverrfaglig samarbeid.	Hospitering
	Lokale kurs med fokus på rehabilitering
	Mer personell med helsefaglig bakgrunn inn i skole og barnehage
	Oppdatert kompetanseplan
	Videreutdanning i rehabilitering
	Økt samarbeid med ernæringsfysiolog
	Sørge for større allsidighet og ressursutnyttelse innen rehabiliteringsfeltet
Bruker mangler motivasjon for rehabilitering.	Brukeren har eierskap til målene
	Brukeren har riktige og tilpassede hjelpemidler
	God kartlegging av fysisk, psykisk og sosiale utfordringer og ressurser
	Koordinerte tjenester
	Motiverende samtaler
	Motiverte ansatte
	God smertelindring
	Tilstrekkelig/riktig ernæring og væskebalanse
	Økt kompetanse blant ansatte
Brukeren klarer ikke å definere mål for egen rehabilitering.	Det må settes av tilstrekkelig tid på å hjelpe brukeren til å definere målene.
	God kartlegging av interesseområder hos brukeren
	Hjemmebesøk med/av helsepersonell
	Kartlegging med hovedfokus på restfunksjon
	Samarbeid med pårørende
	Smertelindring og optimal fysisk og psykisk funksjon
Faglige uenigheter vedrørende rehabiliteringsløpet for pasienter.	Drøfte faglige uenigheter i et samarbeidsmøte med aktuelle deltakere.
	Forebygge faglige uenigheter ved å legge til rette for samme informasjon til viktige aktører.
	God faglig kompetanse hos alle bidragsyttere
	Gode prosedyrer, tverrfaglig tiltak
	Tverrfaglig perspektiv
Manglende forankring i personalgruppen	Ansatte har eierskap til brukernes rehabiliteringsplaner
	Ansatte må se nytte i god rehabilitering
	Felles fagdager innen rehabilitering

Rehabiliteringsplan for Aure kommune 2017 - 2021

	Forståelse for at trening er en del av alt helsepersonell sine oppgaver.
	Internundervisning i rehabilitering
	Motivere til egeninnsats - faglig oppdatering
	Ukentlige, tverrfaglige møter innen rehabilitering
Manglende kontinuitet i rehabiliteringsarbeidet.	Gode interne og eksterne rutiner for tverrfaglig samarbeid
	Opprette individuell plan
	Overordnede avtaler med helseforetaket
	Rehabiliteringsplaner på individnivå
	Tilpasse fagprogrammet Gericca for å kunne ha tilgang til relevante opplysninger
	Tverrfaglige møter
	Utnevne koordinator/primærkontakt for den enkelte bruker
	Videreutvikle bruk av eLink for å koordinere tjenestetilbudet
Manglende koordinering kan gi dårligere rehabilitering.	Bruk av individuell plan for brukere med langvarige og koordinerte behov
	Opprette ansvarsgruppe og koordinator
Manglende språk kan være en utfordring for rehabilitering.	Ansette logoped i 50% stilling i Aure kommune
	Kontakt med tolketjeneste ved fremmedspråk
	Tolketjeneste for hørselshemmede
Pasienten har manglende initiativ og utfordringer med å forstå og/eller utføre øvelser/egentrening.	Aksept for at ADL-aktiviteter er trening
	Bistå ved gjennomføring av treningsprogram – spesielt ved kognitiv svikt eller stor utrygghet.
	Forståelse hos pasient for hvordan egen bolig kan brukes/tilpasses trening
	God tilrettelegging i egen bolig
	Individuelle tilpasninger ift språk, holdninger etc
	Motivere pasienten – minne om mål
	Positiv holdning fra ansatte – heie frem, støtte, ha tro på mål på pasientens vegne
	Skape forståelse blant pasienter/pårørende og ansatte ift trening kan utføres av andre enn fysioterapeut
	Tverrfaglig tilnærming
	Veilede ihht individuell rehabiliteringsplan – trygge, støtte og oppmuntre.
Stor geografisk avstand mellom forskjellige tjenestesteder.	Legge møtevirksomhet til steder som krever minst mulig kjøring for færrest mulig.
Svikt i informasjonsflyt mellom behandlere lokalt	Bruke henvisningsskjema for å bestille ergoterapitjenester



Rehabiliteringsplan for Aure kommune 2017 - 2021

	Fast møte månedlig mellom kommunale fysioterapeuter og private fysioterapeuter med driftsavtale.
	Legevakt benytter eLink
	Mer aktiv bruk av eLink internt
	Skrive rapport som er tilgjengelig for fysioterapeut og ergoterapeut i Gerica, ved felles brukere.
	Sørge for at behandlere som inngår i samme team får samme opplysninger
	Tilbakemelding fra fysioterapeut til lege etter endt behandling
	Tilsynsleger benytter Gerica
	Ukentlige tverrfaglige samarbeidsmøter
Svikt ved overføring mellom tjenestenivå	Manglende dokumentasjon/svikt fra sykehus etter utskrivelse – benytte avvikssystem
	Oppfordre alle eksterne behandlere til å benytte eLink ved henvendelser.
	Opplæring til ergoterapeut og fysioterapeut i eLink
	Revurdering av prosedyrer etter prosjekt med Aure rehabiliteringssenter
	Sterkere dreining fra bruk av korttidsplass til hjemmetrening
	Sterkere dreining fra bruk av langtidsplasser til korttidsplasser
Sårbarhet i at funksjoner er knyttet til enkeltpersoner	Kartlegge hvilke enkeltfunksjoner som er sårbare ved lengre fravær
	Ha oppdaterte stillingsbeskrivelser på disse funksjonene
	Vurdere om flere ansatte bør ha kompetanseheving innen spesielle områder for å ivareta oppgaver i andres fravær.
	Se på muligheter for stedfortreder ved fravær
	Øke fysioterapiressurs med 50%
	Generell kompetanseheving hos alle ansatte gir mindre sårbarhet på sikt, selv om enkeltpersoner faller ut i perioder.
Sårbarhet ved bestilling av hjelpemidler	Avviksmeldinger til NAV hjelpemiddelsentralen når søknader forsvinner
	Bestille riktig hjelpemiddel tidlig nok
	Helsepersonell og vaktmester tar i bruk henvisningsskjema til ergoterapeut.
	Kurse flere personer for å kunne søke om større hjelpemidler
	Kurse flere personer til å bestille hjelpemidler fra liste

Rehabiliteringsplan for Aure kommune 2017 - 2021

Ulike forventninger til brukers egeninnsats fra pårørende, bruker selv og ansatte	Behandlere må være oppmerksomme i forhold til brukers psykiske helse.
	Ha fokus på brukers holdninger til egen rehabiliteringsprosess – respektere denne
	Kunnskapsheving for brukeren om rehabilitering og vedlikehold av funksjoner
	Brukeren må i størst mulig grad definere egne mål
	Samarbeid med pårørende – brukernes mål er forankret hos disse også.
	Treningsprogram er spesielt tilrettelagt mtp belønning eller språk/tegn
	Tverrfaglig forankring av målene etter samtykke
Universell utforming	IKT tilrettelagt for alle funksjonsnedsettelse
Utilstrekkelig dagsenter for eldre	Økt stillingsressurs 50% for aktivitet ved Aure omsorgsboliger
	Gratis deltakelse på aktivitetstilbud
	Organisere skyssordning for alle aktivitetstilbud
	Utvikle samarbeid med frivillige
Utilstrekkelige ressurser – tidspress blant alle tjenesteytere	Bedre oppfølging og koordinering av støttekontakter
	Bruk av velferdsteknologi der det er mulig og ressursbesparende
	Trening på resept på bruk av treningsrom i Aure Arena
	Rekrutteringstiltak for støttekontakter
	Utvikle samarbeidet med frivillige lag og organisasjoner
	Øke fysioterapiressursene med 50% stilling
	Øke ressurser til hjemmetrening med 30% stilling
	Øke ressurs med 20% rehabiliteringsavdeling Aure sykehjem

## 6. Handlingsplan / prioriterte tiltak for å bedre kvaliteten på rehabiliteringsarbeidet.

### Kompetansehevende tiltak for ansatte.

Dette må gjennomføres for alle enheter, med det samme budskapet til alle ansatte. Den samme forståelsen for hva rehabilitering er, vil bidra til å gi tverrfaglig forankring og ønske om å støtte opp under brukernes mål. Ansatte må også ha en felles forståelse for hva som må være på plass av grunnleggende behov innen ernæring, væske, smertelindring, hjelpemidler og tilrettelegging før trening får god effekt. Forslag til gjennomføring er blant annet hospitering, felles fagdager og kurs lokalt og fortsatt fokus på formelle utdanninger innen rehabilitering og tverrfaglighet i kompetanseplanen.

Dette vil sette ansatte bedre i stand til å støtte brukere i sin rehabiliteringsprosess, med alt fra å definere mål, holde motet oppe, gjennomføre trening og gjenvinne helse. Det vil dempe sannsynlighet for faglige uenigheter, og øke forståelsen for hverandres funksjon og rolle. Også pårørende vil nyte godt av dette, ved at de blir bedre involvert og kan være en god støtte for brukeren når de føler trygghet for at slektningen blir godt ivaretatt og får optimal oppfølging.

Vi er en liten kommune som er sårbar hvis enkeltfunksjoner har fravær over lengre tid. Ofte er enkeltpersoner knyttet til spesielle funksjoner. Det er for eksempel stor sårbarhet knyttet opp mot fysikalsk behandling dersom fysioterapeut er borte, da man i tillegg til faste timer med hjemmeboende har avtale om daglig behandling av institusjonspasienter. For å begrense sårbarheten vår er det viktig at flere personer får kurs og opplæring for å kunne håndtere flere oppgaver enn de daglige. Dette gjelder spesielt innen fysikalsk behandling og bestilling av hjelpemidler og tilpasning av disse.

### Holdningsskapende arbeid for ansatte

Holdninger til rehabilitering henger mye sammen med kunnskap og kompetanse. Det er essensielt for å lykkes på rehabiliteringsfeltet at alle ansatte ser på seg selv som brikker i en større sammenheng, og at alt de vurderer, prioriterer eller ikke prioriterer får konsekvenser for både kollegaer og brukere. Men for å oppnå gode holdninger til rehabiliteringsarbeidet og ønske om å gjøre en forskjell, må ansatte også føle at det har en hensikt, at det nytter, at deres rolle er viktig. De må også gjerne erfare at en vinner bedre arbeidsdager ved å jobbe mer med rehabilitering. Og de må oppleve at kollegaene slutter lojalt opp om felles sak, ellers mister man motivasjonen. Motiverte ansatte er nøkkelen til godt rehabiliteringsarbeid.

### Utarbeidelse av planer, retningslinjer og prosedyrer

- Oppdatere kompetanseplan med handlingsdel ihht fastsatt rullering og til enhver tid aktuelle behov.
- Rutiner og treningsplaner inn i tiltaksplaner på brukere med andre kommunale tjenester.
- Beskrivelser/rutiner for ukentlige tverrfaglige møter
- Oppdatere eksisterende rutiner innen rehabilitering og samarbeid mellom avdelinger.
- Utarbeide retningslinjer for bruk av tolketjenester – både for fremmedspråk og hørselshemmede.

- Utarbeide og oppdatere rutiner/prosedyrer på følgende felt:
  - Prosedyrer ved overføring av pasienter mellom tjenestenivå
  - Prosedyrer i informasjonsflyt/ tverrfaglig samarbeid mellom behandlere lokalt
  - Prosedyrer som gir ansatte felles forståelse om hva rehabilitering er og hvordan rehabilitering utføres (implementeres med lokale kurs med fokus på rehabilitering)
  - prosedyrer som sørger for lik oppfølging av alle brukere

#### Økt tverrfaglig samarbeid med spesialisthelsetjenesten

- Mer samarbeid med ernæringsfysiolog.
- Økt samarbeid med Aure rehabiliteringssenter om pasienter hjemmehørende i Aure.
- Helse Møre og Romsdal er i oppstartsfasen med et nytt nettverk som skal gi bedre livskvalitet for eldre, multisyke pasienter. Fokuset skal flyttes fra «hva lider du av?» til «hva er viktig for deg?». Dette vil gjenspeile seg i rehabiliteringsarbeidet ved at pasienten selv bestemmer forutsetningene for hjelpen han skal motta, noe som vil virke motiverende. Helsevesenet skal ikke jobbe for å «kurere», men for å øke livskvalitet.

#### Økt systematikk i samarbeidet med pårørende

- Forståelse for hva rehabilitering er og kan være i hjemmet, hvilke muligheter som finnes, og hva som forventes av alle aktører. Hvilken rolle ønsker pårørende å ha?
- Innhente samtykke til at pårørende kan få informasjon om rehabiliteringsprosessen, utfordringer og fremgang, samt behov for tilrettelegging og tilpasning av bolig og dagligliv.
- Det er viktig at pasientens mål og tiltak er forankret hos pårørende også. De er en viktig ressurs og må tidlig kobles inn i rehabiliteringsarbeidet.
- Det er også viktig at pårørende tidlig blir inkludert i rehabiliteringsarbeidet for at de skal få startet sin egen prosess med å forstå og ta inn over seg en ny situasjon. Dette krever ofte lang tid.
- Pårørendeomsorg er også veldig viktig.

#### Bedre kommunikasjonsflyt

- Bruk av henvisningsskjema til ergoterapeut
- Bruk av eLink fra legevakt
- Månedlig møte for fysioterapeuter
- Tilsynsleger benytter Geric
- Fysioterapeut sender evaluering til fastlege
- Bedre tilgangsstyring i Geric for samarbeidende instanser

#### Bruk av velferdsteknologi

- Innkjøp av en ergometersykel med nettbrett som viser forskjellige turer i Aure kommune.
- Videreføring av dagens politikk med lav terskel for å abonnere på trygghetsalarm
- Jobbe frem system for trygghetsalarmsentralen med tilhørende prosedyrer og eventuelt nye funksjoner som sensorer og mobil GPS.
- Jobbe videre med vurderinger knyttet opp mot eventuell tilslutning til responscenter i egen plan om IKT og velferdsteknologi.

### Behov for økte stillingsressurser og dreining av ressursbruk

- Behov for 30% økt ressurs til hjemmetrening.
- Behov for 50% økt ressurs til fysioterapi
- Behov for å ansette logoped i 50% stilling, for øvrig tilknyttet 50% i skole ved ledighet.
- Behov for 50% økt stilling ved aktivitetstilbud/dagtilbud.
- Behov for 100% stilling til daglig leder frisklivssentral.
- Ansettelser av helsepersonell i skole/barnehage ved ledighet
- Ansettelser av personell med fysikalsk bakgrunn i hjemmetjenesten ved ledighet.

### Videreføring av eksisterende tilbud, tjenester og samarbeidsformer.

- Tirsdagsmøter i hjemmetjenesten og torsdagsmøter på sykehjem
- Samarbeid med Aure og Stemshaug helselag om ukentlige torsdagstreff i Aure omsorgsboliger.
- Fredags-trimmen i samarbeid med frivilligsentralen
- Viktig å beholde ergoterapiressursen i Aure kommune som i dag, sannsynligvis en lovpålagt tjeneste fra 2020.
- Videreføre det gode kartleggingsarbeidet ansatte gjør hver dag, samt styrke dette fremover.
- Koordinerende enhet, samt bruk av individuell plan og koordinator der dette er hensiktsmessig og ønsket fra bruker.
- Innaksråd for sykehjemstjenester og boligtilbud.
- Brukermøter i habiliteringstjenesten
- Ansvarsgruppemøter og samarbeidsmøter etter behov, som i dag, både internt og eksternt.

### Forslag til nye tilbud

- Trening på resept. Gratis tilgang til Aure Arena og veiledning av treningsfysiolog.
- Oppstart av frisklivssentral. Kursing av røykestopp, kosthold, trening, ulike gruppetilbud. Treningsfysiolog, folkehelsekoordinator og ernæringsfysiolog bør være tilknyttet og daglig leder i 100% stilling ansettes, men også frivillige og helselag kan delta i dette arbeidet.
- Fritidsassistent daglig i Aure omsorgsboliger, med gratis transporttilbud og mulighet for deltakelse for hjemmeboende fra hele kommunen.
- Tilrettelagt rehabiliteringsplan for alle pasienter som har et større funksjonsfall eller har et korttidsopphold ved sykehjem.
- Universell utforming av Aure kommunes nettsider og alle opplæringsprogram.
- Bedre oppfølging av støttekontakter, og tiltak for å rekruttere flere
- Videreutvikle samarbeid med lag og organisasjoner for å skape flere aktivitetstilbud og gode møteplasser for pasienter/brukere i forskjellige aldersgrupper og med forskjellige behov.

Oppsummering av tiltak med ansvar for gjennomføring og fremdrift

<b>Tiltak</b>	<b>Ansvar for gjennomføring</b>	<b>Framdrift</b>
Kompetanseheving, kontinuerlig prosess	Enhetsledere innen helse, pleie – og omsorg (HEPLO)	2017-2021
Holdningsskapende arbeid, kontinuerlig prosess	Enhetsledere innen HEPLO	2017-2021
Utarbeidelse av prosedyrer og retningslinjer	Avdelingsledere innen helse, pleie –og omsorg	2017-2018
Økt tverrfaglig samarbeid med spesialisthelsetjenesten	Avdelingsledere innen helse, pleie –og omsorg	2017-2021
Økt systematikk i pårørendesamarbeidet	Avdelingsledere innen helse, pleie –og omsorg	2018-2019
Bedre kommunikasjonsflyt	Alle tjenesteutøvere, systemansvarlige i Gerica og alle ledere	2018-2020
Bruk av velferdsteknologi	Ergoterapeut, vaktmester hjemmetjenesten, Enhetsledere HEPLO	2018-2021
Jobbe for ressursøkning og dreining i valg av kompetanse ved ansettelse	Enhetsledere innen skole, barnehage, helse, pleie og omsorg.	2018-2021
Etablere trening på resept	Folkehelsekoordinator, kommunelege, Enhetsleder kultur, plan og næring.	2017
Oppstart av frisklivssentral	Folkehelsekoordinator, Enhetsleder Helse og familie	2018
Universell utforming av kommunens nettsider og dataverktøy	Servicekontor og IKT-avd.	2019-2021
Utarbeide individuelle rehabiliteringsplaner	Alle som jobber med rehabilitering etter funksjonsfall	2018-2021
Bedre oppfølging av støttekontakter og rekruttering av disse	Hjemmetjenesten	2018-2019
Videreutvikle samarbeid med frivillige lag og organisasjoner	Alle tjenesteytere innen rehabiliteringsfeltet	2017-2021
Utarbeide plan for IKT og velferdsteknologi	Enhetsledere HEPLO IKT-avdelingen	2017-2018

## 7.Kostnader - nye tiltak

Et hvert nytt tiltak vil ha en kostnad. Utfordringen med rehabiliteringsarbeidet er at det er vanskelig å dokumentere eller måle gevinstpotensialet. Men vi vet det er kostnadseffektivt å drive godt rehabiliteringsarbeid, og at det i det lange løp er besparende for kommunen hvis alle brukerne får tatt ut sitt rehabiliteringspotensiale.

De fleste tiltakene handler om samhandling og organisering av dagens ressurser, samt utarbeidelse av arbeidsformer. Dette må en forvente inngår i daglig drift og er en del av fagutviklingen som drives på de forskjellige enhetene, og skal ikke føre til merkostnader.

### Kostnadsoverslag for nye tiltak:

Prioritet	Tiltak:	Kostnader:
1	Ansette logoped i 50% stilling	420.000
1	Ansette fysioterapeut i 50% stilling	320.000
2	Etablering av trening på resept	50.000
2	Tiltak til velferdsteknologi	200.000
2	Øke ressurser til hjemmetrening med 30%	200.000
3	Etablering av frisklivssentral, daglig leder 100% stilling	600.000
3	Øke ressurser til fritidsassistent med 50%	275.000
3	Øke ressurser med 20% ved rehabiliteringsavd. Aure sykehjem	135.000
	<b>Total økning i årlige driftskostnader fra 2021</b>	<b>2.200.000</b>

Vi estimerer altså kostnader ved alle forslagene til tiltak her, men sier ingenting om forventet innsparing. Det vil bli en bonus som fører til at vi forhåpentligvis slipper å øke ressursbruken mye innen pleie og omsorg etter hvert som oppgavene øker i årene fremover.

Det er kjent at tidlig innsats blant barn og unge vil senke tjenestebehovet på sikt, samtidig som det gir en bedre mestringsfølelse og økt livskvalitet. Dette gjelder også blant eldre i forhold til tidlig og massiv innsats ved funksjonsfall.

Eksempel: En person som får hjerneslag.

- Faglig: Her er det veldig viktig å komme i gang med trening så fort pasienten er i stand til det, for å starte gjenvinning av funksjoner. Både kraft i armer og ben, tale og kognitiv funksjon krever tett oppfølging over tid for at man skal få tatt ut sitt rehabiliteringspotensiale. Derfor er det viktig å ha nok tilgang på faglige ressurser for å møte de forskjellige behovene som kan oppstå.
- Økonomi: Hvis vi klarer å rehabilitere en person til å gå med hjelpemidler i stedet for å bli sittende i rullestol, vil det også være veldig økonomisk gunstig for Aure kommune, fordi brukeren vil være mer selvhjulpent, og trenger da mindre hjelp.
- Behov for 24-timers omsorg: Hvis vi klarer å rehabilitere en bruker tilstrekkelig kognitiv og i forhold til tale, kan det være forskjellen på behov for tilrettelagt omsorgsleilighet og 24-timers omsorg. Dette er også svært økonomisk gunstig for Aure kommune.

Antall brukere av hjemmetjenesten har økt med 25% i perioden 2013 - 2016. I samme tidsrom har det blitt investert i elektronisk arbeidslister, elektroniske kjørebøker og flere trygghetsalarmer for å kunne bruke mer tid på tjenester i stedet for administrering av hverdagen. Det har vi lyktes med, og vi har realisert gevinstpotensialet med reduksjon i årsverk på 2,6 stillinger de siste 3 årene. Dette har også vært mulig fordi brukerne til nå har fått gode rehabiliteringstjenester, men nå ser vi at antall brukere fortsatt øker, og det er veldig sårbart for flere av rehabiliteringstjenestene i ferier og ved sykdom. Og vi forventer fortsatt økning i antall eldre og brukere med rehabiliteringsbehov i de kommende årene.

Det siste året har også presset på sykehjemstjenester økt. Flere brukere er innom som øyeblikkelig - hjelp - pasienter, og vi har flere som har hatt behov for lengre rehabiliteringsopphold. Det er av ytterste viktighet at man får gitt brukerne gode tjenester i rehabiliteringsperioden, for at de skal kunne fungere optimalt i hjemmet. Dette er også økonomisk gunstig for Aure kommune, da hjemmetjenesten kanskje kan spare inn flere besøk i distriktene daglig, fordi brukerne har fått tid til å komme skikkelig til hektene etter sykdom eller brudd.



## 8.Evaluering og oppdatering

Planen evalueres hvert 4.år.

Evaluering og oppdatering foregår i tverrfaglig sammensatt arbeidsgruppe bestående av kommunal fysioterapeut, ergoterapeut, avdelingssykepleiere fra sykehjem, hjemmetjenesten og avdelingsleder fra habiliterings - tjenesten, kommunelege, samt enhetsledere fra Helse og Familie og hjemmetjenesten.

## 9.Litteraturliste

Kaurstad, Guri, Elisabeth Witsø og Kari Bachmann, *Livsnær livshjelp – rehabilitering i nærmiljøet*, Møreforskning Molde AS, Molde 2014.

Skrove, Guri K., Gøril Groven og Kari Bachmann, *Sammen om rehabilitering i nærmiljøet – sluttevaluering av «Livsnær livshjelp» - et samhandlingsprosjekt om rehabiliteringsbrukere i Aure*, Møreforskning Molde AS, Molde 2015.

NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg, Oslo 2011

St.meld.29 (2012-2013) Morgendagens omsorg, Oslo 2013

Lov om helse - og omsorgstjenester

Lov om pasient – og brukerrettigheter

Forskrift om kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Retningslinjer for inntaksråd, godkjent i HEOP 2017.

Retningslinjer for koordinerende enhet, godkjent i HEOP 2016.

Retningslinjer for bruk av HEPLOs kompetansefond, godkjent i HEOP 2014, revidert 2017.

Samhandlingsavtale mellom kommunene i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal HF, 25.04.2016.

## 10.Vedlegg

### ROS-analyse

ROS-analyse for rehabilitering i Aure kommune. Den er utarbeidet i det elektroniske verktøyet Compilo.