



Habiliterings- og rehabiliteringsplan. Rapport fra arbeidsgruppe

2018

MELHUS KOMMUNE

AGENDA
KAUPANG

OPPDRAKSGIVER: Melhus kommune

RAPPORT NR: 1020256

RAPPORTENS TITTEL: Habiliterings- og rehabiliteringsplan. Rapport fra arbeidsgruppe

ANSVARLIG KONSULENT: Eilin Ekeland

KVALITETSSIKRET AV: Hege Askestad og Rune Holbæk

FOTOGRAFI I RAPPORT: Eilin Ekeland

DATO: 30.01.2018

Forord

Agenda Kaupang har bistått Melhus kommune med å utarbeide en plan for habilitering og rehabilitering. Planen skulle ha fokus på brukermedvirkning og omfatte både habilitering og rehabilitering i alle aldre, men ikke brukere der psykisk helse og rus er hovedutfordringen

Arbeidet ble organisert som et prosjekt med en arbeidsgruppe og en høringsgruppe i kommunen. Planen bygger på funn gjort i Agenda Kaupang sin gjennomgang av økonomi og tjenesteorganisering i deler av helse- og omsorgstjenesten. Det har i tillegg vært gjennomført 2 workshops med ansatte fra berørte virksomheter, samt et eget brukermøte. Planen munner ut i en tiltaksliste på 10 punkter med en samlet årlig kostnadsramme på rundt 5,9 millioner kroner. Gevinsten ved innsparinger på andre deler av det kommunale tjenesteapparatet er ikke beregnet. Tiltakene er uavhengig av den administrative organiseringen i Melhus kommune.

Arbeidsgruppen anbefaler at planen blir en del av kommunens planstruktur for å sikre sammenhenger og forpliktelser på tvers av virksomheter, samt struktur for høring og evalueringer.

Vi takker for oppdraget og for konstruktivt og hyggelig samarbeid underveis. Takk til alle som har bidratt med nyttig informasjon gjennom deltakelse i arbeidsgruppe og workshops og ved tilrettelegging av informasjon. En særlig takk til Elisabeth Heggheim som har vært kontaktperson, og som har bidratt til koordinering av arbeidet, og til Trude Wikdahl for gode avklaringer og innspill underveis. Dokumentasjonen står for Agenda Kaupang sin regning. Det gjør også eventuelle feil som ikke har blitt rettet opp. I Agenda Kaupang har arbeidet blitt utført av Eilin Ekeland, med Rune Holbæk og Hege Askestad som sparringspartnere og kvalitetssikrere.

Stabekk, 30. januar 2018

Agenda Kaupang

Innhold

1	Sammendrag med anbefalinger	4
2	Innledning.....	6
2.1	<i>Habilitering og rehabilitering.....</i>	<i>6</i>
2.2	<i>Koordinering.....</i>	<i>11</i>
2.3	<i>Brukermedvirkning</i>	<i>11</i>
2.4	<i>Framskrivning av behov</i>	<i>12</i>
3	Arbeidet med planen	13
4	Dagens situasjon i Melhus.....	15
4.1	<i>Dagens koordineringsfunksjoner</i>	<i>15</i>
4.2	<i>Analyser gjennomført av Agenda Kaupang</i>	<i>15</i>
4.3	<i>Oppsummering fra brukermøtet og workshop</i>	<i>18</i>
4.4	<i>Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.....</i>	<i>19</i>
4.4.1	<i>Spesialisert habilitering og rehabilitering.....</i>	<i>20</i>
5	Under utvikling i Melhus kommune	22
6	Oppsummering og analyse.....	24
6.1	<i>Habilitering</i>	<i>24</i>
6.2	<i>Rehabilitering</i>	<i>26</i>
6.3	<i>Koordinering.....</i>	<i>29</i>
7	Målsetting	30
8	Tiltak.....	31
8.1	<i>En velfungerende koordinerende enhet og kompetente koordinatorene</i>	<i>32</i>
8.2	<i>Et tjenesteapparat med kompetanse på rehabilitering og tilpasset befolkningens behov</i>	<i>34</i>
8.3	<i>En systematikk på brukermedvirkning både på individnivå og på systemnivå</i>	<i>38</i>
8.4	<i>Oppfølging og implementering</i>	<i>40</i>
8.4.1	<i>Økonomiske og administrative konsekvenser</i>	<i>40</i>

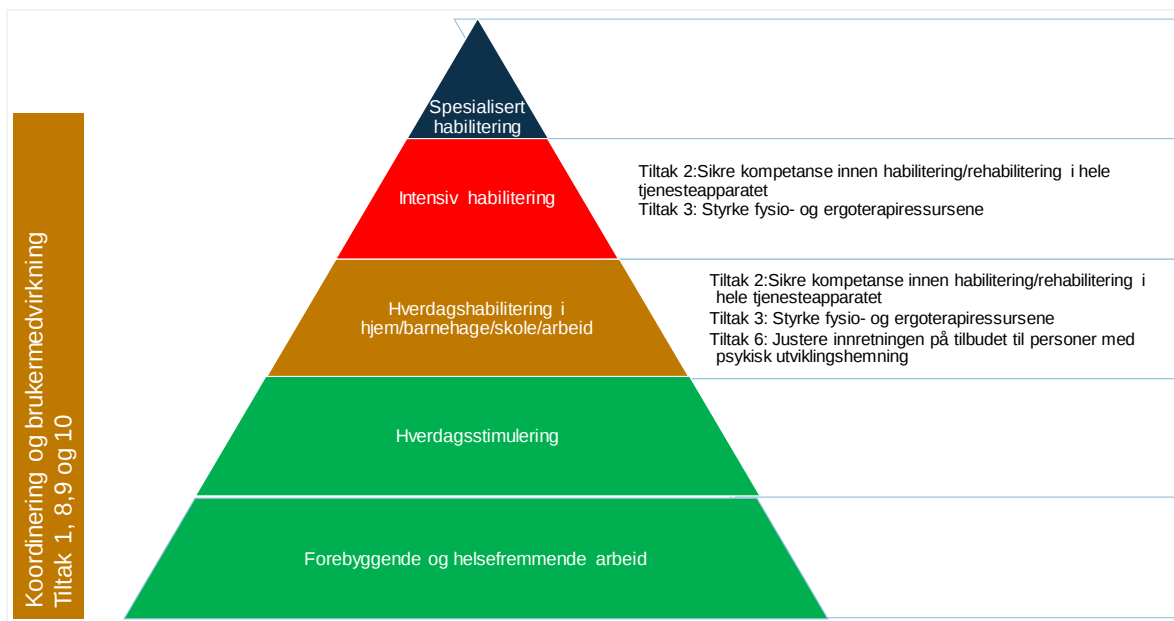
1 Sammendrag med anbefalinger

Melhus kommune har fått midler fra Fylkesmannen for å utarbeide en helhetlig plan for habiliterings- og rehabiliteringstjenestene med fokus på brukermedvirkning. Kommunen valgte å bruke Agenda Kaupang til å bistå i utarbeidelse av planen.

Forut for arbeidet med planen hadde Agenda Kaupang bistått Melhus kommune med en gjennomgang av økonomi og tjenesteorganisering i deler av helse- og omsorgstjenesten. Denne gjennomgangen ligger til grunn for arbeidet med habiliterings- og rehabiliteringsplanen.

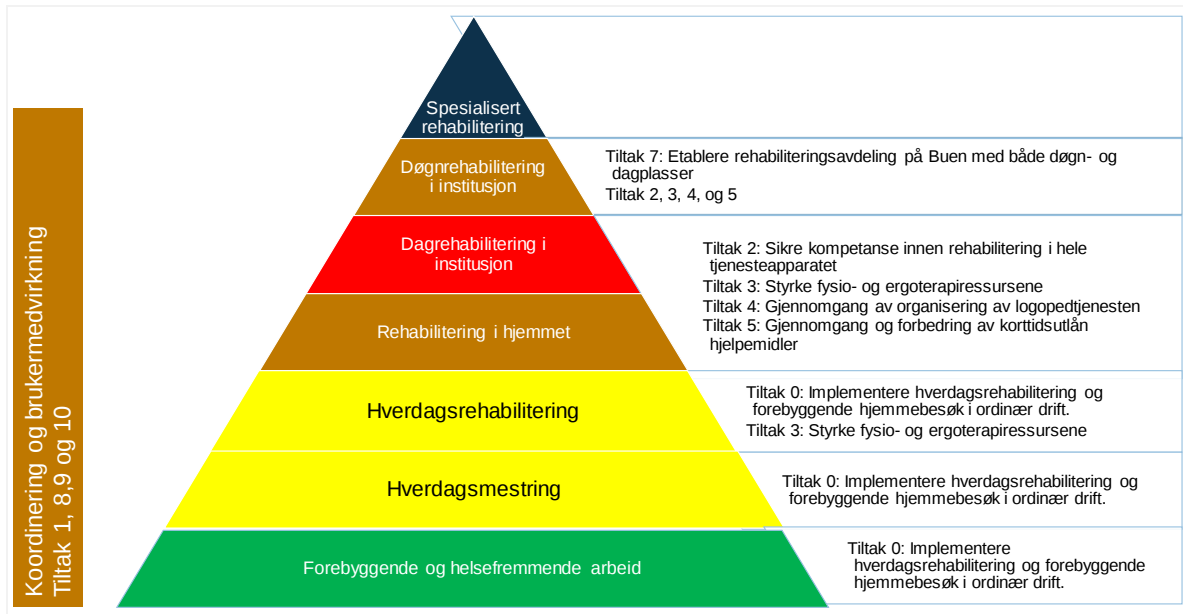
For å illustrere både nåsituasjonen og ønsket situasjon, har arbeidsgruppa utviklet en habiliterings- og en rehabiliteringspyramide for Melhus kommune. Den illustrerer både hvilke nivåer et helhetlig habiliterings- og rehabiliteringstilbud i kommunen bør ha, samt størrelsen på målgruppen på de ulike nivåene. Vi har vurdert de ulike nivåene i Melhus kommune, og visualisert det i pyramidene etter følgende fargeskala: **Grønt**: tilfredsstillende, **oransje**: trenger forbedring, **gult**: under utvikling, **rødt**: ikke god/ikke eksisterende. Modellen er presentert i kapittel 6.

Det er anbefalt implementering av prosjektene forebyggende hjemmebesøk og hverdagsrehabilitering, samt en tiltaksliste på 10 punkter. Dette skal bidra til at Melhus kommune får en helhetlig grønn habiliteringspyramide og en grønn rehabiliteringspyramide.



Figur 1-1 Tiltak relatert til habiliteringspyramiden

Når det gjelder rehabilitering, treffer tiltakene alle trinnene i pyramiden:



Figur 1-2 Tiltak relatert til rehabiliteringspyramiden

Bak de anbefalte tiltakene, ligger følgende mål til grunn:

Melhus kommune skal alene eller sammen med andre ha en struktur og et tjenestetilbud som bidrar til at:

- ▶ Barn og deres familier med medfødt eller tidlig ervervet skade eller sykdom opplever
 - Å selv sette mål for habiliteringsforløpet
 - Å ha en kontaktperson som koordinerer tiltak
 - Å få målrettede og tilpassede tjenester/opptrening/stimuleringstiltak som fungerer sammen og som bidrar til best mulig funksjon
- ▶ Unge voksne og voksne med medfødt eller tidlig ervervet skade eller sykdom opplever
 - Å selv sette mål og definere hva som er viktig i habiliteringsforløpet
 - Å ha en kontaktperson som koordinerer tiltak
 - Å få målrettede og tilpassede tjenester som fungerer sammen og som bidrar til et godt og meningsfylt liv samt god mestring
- ▶ Innbyggere som kontinuerlig eller i en periode i livet har behov for rehabilitering skal oppleve
 - Å selv sette mål for rehabiliteringsforløpet
 - Å ha en koordinator som koordinerer tiltak
 - Å få målrettede og tilpassede tjenester/opptrening som fungerer sammen og bidrar til best mulig funksjon

For å nå disse målene for den enkelte bruker, mener arbeidsgruppa at Melhus kommune bør ha:

- ▶ En velfungerende koordinerende enhet og kompetente koordinører
- ▶ Et tjenesteapparat med kompetanse på rehabilitering og tilpasset befolkningens behov
- ▶ En systematikk på brukermedvirkning både på individ- og på systemnivå

2 Innledning

Rehabiliteringsvirksomheten kan derfor være et sentralt virkemiddel til å møte framtidige utfordringer, forutsatt at den organiseres og dimensjoneres riktig.

Sitat fra Rapport Helse Midt: Rehabilitering i Midt-Norge

Melhus kommune har fått midler fra Fylkesmannen for å utarbeide en helhetlig plan for habiliterings- og rehabiliteringstjenestene med fokus på brukarmedvirkning. Brukere der psykisk helse og rus er hovedutfordringen er ikke en hovedmålgruppe for denne planen.

Kommunen valgte å bruke Agenda Kaupang til å bistå i utarbeidelse av planen. Arbeidet ble organisert som et prosjekt med en arbeidsgruppe og en høringsgruppe i kommunen og munner ut i en tiltaksliste på 10 punkter. Tiltakene er uavhengig av den administrative organiseringen i Melhus kommune.

2.1 Habilitering og rehabilitering

Kommunen er pålagt etter helse- og omsorgstjenesteloven å tilby sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.¹ Ansvar er utdypet i *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*²:

«Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud.

Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, jf. § 1 og § 3.

Re-/habiliteringstilbudet skal gis uavhengig av pasientens og brukerens boform.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ved behov samarbeide med andre etater.»

Arbeidet er altså forankret i helselovgivningen, men innbefatter ofte andre av kommunens virksomheter. I den samme forskriften har man definert hva man mener med habilitering og rehabilitering:

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

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag til endring av denne definisjonen. Høringsfristen var 9. november. Det er særlig begrepet «tidsavgrensede» som har skapt diskusjon

¹ https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3

² <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

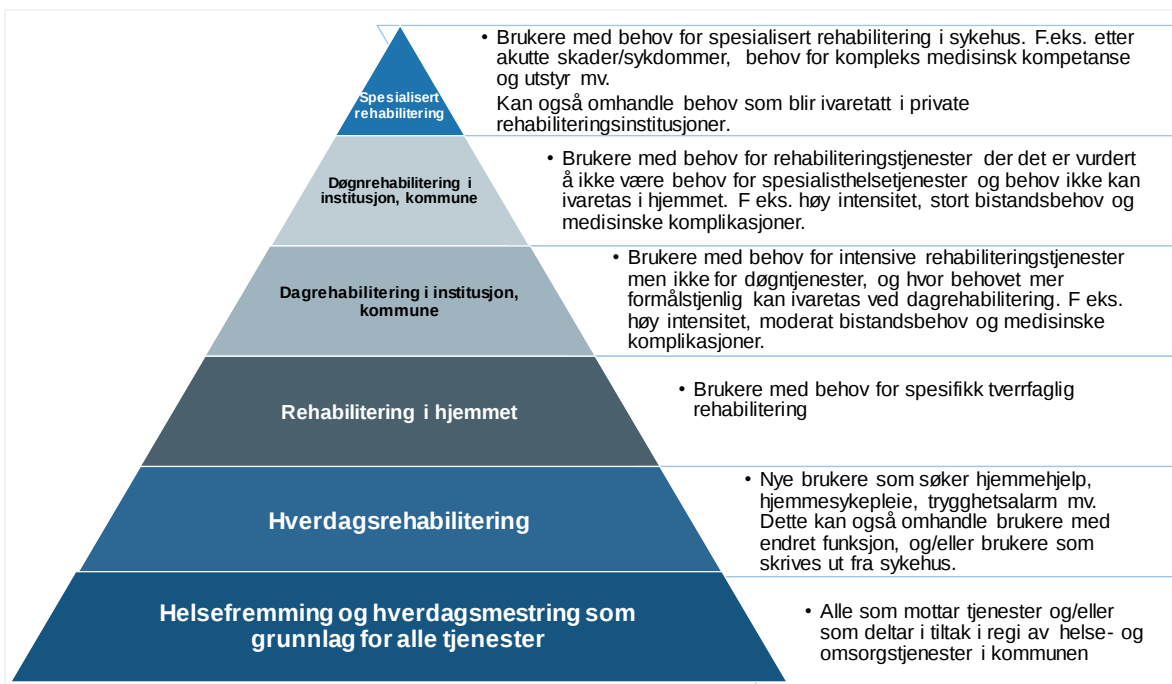
de siste årene. Uavhengig av ordlyd i definisjonen, er både departementet og Helsedirektoratet klare på at brukere med varig nedsatt funksjon, som funksjonshemmede barn eller voksne med nevrologiske eller revmatiske lidelser, er omfattet av *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*.

Forskjellene mellom habilitering og rehabilitering kommer primært til uttrykk i de utøvende tjenestene, hvor det først og fremst skilles mellom målgrupper. Brukere og pasienter med behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse. Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander som er ervervet senere i livet. Ulikheter i metodisk tilnærming kan grovt inndeles i ny-læring og re-læring.

For å bistå kommunene i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet, har Helsedirektoratet utviklet en veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator³. Her fremheves det blant annet at tiltak som kan bistå personen i å gjenvinne funksjons- og mestringsevne skal prioriteres fremfor kompenserende hjelp. Veilederen anbefaler også at kommunen sikrer et faglig tyngdepunkt for sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet som kan være driver for kommunens arbeid på feltet.

Rehabilitering

Rehabilitering er å bidra til at brukeren opprettholder eller forbedrer sitt funksjonsnivå. Det innebærer reell trening/opptrening av funksjoner, men også tilrettelegging av bolig/skole/arbeidsplass, hjelpemidler, ernæring, sosial trening, hverdagsaktiviteter og mye mer. Pyramiden under illustrerer ulike nivåer i et rehabiliteringstilbud. Den illustrerer også antall brukere innen de ulike nivåene: alle har nytte av forebyggende innsats og hverdagsmestring, mange har nytte av hverdagsrehabilitering, mens noen få har behov for spesialisert rehabilitering.



Figur 2-1 Rehabiliteringspyramiden etter modell fra Kristiansand kommune. Pyramiden skal skissere forholdet mellom antall brukere og hvilke rehabiliteringstjenester som benyttes.

³ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Det er helt nødvendig at hele støtteapparatet rundt brukeren jobber sammen med brukeren for at vedkommende skal nå sine mål, og at brukeren opplever et enhetlig støtteapparat. Det er samtidig et vesentlig element at selve opptreningen som brukeren får (fysisk trening, trening på hverdagsaktiviteter, språklig, sosial eller kognitiv trening), doseres slik at brukeren oppnår effekt. Dette gjelder alle deler av rehabiliteringspyramiden og uansett om brukeren bor hjemme eller får et intensivt institusjonsbasert rehabiliteringstilbud.

Habilitering

Habilitering har mange likhetstrekk med rehabilitering, i sin tverrfaglighet og behov for både trening og tilrettelegging. Men teamet rundt de yngre brukerne/barna er sammensatt annerledes, med foresatte og pedagogisk personell som viktige medspillere. Teamet rundt voksne habiliteringsbrukere har større likhetstrekk med teamet rundt rehabiliteringsbrukerne. Innen habilitering har man også overganger fra barnehage til skole, fra skole til utdanning og fra utdanning til arbeid og til å etablere seg i eget hjem. Habilitering er som oftest en livslang prosess, og hver livsfase har sine særtrekk og utfordringer.

Kommunen og spesialisthelsetjenesten

Habilitering og rehabilitering skjer både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Spesialisthelsetjenestens ansvar kan ivaretas enten på sykehusene eller hos private institusjoner som har avtale med helseforetakene. Kommuner og spesialisthelsetjenesten er forpliktet til å utarbeide samarbeidsavtaler^{4,5}, og habilitering og rehabilitering skal beskrives i disse avtalene.

Når flere nivåer har ansvar for en oppgave, kan det oppstå uklarheter i ansvar og oppgaver. Helsedirektoratet publiserte i rapporten *Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet*⁶ en modell til hjelp for å avklare ansvarsfordelingen mellom kommuner og helseforetak:

⁴ https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_6#§6-1

⁵ https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_2#§2-1e

⁶ <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/avklaring-av-ansvars-og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet>

Kommune	 Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.	Spesialisthelsetjeneste
Behov for tverrfaglig breddekompetanse?		Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for bredt sammensatt tverrfaglig team samlet på ett sted?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for intensiv oppfølging?
Behov for nærhet til brukers <u>livsarena</u> ?		Behov for nærhet til spesialisert, medisinsk kompetanse?
Behov for erfaring knyttet til store diagnosegrupper og relativt hyppig forekommende problemstillinger?		Behov for erfaring knyttet til smalere og mer spissede problemstillinger?

Figur 2-2 Visuell modell for avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet. Kilde: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet påpeker i veilederen at det er helsepolitiske mål om at habilitering og rehabilitering skal styrkes i kommunene og videreutvikles i spesialisthelsetjenesten.⁷ Spesialisthelsetjenestens tilbud må derfor spisses og noen tilbud som i dag gis som spesialisthelsetjenester må i fremtiden ytes i kommunene. Det er likevel slik at det ikke nødvendigvis er et «enten/eller»; mange av de som mottar mesteparten av tjenestene fra kommunen, har i tillegg behov for samtidige tjenester fra spesialisthelsetjenesten.

I veileder om samarbeidsavtaler er det anbefalt at det nedfelles regler for håndtering av uenighet knyttet til ansvar og oppgaver⁸. Helse- og omsorgsdepartementet har også oppnevnt et nasjonalt organ hvor tvistesaker kan fremmes. Innen habilitering og rehabilitering er det i tillegg en ordning der saker av faglig art kan løftes til nasjonalt fagråd for habilitering og rehabilitering.

Prosjektet «Rehabilitering i Midt-Norge» fra 2014 var initiert av Helse Midt-Norge RHF i samarbeid med kommunene (KS) i regionen med et mål om at kommunene og spesialisthelsetjenesten fikk en felles strategi for rehabiliteringsfeltet⁹. Følgende anbefalinger gjelder kommunene:

- ▶ Kommunene må ha en fleksibel organisering av rehabilitering som kan tilpasses skiftende behov og som gjør det mulig å skreddersy tilbud til individuelle behov.
- ▶ Minimumskravet for kompetanse i enheter for rehabilitering og i rehabiliteringsteam/oppsøkende rehabilitering, er tilgang på lege, fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, samt anvendelse av bruker- og pårørende kompetanse.
- ▶ Fastlegenes rolle må tydeliggjøres i rehabiliteringsarbeidet, både i forhold til enkeltindivider og når det gjelder tjenesteutvikling.

⁷ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=momenter-og-anbefalinger-for-6905>

⁸ <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/samarbeidsavtaler-mellom-kommune-og-syke/id650125/>

⁹ <https://helse-midt.no/Documents/2015/Prosjektrapport%20REHABILITERING%202014.pdf>

- ▶ Andre sentrale profesjoner som det bør være tilgang på, alt etter brukers behov, er vernepleiere, psykologer og logopeder med generell rehabiliteringskompetanse. Kommunene må også ha kompetanse innen psykisk helse, sosialfag og spesialpedagogikk, for eksempel innen hørsel og syn, samt tilgang på kompetanse fra andre sektorer i kommunen og andre lokale aktører som for eksempel NAV.
- ▶ Tverrfaglig oppsøkende/ambulant rehabilitering må være et reelt tilbud i alle kommuner.
- ▶ Kommunens innbyggere må ha tilgang på plasser for døgnrehabilitering. Behovet for kommunal døgnrehabilitering anses å ligge mellom 0,3 og 0,5 plasser per 1000 innbygger.
- ▶ I de største kommunene anbefales det å opprette egne kommunale rehabiliteringsavdelinger framfor å integrere døgnrehabilitering med øvrige tilbud i sykehjem.
- ▶ Der befolkningsgrunnlaget ikke gir rom for egne rehabiliteringsavdelinger, anbefales interkommunalt samarbeid eller kjøp av tjenester i private rehabiliteringsinstitusjoner. Det forutsetter at det etableres et nært samarbeid med kommunenes hjemmetjenester og/eller oppsøkende rehabiliteringstjenester som kan sikre oppfølging etter hjemkomst.
- ▶ Øremerkede plasser i korttidsavdelinger (evt. gjennom interkommunalt samarbeid) kan være en løsning i mindre kompliserte tilfeller og i tilfeller der nærhet til hjemmet er særlig viktig.
- ▶ Kommunene skal ha en koordinerende enhet med rehabiliteringsfaglig kompetanse, og denne må ha eget telefonnummer og synliggjøres bedre i kommunenes nettsider av hensyn til befolkning og samarbeidspartnere.
- ▶ Rehabiliteringsområdet må synliggjøres i samarbeidsavtalene mellom lokale helseforetak og kommunene.
- ▶ Kommunene må styrke og videreutvikle rehabilitering. Dette vil på sikt gi samfunnsøkonomisk gevinst, og styrke kommunenes økonomiske bæreevne.

Opptappingsplan

Regjeringen la i Prop. 1 S HOD (2016–2017) frem en opptappingsplan for habilitering og rehabilitering.¹⁰ Dette på bakgrunn av et erkjent behov for en styrking av feltet. I planen ble følgende utfordringer i dagens tilbud trukket frem:

- ▶ Svikt i brukermedvirkning:
 - Tjenesteapparatet lykkes ikke med å bistå brukeren i å få fram hva som er brukerens mål eller tilbyr ikke tjenester tilstrekkelig tilpasset brukerens behov.
- ▶ Svikt i samhandling og koordinering enten internt på samme nivå eller mellom nivåene:
 - Enkelttjenester henger ikke sammen som en helhet for brukeren. Dette gjelder både undersøkelse og kartlegging og de oppfølgende tiltakene.
- ▶ Svikt i kapasitet:
 - Enkelttjenester som skal bistå brukeren mangler eller har uakseptabel lang ventetid.
- ▶ Svikt i faglig kvalitet, arbeidsform og/eller organisering:
 - Tjenestene er ikke i tråd med brukerens forventninger eller faglige standarder.

Som et ledd i denne opptappingsplanen kan kommunene søke fylkesmannen om tilskudd for å styrke sitt eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud. I søknaden skal kommunene beskrive sine målsettinger for habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet og hvordan de arbeider for å utvikle tjenestene. Dette bør være nedfelt i plandokument som kommunene i løpet av 2017 skal ha laget, oppdatert eller revidert. I søknadsbehandlingen blir det lagt til grunn at koordinerende enhet er sentral i utarbeidelse av kommunens plan og søknaden er forankret på rådmannsnivå.

¹⁰ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-hod-20162017/id2513924/sec3#KAP8>

2.2 Koordinering

Et kjennetegn ved habilitering og rehabilitering er at flere aktører arbeider sammen for å bistå brukeren til å nå sine mål. Dette innebærer et stort behov for koordinering av tjenestene. Det er utviklet flere verktøy for å lykkes med slik koordinering. Først og fremst er kommunene pålagt å ha en koordinerende enhet¹¹. Enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Å utvikle rutiner og møteplasser for samhandling, informasjon og kompetanseutvikling på tvers av fag, nivåer og sektorer anses som enhetenes kjernevirksomhet.

Individuell plan og koordinator er verktøy for å oppnå god koordinering rundt den enkelte bruker. Den enkelte bruker har rett til å få utarbeidet en individuell plan¹² og kommunen har plikt til å sørge for dette¹³. Formålet er både å sikre koordinering og helhet i tilbudet, men også sørge for at brukeren selv er aktivt medvirkende. Koordinator er en tjenesteyter som skal sikre nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet samt framdrift i arbeidet med individuell plan. Koordinator oppnevnes i forbindelse med individuell plan, men skal også tilbys selv om vedkommende takker nei til individuell plan.

Tverrfaglige koordineringsmøter er gode arenaer for å sikre samordning og i noen tilfeller kan det være hensiktsmessig å etablere en tverrfaglig koordineringsgruppe, ofte kalt for ansvarsgruppe. Dette er arenaer brukeren selv deltar på.

2.3 Brukermedvirkning

Viktigheten av brukermedvirkning ble understreket ved oppstarten av arbeidet med å utarbeide habiliterings- og rehabiliteringsplanen for Melhus kommune. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke. Det handler om at pasienter og brukere skal ha innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet¹⁴, og skjer når brukeren på individnivå og brukerorganisasjonene på tjeneste- og systemnivå deltar i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak. Brukermedvirkning har alltid to formål. Det ene er å kvalitetssikre det endelige tilbudet. Det andre er å sikre deltagelse i egen prosess.

Det er et politisk mål at helsetjenestene skal bli mer brukerorienterte og at pasientens behov skal være styrende for utviklingen av helsetjenestene. Det kan være nyttig å betrakte brukermedvirkning ut fra tre ulike nivå.

Lov om pasient- og brukerrettigheter¹⁵ regulerer brukermedvirkning på **individnivå**. Det innebærer at den som benytter seg av et tjenestetilbud skal medvirke i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til enhver tid måtte være tilgjengelige. Dette vil igjen innebære økt mestring og kontroll over eget liv. Retten til individuell plan ved behov for langvarige og koordinerte tjenester hjemles også i denne loven. Tjenestene skal ta utgangspunkt i brukerens egne mål.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten regulerer brukermedvirkning på **tjenestenivå**. I forskriften står det at virksomheter er pliktig til å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, bruker og pårørende.¹⁶

¹¹ https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/KAPITTEL_3#§6

¹² https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/KAPITTEL_5#§16

¹³ https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/KAPITTEL_5#§18

¹⁴ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2001-22/id143931/>

¹⁵ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

¹⁶ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester¹⁷ regulerer brukermedvirkning på **systemnivå**. Her står det at kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Dette skjer gjennom brukerutvalg, møter, høringer og deltakelse i prosjekter.

2.4 Framskrivning av behov

Statistisk sentralbyrå antar at folketallet i Melhus vil øke med ca. 28 prosent fram til 2040. Det vil bli betydelig flere av de eldste eldre (over 80 år). Dette gjør at tjenestebehovet i pleie og omsorg er forventet å øke med ca. 93 prosent fram til 2040. De øvrige store sektorene i kommunen, som barnehage og grunnskole, er forventet å ha en vekst på 15–20 prosent. Behovet for rehabiliterende tjenester vil øke i takt med økende antall eldre.

Samhandlingsreformen og primærhelsemeldingen fører til at flere av innbyggernes behov for helse- og omsorgstjenester skal ivaretas i kommunene. Melhus har de siste årene fått ansvaret for nye pasientgrupper og brukere med mer komplekse behov for rehabilitering. Denne utviklingen er forventet å øke de nærmeste årene.

Agenda Kaupangs analyser viser at kommunen allerede innen få år vil få en sterk økning i behov for ulike typer boliger til mennesker med utviklingshemming/utviklingsforstyrrelser. I løpet av 12–15 år er behovet estimert til å kunne øke med 92 prosent sammenliknet med dagens behov.

Befolkningsveksten i Melhus er størst i aldersgruppen 67–79 år. Dette gir både mulighet for flere ressurser inn i det frivillige arbeidet og vil utfordre dagens tradisjonelle tankesett og tjenestetildeling. Behovet for godt forebyggende og helsefremmende arbeid for denne aldersgruppen vil øke dersom kommunen skal hindre at «de unge eldre» skal belaste omsorgstjenestene mer enn nødvendig. Veksten i denne aldersgruppen vil også gi et økt behov for kurative tjenester innen muskel-/skjelettlidelser.

¹⁷ https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3

3 Arbeidet med planen

Melhus kommune valgte å bruke Agenda Kaupang til å bistå i utarbeidelse av planen. Arbeidet ble organisert som et prosjekt med en arbeidsgruppe og en høringsgruppe i kommunen. Det ble tidlig i arbeidet avklart at rehabilitering for brukere der psykisk helse og rus er hovedutfordringen ikke skal være en del av denne planen.

Arbeidsgruppen bestod av:

- ▶ Grethe Skurdal, enhetsleder korttidsavdelingen på Buen
- ▶ Anne Kari Stubsjøen, fysioterapeut Aktivitet og Bevegelse
- ▶ Veronica Skjønberg, fagansvarlig Melhus sansesenter
- ▶ Bente Vikran Ingebretsen, konstituert enhetsleder helsestasjon og skolehelsetjenesten
- ▶ Elisabeth Heggheim, virksomhetsleder Aktivitet og bevegelse
- ▶ Lill-Mari Leinum, saksbehandler Forvaltningskontoret
- ▶ Torgrim Bolme, enhetsleder Rådhusvegen bofellesskap
- ▶ Randi Havdal, hjemmebaserte tjenester
- ▶ Prosjektleder og ansvarlig konsulent fra Agenda Kaupang har vært Eilin Ekeland.

Det har vært fire møter med arbeidsgruppen.

Høringsgruppen har vært:

- ▶ Trude Wikdahl, ass. rådmann
- ▶ Elisabeth Heggheim, virksomhetsleder Aktivitet og bevegelse
- ▶ Cecilie Hatlenes, Folkehelse
- ▶ Inger Marie Jektvik Aarstad, virksomhetsleder Familie og forebygging
- ▶ Vigdis Byre, virksomhetsleder Institusjonsbaserte tjenester
- ▶ Anne Solberg Jøraandstad, virksomhetsleder hjemmebaserte tjenester
- ▶ Kjersti Stenvig, virksomhetsleder Bo og avlastning
- ▶ Sonja Heggvold Engan, Hjemmebaserte tjenester
- ▶ Gry Marit Landmark, Utviklingsseksjonen

Det har vært avholdt ett møte med høringsgruppen.

Arbeidet med planen tok utgangspunkt i analysen som allerede var gjort av Agenda Kaupang i forbindelse med gjennomgangen i Aktivitet og bevegelse og tjenestene for funksjonshemmede. Videre ble det arrangert en workshop med ansatte og brukere innen habiliteringsfeltet med 14 deltakere, en workshop med ansatte og brukere innen rehabiliteringsfeltet med 21 deltakere, samt et eget brukermøte på ettermiddagstid med 15 deltakere.



Figur 3-1 Fra workshop-arbeidet

Det ble gjennomført gruppearbeid på workshopene for å identifisere manglende tilbud og manglende samhandling. Brukermøtet hadde en mer åpen agenda. Målet var å få frem gode og mindre gode erfaringer sett fra den enkeltes ståsted.

Prosjektleder hadde en egen samtale med leder for tildelingskontoret og en telefonsamtale med samhandlingsdirektør Tor Åm på St. Olavs Hospital.

4 Dagens situasjon i Melhus

4.1 Dagens koordineringsfunksjoner

Koordinerende enhet

Fram til høsten 2017 har Aktivitet og bevegelse hatt funksjonen som koordinerende enhet. Rutinen har vært at den virksomhet som først får kontakt med en person med sammensatte behov, etablerer det tverrfaglige samarbeidet rundt bruker. Virksomhetsleder i Aktivitet og bevegelse har vært «fast adresse» i alle andre saker. Med begrensede ressurser har det vært utfordrende å utføre utviklingsoppgaver, og funksjonen har i praksis begrenset seg til å være denne faste adressen samt å holde oversikt over individuelle planer.

Kommunen har nå opprettet et forvaltningskontor som skal være «døra inn» til kommunale tjenester og har vedtaksmyndighet på tildeling av ulike omsorgstjenester. Enheten har 5 årsverk knyttet til saksbehandling. Tildeling av tjenester til psykisk utviklingshemmede og psykisk helse og rus ligger foreløpig ikke til kontoret.

Fra 1. oktober 2017 er rollen som koordinerende enhet flyttet til forvaltningskontoret, men det er foreløpig ikke gjort endringer i rutiner eller utvidet arbeidsoppgaver knyttet til rollen som koordinerende enhet. Det er heller ikke tilført ressurser til formålet.

Det er en generell utfordring for de fleste kommuner at tjenesteutøvere kvier seg for å ta på seg rollen som koordinator. Dette er også påpekt som en utfordring i Melhus. Innen boliger for psykisk utviklingshemmede har de god erfaring med både å være koordinatorene og lage/oppdatere individuelle planer. Når det gjelder de andre virksomhetene er det tyngre å finne koordinatorene. Forvaltningskontoret har et ønske om å få på plass en avtale med de ulike virksomhetene i kommunen slik at kontoret har myndighet til å utnevne koordinator. Det er også planer om kursing av koordinatorene med oppstart våren 2018. Et klart mål er å trygge koordinatorene i rollen.

Tverrfaglig team

I tillegg til de lovpålagte koordineringsfunksjonene, har Melhus kommune etablert «tverrfaglig team». Dette er team bestående av ledere innen de virksomheter som er involvert i brukerens habilitering/rehabilitering og kan beslutte ressursbruk og prioriteringer. Det har vært mange lederskifter i kommunen siden dette ble opprettet, og kartleggingen viser at teamene ikke lenger fungerer helt etter intensjonen. For eksempel hender det at det ikke er leder med beslutningsansvar som kommer på møtene, og dermed faller myndigheten til møteforaet bort.

4.2 Analyser gjennomført av Agenda Kaupang

Forut for arbeidet med en habiliterings- og rehabiliteringsplan i Melhus, har Agenda Kaupang bistått Melhus kommune med en gjennomgang av økonomi og tjenesteorganisering i deler av helse- og omsorgstjenesten. Bestillingen gjaldt rus- og tiltakstjenesten, psykisk helsearbeid, Melhus Arbeidssenter, Bo- og avlastningstjenesten og Aktivitet og bevegelse. Det ble også foretatt en framskrivning av behov for institusjonsplasser og boliger med heldøgns omsorg. Resultatene fra den gjennomgangen ligger til grunn for arbeidet med habiliterings- og rehabiliteringsplanen. Rapporten er tidligere oversendt kommunen, men vi gjengir her noen av de viktigste funnene som er relevant for habiliterings- og rehabiliteringsplanen.

- ▶ Det vi ser på som den største utfordringen i Melhus, er liten kraft i rehabiliteringstilbudet. Det er lite intensitet i opptreningen både når det gjelder barn og voksne, og det tverrfaglige samarbeidet rundt særlig eldre brukerne synes ikke strukturert og er for personavhengig.
- ▶ Hjelpemiddelformidlingen har betydelig forbedringspotensial
- ▶ Manglende kapasitet ved Melhus arbeidssenter gjør at noen brukere ikke får det tilbudet de er i behov av/ønsker.
- ▶ Det vil være et stort behov for boliger til mennesker med psykisk utviklingshemning i tiden fremover.

Lite kraft i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet

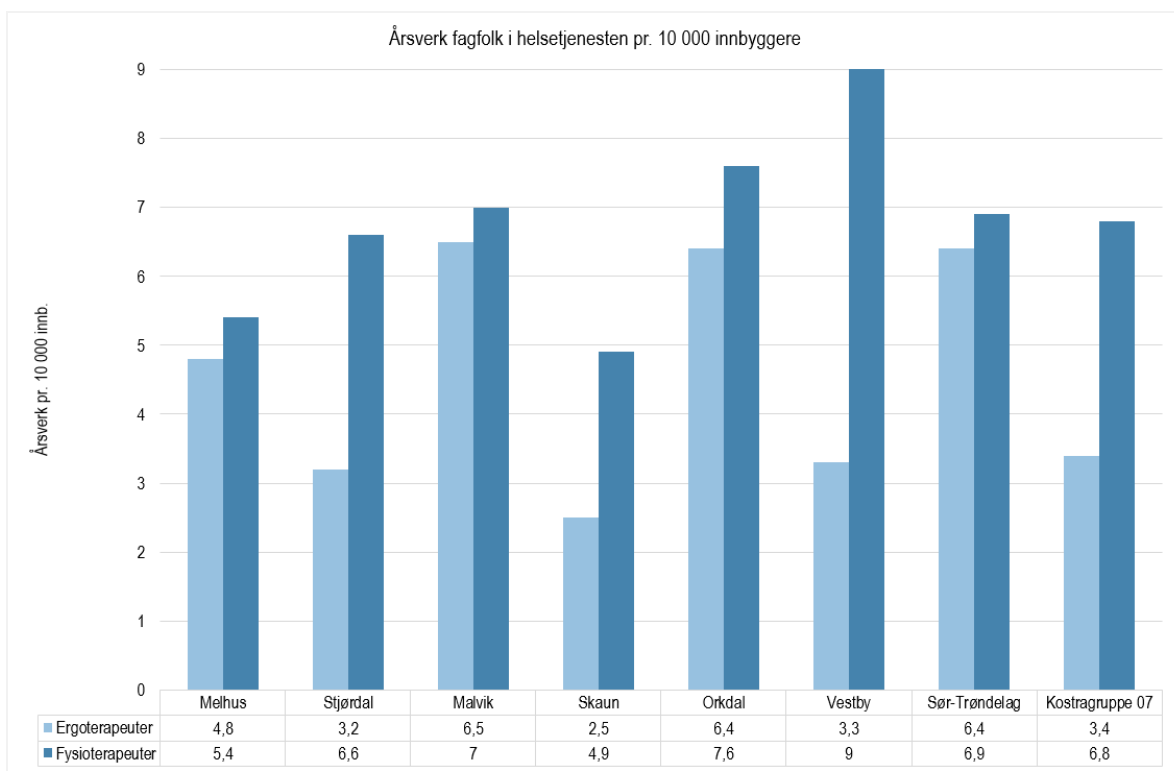
Som en del av kartleggingen i Melhus ble det foretatt en elektronisk spørreundersøkelse. Spørsmål om virksomheten Aktivitet og bevegelse ble sendt til 60 personer og besvart av 82,8 prosent av disse. Hovedfunnet fra undersøkelsen viser forbedringspotensial innen rehabilitering, rapportert både fra fysio- og ergoterapeutene og fra resten av tjenesteapparatet.

Rapporten fra Agenda Kaupang viser også at det er et betydelig forbedringspotensial i implementering av rehabiliteringstankesettet i kommunens tjenesteapparat. Det samme er ikke like tydelig identifisert som et problem innen habiliteringsarbeidet.

Rehabiliteringspasienter i alle sykehjemsavdelinger gir faglig redusert kvalitet og unødvendig forflytning for fysioterapeuter og ergoterapeuter fremfor dette samlet ett sted med dedikerte pleiere og med aktiv og god tilstedeværelse av fysioterapeuter og ergoterapeuter. Korttidsplass på sykehjem er for personer som i en overgangsperiode har omfattende pleiebehov som følge av akutt svikt eller sykdom, eller som i en overgangsperiode trenger trening/gjenopptrening eller avlastning. Melhus kommune har ikke registrert et bestemt antall plasser til korttidsplasser, men analysene viser at kommunen i snitt har brukt 11 plasser til formålet i 2016. Det er færre plasser enn i 2011. Analysene viser videre at Melhus kommune har ganske lange korttidsopphold, i gjennomsnitt 20 døgn. Dette kan være et uttrykk for at brukerne som har fått vedtak om korttid, egentlig er i behov av en langtidsplass. Men det kan også være et uttrykk for at den aktive opptreningen mange av disse brukerne skulle hatt, ikke er intensiv nok til å få god effekt raskt.

Lav dekning av fysioterapeuter og ergoterapeuter

Melhus har en lavere dekning av fysioterapeuter og muligens også av ergoterapeuter enn sammenlignbare kommuner. Virksomhetsleder oppgir at det er 2,8 årsverk ergoterapiressurser knyttet til habilitering/rehabilitering og forebyggende arbeid. Antall fysioterapitimer pr. uke pr. beboer på sykehjem er også lavt både i forhold til KOSTRA-gruppen Melhus tilhører og enkelte andre kommuner. Det vanskeliggjør god opptrening og aktivitetsfokus på institusjonene.



Figur 4-1 Antall fysioterapeuter og ergoterapeuter pr. 10 000 innbyggere. Kilde: KOSTRA 2016. Antall ergoterapeuter er inkludert ergoterapeuter som jobber som miljøarbeidere.

Både fysio- og ergoterapeutene jobber hovedsakelig via medhjelpere og fungerer dermed mest som veiledere. Fysioterapeuten eller ergoterapeuten gjennomfører selv lite trening med hvert habiliteringsbarn. Det samme gjelder voksne/eldre, og de fleste brukere som bor hjemme får bare ett besøk pr. uke. Under rehabiliteringsopphold på sykehjem opplever terapeutene at brukerne bare unntaksvis får faglig anbefalt dosering.

Lite effektiv hjelpemiddelformidling

Et viktig element i et habiliterings- og rehabiliteringsløp er hjelpemidler. Det er helt nødvendig at den enkelte bruker får tilpassede hjelpemidler for å opprettholde best mulig aktivitet og mestring. Varige behov dekkes av NAV, mens kommunen er ansvarlig for kortidsutlån. Når en bruker i Melhus har et varig behov for hjelpemidler, fungerer dette stort sett greit. Det er ergoterapeuter og fysioterapeuter som er ansvarlig for søknadsprosessen og utprøving, og NAV hjelpemiddelsentral kjører ut til kommunen.

Kortidsutlånet som er ekstra viktig tidlig i en rehabiliteringsprosess, fremstår derimot uklart. Det synes som om ansvaret er svært fragmentert både når det gjelder melding av behov, bestilling, rengjøring og oversikt over kommunens lager. Det er vaktmesterne som kjører hjelpemidlene ut til brukerne. Det er ingen elektronisk lagerføring av hvilke hjelpemidler som er på lager, og fysio- og ergoterapeutene opplever at de fysisk må gå på lageret for å se om et hjelpemiddel er tilgjengelig. De opplever at de bruker uforholdsmessig mye tid på dette, og er «de som redder situasjonen».

Brukermedvirkning, samarbeid og koordinering

Melhus kommune har etablert et eget forvaltningskontor som skal ivareta saksbehandling innen helse og omsorg gradvis fra 1.4.2017, med full drift fra 1.1.2018. Dette skal blant annet sikre at brukerne har én dør inn til tjenestene og opplever likebehandling og profesjonell saksbehandling. Rapporten fra Agenda Kaupang viser at det er fortsatt mange dører inn, særlig overfor målgruppen psykisk utviklingshemmede.

Samarbeid og reelt tverrfaglig innsats rettet mot rehabiliteringsbrukerne, særlig de som bor hjemme, synes svak. Rapporten beskriver ikke de samme manglene rundt samarbeid innen habiliteringsarbeidet rettet mot barn.

Rapporten viser at ansatte i Melhus kommune opplever at kommunen har lagt til rette for å ivareta brukermedvirkning. Denne rapporten har ikke kartlagt brukernes syn på dette.

Tilbud til mennesker med psykisk utviklingshemning

Gjennomgangen har vist at det gjøres mye bra arbeid i Melhus knyttet til denne brukergruppen. Hovedvekten av ansatte gir uttrykk for at de opplever at man yter gode tjenester. Den største utfordringen for Melhus kommune er den sterke forventede *økningen* i behov for ulike typer boliger og ulike helse- og omsorgstjenester. Økningen er formidabel, og inntreffer om kort tid.

En annen utfordring gjelder brukere med behov for dag- og aktivitetstilbud. Gjennomgangen kan tyde på at det pr. i dag ikke er avklart hvordan kapasitetsutfordringer skal håndteres i Melhus og at det er en noe ulik opplevelse av kapasiteten ved Melhus Arbeidssenter. Flere uttaler at mangel på tilrettelagt tilbud og kapasitet gjør at brukere som er i behov av dag- og aktivitetstilbud ikke får det tilbudet de trenger ved Melhus Arbeidssenter.

Rapporten viser at de fleste ansatte opplever at kommunen har et godt avlastningstilbud for dem som er i behov av dette, uavhengig av alder, og mange mener at en ytterligere satsing på avlastning kunne utsatt behovet for «tyngre» tjenester, som f.eks. boligtilbud med bemanning.

4.3 Oppsummering fra brukermøtet og workshop

Brukermøtet

På møtet med brukerne la deltakerne stor vekt på opplevelser av manglende koordinering av tjenestene og at «noen» tok et ansvar og var et sikkerhetsnett for dem.

Ingen fanget meg opp med ny diagnose, men det jeg har spurt etter selv har fungert

Flere pekte på behovet for noen som så deres behov når de akkurat hadde fått en diagnose eller en skade. De ønsket at noen kunne besvare spørsmål og hjelpe de videre med både å bearbeide egne reaksjoner og videre i hjelpeapparatet.

Pårørende til barn med funksjonshemming opplevde at mye fungerte i barnehagealder, og også i selve overgangen barnehage-skole. Derimot opplevde de at ansvaret smuldret opp utover i skolealder. Dette kunne skje selv om det formelt var oppnevnt både koordinator og opprettet en ansvarsgruppe.

Bra overgang til skole, men etter skolestart: nettet ble borte. Ble ansvarsgruppe men ikke trygt nett. Koordinator på papiret.

De voksne brukerne hadde de samme utfordringene knyttet til koordinering av tjenestene og at koordinator/primærkontaktrollen er svak. De rapporterte også at flere enkelttjenester som fysioterapi var mangelfulle. Tilbudet til brukere med komplekse problemstillinger oppleves ikke godt nok. Men det er også flere som har mange positive erfaringer på at både koordinering og deltjenestene fungerer.

Eldrerådet pekte på at de har fått mange henvendelser fra pårørende til personer med demens som etterlyser aktivitet og aktivisering for den brukergruppen. Brukerne pekte også på at hvis forvaltningskontoret skal være publikumsrettet og adressen for koordinerende enhet, må navnet endres.

Workshopene

Gruppearbeidet på workshopene gav det samme bildet som brukermøtet når det gjaldt koordinering. Det var enighet om at koordinatorfunksjonen ikke fungerer optimalt. Det kan også se ut som om koordineringen fungerer noe bedre for de yngste brukerne, i forhold til voksne og eldre der det virker noe mer tilfeldig. Det er likevel slik at tjenesteutøverne har ulike synspunkter og erfaringer med hva som fungerer godt og mindre godt.



Det er også ulikt fra brukereksempel til brukereksempel på hvilke tjenester og hvor mange tjenester som mangler. Det synes likevel tydelig som om mange tjenester fungerer greit for de yngste brukerne, men for psykisk utviklingshemmede og eldre brukere er det større mangler. Fysioterapi og ergoterapi blir etterlyst, logoped er man usikker på kapasiteten til. Lærings- og mestrings-tilbud blir etterlyst, og det samme gjelder dagtilbud.



4.4 Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten

Som omtalt i avsnittet om *Kommunen og spesialisthelsetjenesten* s. 8, har Helse Midt-Norge og kommunene i regionen konkretisert samarbeidet og utarbeidet en rapport med anbefalinger for både sykehus og kommunene. I tråd med lovverket er det også inngått samarbeidsavtale inkludert underliggende retningslinjer mellom St. Olavs Hospital og kommunene i Sør-Trøndelag samt samarbeidende kommuner¹⁸. Det er opprettet et politisk samarbeidsutvalg, et administrativt samarbeidsutvalg samt fagråd. Avtalen beskriver også saksgangen ved uenighet.

Det foreligger *Retningslinjer for samarbeid om tilbud til pasienter med behov for koordinerte tjenester* som bygger på Helsedirektoratets anbefalinger på ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommuner og helseforetak, beskrevet i *Kommunen og spesialisthelsetjenesten*, s. 8. Der er slått fast at ingen av partene (kommunen eller St. Olavs) alene kan definere hva som er kommunens eller helseforetakets ansvar, og heller ikke endre egen praksis på en måte som får konsekvenser for ansvars- og oppgavefordeling mellom partene uten at partene er kommet til enighet. Partene har en intensjon om at det ikke skal være ventetid på tjenester i overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

¹⁸ <https://stolav.no/Documents/Samarbeidsavtale%20kommuner.pdf>

I *Retningslinjer for samhandling vedrørende innleggelse, utskriving og overføring av pasienter*, skilles det mellom utskrivningsklar og utreiseklar pasient. En pasient er ikke utreiseklar før kommunen har mottatt helseopplysninger og sagt de er klare til å ta imot pasienten.

I *Retningslinjer for samarbeid om avvikshåndtering og kvalitetsforbedring* er rutiner for avvikshåndtering beskrevet.

I tillegg til den overordnede avtalen har St. Olavs og Melhus kommune inngått tjenesteavtale om *Praktiske retningslinjer for samhandling vedrørende innleggelse og utskriving av pasienter mellom Melhus kommune og St. Olavs Hospital*¹⁹.

Samhandlingsdirektør på St. Olavs Hospital, Tor Åm, bekrefter at St. Olavs ikke vil bygge ned sitt tilbud før kommunene har bygget opp, og sykehuset skal konferere med kommunene før endringer²⁰. Det har fram til nå heller ikke vært nedbygging i sengekapasitet. Når det gjelder avtalene med private aktører har det vært endringer, men ikke på samlet volum. Han påpeker samtidig at helsetjenesten står foran utfordringer, som må løses i dialog med kommunene.

4.4.1 Spesialisert habilitering og rehabilitering

Som beskrevet i *kapittel 2.1 Habilitering og rehabilitering*, s. 6, har både kommuner og spesialisthelsetjenesten ansvar innen habilitering og rehabilitering. Noen ganger i et tidsforløp, andre ganger er det behov for tjenester fra begge nivå samtidig. Det er felles inntak i Helse Midt for begge de to trøndelagsfylkene når det gjelder rehabilitering.

Noen kommuner velger å gå sammen om å etablere interkommunale rehabiliteringstilbud, eller kjøpe plasser til kommunal rehabilitering fra private rehabiliteringsinstitusjoner. Dette for å sikre tilbud for brukere som er kommunalt ansvar, men der det er utfordrende for kommunen å ha tilbudet i egen regi. Melhus kommune har ingen slike avtaler.

Dagens praksis i bruk av spesialisthelsetjenester

Habiliteringstilbud

Barn med medfødte diagnoser eller tidlig oppdagede problemer starter gjerne med diagnostisering og oppfølging fra St. Olavs Hospital. Etter diagnostisering og kartlegging overføres barnet til Habiliteringstjenesten for barn i Sør-Trøndelag som er lokalisert på Trondsletten habiliteringssenter. Her er barn til utredning, og får oppfølging av ulike fagpersoner. Noen har regelmessige kontroller, mens andre søkes inn på bakgrunn av problemstillinger som er definert i kommunen.

Ved sansetap eller utfordringer med adferd kobles Statped Midt inn. Hurdal kompetansesenter (drevet av Blindeforbundet) brukes også ved synstap. Ved psykiske plager blir barnet henvist til BUP. Barn og unge med sjeldne diagnoser kan også få oppfølging fra virksomheter som Habiliteringstjenesten i Hedmark, Frambu, Senter for sjeldne diagnoser på Rikshospitalet, Beitostølen eller Øverby kompetansesenter.

Når barnet fyller 18 år overføres det til Habiliteringstjenesten for voksne. De kan få tilbud på Distriktpsikiatrisk senter om problemene er av psykisk karakter.

¹⁹ <https://ekstranett.helse-midt.no/Samhandling/Dokumenter/Melhus%20-%20Praktiske%20retningslinjer%20for%20samhandling%20vedr%20innleggelse%20og%20utskriving.pdf>

²⁰ Samtale med Tor Åm 10. november 2017

Rehabiliteringstilbud

St. Olavs Hospital er ofte første instans innen rehabilitering med tanke på diagnostisering og igangsetting av tiltak. Spinalskadde får en lang periode på sykehuset. Unge slagpasienter kan få plass på Lian Rehabiliteringssenter (en del av St. Olavs), eldre har fått plass på Betania Malvik. Noen har blitt dagbrukere på Betania etter endt opphold. Kommunal akutt døgnplass er lokalisert i Trondheim, og Melhus disponerer noen plasser. De kan også initiere oppstart av rehabiliteringsarbeid.

Det har vært benyttet rehabiliteringsplasser på Selli rehabiliteringssenter i Klæbu, Meråker kurbad, Kastvollen på Inderøy i Nord-Trøndelag og Røros Rehabiliteringssenter. Ofte er brukerne tilbake i kommunen før slike opphold, og da er det fastlegen til den enkelte som må søke dem dit. I sjeldne tilfeller har kommunens innbyggere vært på Sunnås sykehus, Skogli rehabiliteringssenter på Lillehammer, Feiringklinikken eller Cato-senteret.

Nye avtaler fra 1. januar 2018

Det er nå inngått nye avtaler innen rehabilitering i Helse Midt-Norge.²¹ Det er avtale med 11 private virksomheter om 101 dagplasser og 232 døgnplasser. Avtalene trådte i kraft 1. januar 2018. Betania Malvik har fra 2018 ikke lenger avtale med Helse Midt, heller ikke Røros Rehabiliteringssenter.

Namdal Rehabilitering er en interkommunal virksomhet som har avtale med Helse Midt men der også eierkommunene bruker senteret til rehabilitering.

²¹ <https://helse-midt.no/nyheter/2017/private-rehabiliteringstjenester-tildelt>

5 Under utvikling i Melhus kommune

Korttidsavdeling/rehabiliteringsplasser

Det er besluttet å etablere egen korttidsavdeling på Buen med 16 plasser for alle brukere med vedtak om korttidsopphold. Planen er at 4–6 av disse plassene skal være forbeholdt rehabiliteringsopphold. Dette er i tråd med anbefalingen i rapporten til Helse Midt²² med 0,3–0,5 plasser pr. 1000 innbyggere.

Hverdagsrehabilitering/hverdagsmestring

Kommunen har også igangsatt hverdagsrehabilitering, og en kick-off av dette fant sted i slutten av oktober. Prosjektet har som visjon *Hundre år i eget hjem – aktiv i eget liv*. Formålet med prosjektarbeidet er å innarbeide helsefremmende og rehabiliterende strategier i helse- og omsorgstjenesten i Melhus. Det er opprettet et tverrfaglig team bestående av ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier med rehabiliteringskompetanse, hver med 50 % stilling i prosjektperioden. Teamet vurderer rehabiliteringsmuligheter hos den enkelte, planlegger, gjennomfører og evaluerer rehabiliteringsprosessen.



Figur 5-1 Hverdagsmestringssky i Melhus kommune

Oppfølging og opptrening foregår på brukerens naturlige arenaer, i hjemmet og i nærmiljøet. Det skal etableres tydelige samarbeidsrutiner med hjemmetjenesten i løpet av og/eller etter rehabiliteringsprosessen i forhold til oppfølging.

²² <https://helse-midt.no/Documents/2015/Prosjektrapport%20REHABILITERING%202014.pdf>

Hverdagsrehabilitering i Melhus kommune avgrenser seg i første fase til brukere som tilhører hjemmetjenesten i Nedre Melhus. Nye brukere av hjemmetjenesten vil være særdeles aktuelle. Det skal fattes vedtak på hverdagsrehabilitering og tildeles 6–8 ukers oppfølging i første omgang. Av dette brukes 1–2 uker til kartlegging og vurdering i forhold til om tilbudet er aktuelt.

Prosjektet er tenkt implementert i daglig drift fra januar 2019.

Velferdsteknologi

Det er etablert et prosjekt om velferdsteknologi sammen med Midtre Gauldal og Skaun²³. En overordnet målsetting er at hverdagsmestring skal prege alle tjenester og at velferdsteknologi inngår som en integrert del av tjenestetilbudet i helse- og omsorgstjenestene i Melhus, Midtre Gauldal og Skaun. Man ønsker å benytte velferdsteknologiske løsninger for å støtte opp under hverdagsmestring.

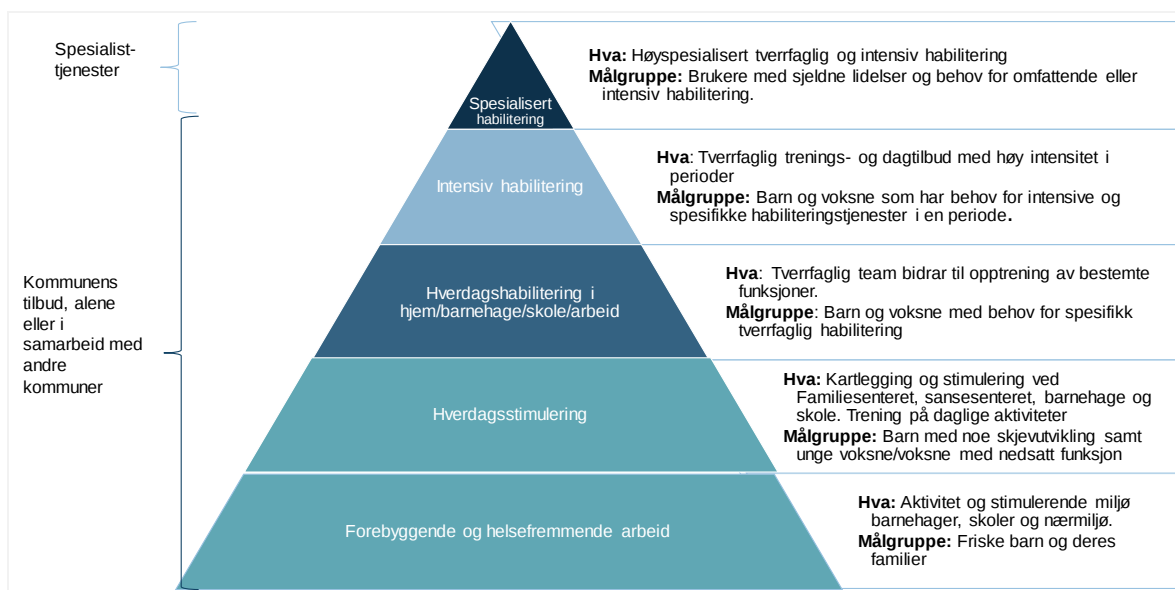
Prosjektperioden er 2017–2020 og det satses i første omgang på å ta i bruk elektroniske multidosedispensere, elektroniske dørlåser og elektroniske kjøreruter.

²³ <http://www.melhus.kommune.no/ato/esao/ff/document/prosjektskisse-trygg-og-aktiv-i-eget-liv.903911.a0bb1e7e66.pdf>

6 Oppsummering og analyse

6.1 Habilitering

Arbeidsgruppen har på bakgrunn av rehabiliteringspyramiden i *Figur 2-1* utarbeidet en habiliteringspyramide for Melhus kommune. Dette for å synliggjøre tiltakene Melhus har, og hvilke målgrupper og nivå i pyramiden tiltaket er rettet inn mot. Tiltakene er uavhengig av om brukeren bor i eget hjem med eller uten foresatte, eller i omsorgsbolig.



Figur 6-1 Habiliteringspyramiden i Melhus kommune. Pyramiden er uavhengig av om bruker bor hjemme hos foreldre, i egen bolig eller i omsorgsbolig med bemanning

Forebyggende og helsefremmende arbeid

Et godt forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot alle friske barn og deres foreldre ligger til grunn for all habiliteringsarbeid. Det handler om gode nærmiljø som stimulerer til mestring og aktivitet, og barnehager og skoler der utvikling, mestring og aktivitetsglede blir ivarettatt. I tillegg innebærer det organisert aktivitet i frivillig sektor; speider, idrettslag, friluftaktiviteter osv.

Hverdagsstimulering

Noen barn trenger litt ekstra stimuli i hverdagen. Det er barn som ser ut til å ha noe skjevutvikling eller seinere utvikling sammenlignet med et gjennomsnitt. For disse barna og for deres foreldre vil det være behov for en litt grundigere kartlegging enn rutineundersøkelsen på helsestasjon og den kontinuerlige observasjonen som skjer i barnehage og skole. De vil så trenge et nettverk rundt har et spesielt fokus på stimulering og på å mestre de daglige aktivitetene. Melhus kommune har også tilbud i regi av Familiesenteret og sansesenteret for disse barna.

En slik hverdagsstimulering er også svært viktig for voksne habiliteringsbrukere og handler om å bli stimulert til å mestre daglige aktiviteter ut fra egne forutsetninger. Det kan være personlig hygiene, holde orden i boligen, lage mat og vaske klær eller utføre en jobb.

Hverdagshabilitering

Neste trinn som vi har kalt hverdagshabilitering krever tettere oppfølging av personell med spesialisert kompetanse. Målgruppen er barn med definert skjevutvikling med eller uten diagnose. Barna har behov for spesifikk opptrening eller behandling, og familien har behov for veiledning og

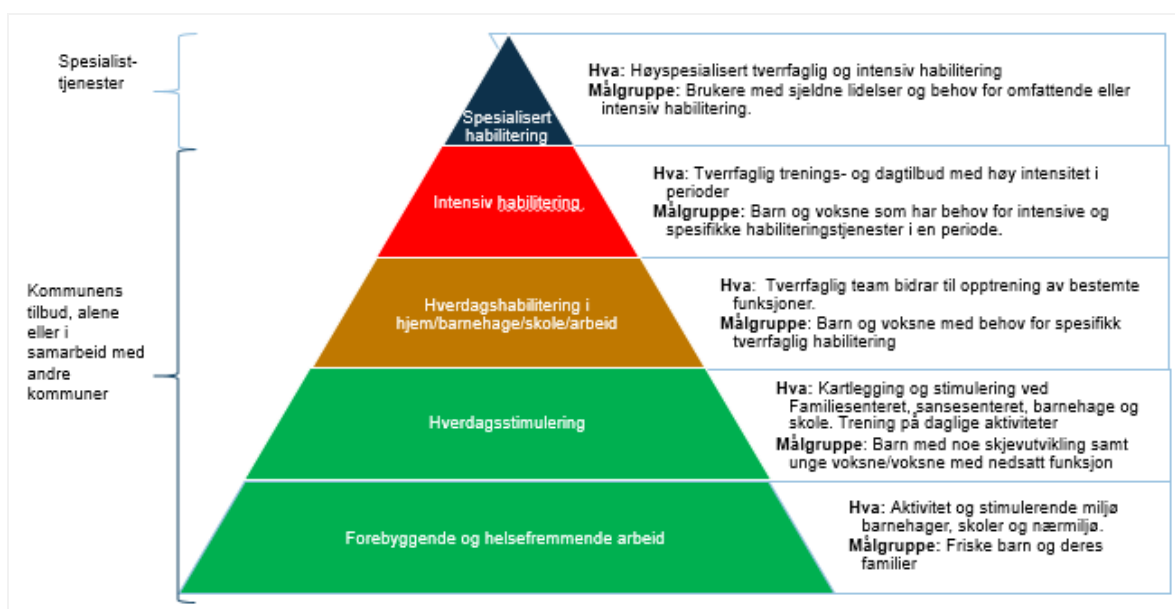
kanskje avlastning. Tjenesteyterne må ha spesialisert kompetanse som fysioterapeut, ergoterapeut, logoped, spesialpedagog, psykolog, vernepleier etc. Hverdagshabiliteringsarbeidet må være en integrert del av barnets barnehage-/skoletilbud.

Intensiv habilitering

Intensiv habilitering har mange likhetstrekk med hverdagshabilitering, men treningen har høy intensitet i perioder. For et barn kan det være viktig å oppnå et løft i funksjon på et bestemt område. Dette kan være språk, motorikk eller renslighet. En slik arbeidsform innebærer også å ha lavere intensitet i andre perioder. Erfaring fra toppidrett tilsier at det ikke er hensiktsmessig å ha samme intensitet på trening hele året, år etter år, slik man ofte gjør innen habiliteringsarbeidet.

Vurdering av habiliteringstilbudet i Melhus kommune

På bakgrunn av analysene, workshopene og brukermøtet har arbeidsgruppa for habiliterings- og rehabiliteringsplanen gjort en vurdering av de ulike delene av habiliteringspyramiden i Melhus, se Figur 6-2. Vi har kun vurdert de delene som er kommunen sitt ansvarsområde, og de delene av pyramiden som fungerer tilfredsstillende er farget grønt. De områdene der det trengs forbedring er farget oransje, og der tilbudet mangler eller ikke er tilfredsstillende, er det farget rødt.



Figur 6-2 Habileringspyramiden i Melhus med vurdering av de ulike trinnene. **Grønt:** tilfredsstillende, **oransje:** trenger forbedring, **rødt:** ikke god/ikke eksisterende

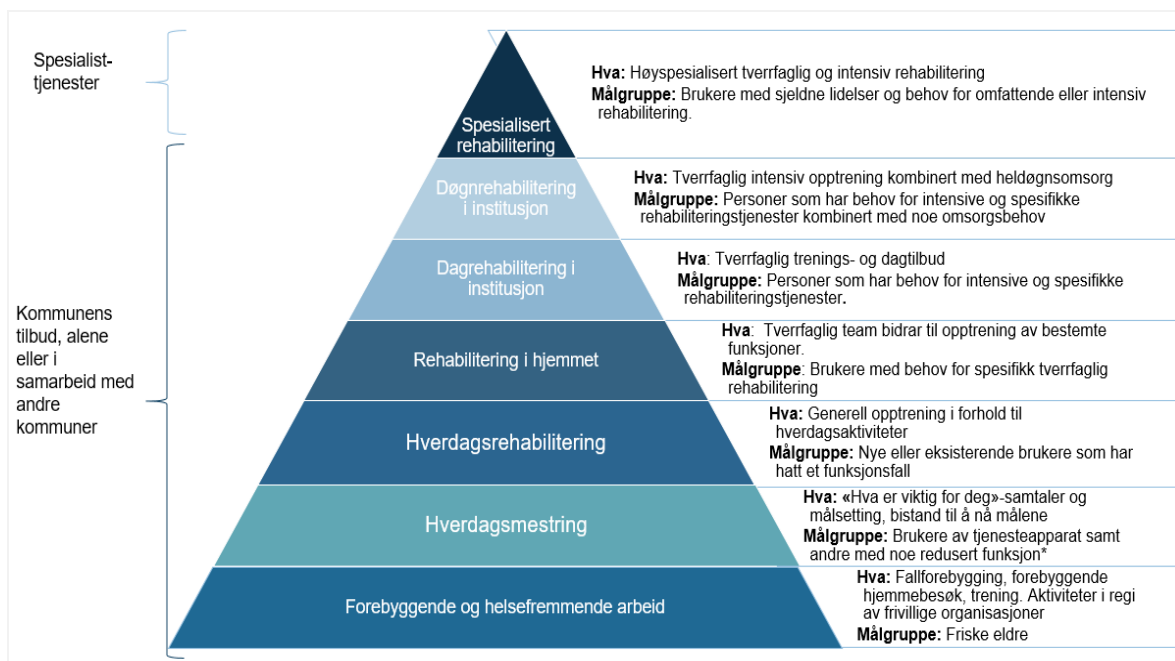
Det forebyggende arbeidet rettet mot alle barn og deres familier ser ut til å fungere tilfredsstillende. Det samme gjelder hverdagsstimulering i barnehage, på skole, og i boliger for funksjonshemmede. Tilbud fra sancesenteret, familiesenteret, og fysio- og ergoterapitjenesten bidrar sammen med foreldre og pårørende, pedagogisk personell og personell i boliger til dette.

Arbeidsgruppa vurderer at det er behov for forbedring innenfor det vi har kalt hverdagshabilitering. Godt tverrfaglig samarbeid med felles mål og en høy nok intensitet i treningen til å oppnå effekt, er trukket fram som forbedringsområder.

Melhus kommune har ikke et system for å gi hverken barn eller voksne perioder med intensiv trening. Tjenesten rapporterer selv at man lykkes med å ha en høyere intensitet i treningen i en periode etter et kirurgisk inngrep, ved endring i medisinske forhold osv. Utover disse situasjonene er arbeidsformen lite brukt for å oppnå et løft i funksjon.

6.2 Rehabilitering

På tilsvarende måte som innenfor habiliteringsområdet har arbeidsgruppen utarbeidet en rehabiliteringspyramide for Melhus kommune, se *Figur 6-3*.



Figur 6-3 Rehabiliteringspyramiden i Melhus kommune

Forebyggende og helsefremmende arbeid

Til grunn for alt rehabiliteringsarbeid ligger et godt forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot alle friske eldre. I Melhus innebærer dette et systematisk fallforebyggende arbeid, forebyggende hjemmebesøk og trening og aktiviteter i regi av frivillige organisasjoner.

Hverdagsmestring

For brukere som står i fare for eller er i ferd med å få nedsatt funksjon blir hverdagsmestring viktig. Det handler om å opprettholde funksjon på viktige områder og oppleve mestring på tross av noe redusert generell funksjon. Utgangspunktet er hva som er viktig for den enkelte. Noen opplever for eksempel glede og inspirasjon ved å kunne handle matvarer selv. Det gir lyst til å lage mat og man kan selv velge hva man skal ha til middag. Da er det helt nødvendig at hjelpere rundt, både pårørende og tjenesteytere, ser hvordan man kan opprettholde denne funksjonen i stedet for å gå i «hjelpfella». Målgruppen for dette nivået i pyramiden er både bruker selv og dens pårørende.

Hverdagsrehabilitering

Neste trinn er hverdagsrehabilitering. Her er brukerne personer som har hatt et generelt funksjonsfall, men med potensial til å kunne oppnå tidligere funksjon. Tiltakene er generell opptrening, fortsatt med utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte. Forskjellen mellom dette nivået og hverdagsmestring er mer systematisk opptrening med fokus på hverdagsaktiviteter. Tjenesteutøverne er personell i hjemmetjenesten, med veiledning av fysio- og ergoterapeut.

Rehabilitering i hjemmet

Neste trinn som vi har kalt rehabilitering i hjemmet, krever mer spesialisert kompetanse. Målgruppen er brukere med behov for spesifikk opptrening eller behandling i forbindelse med sykdom og skade. Brukerne kan også være personer som selv kan oppsøke fysioterapiinstitutt for trening og behandling. Tjenesteyterne må ha noe spesialisert kompetanse som fysioterapeut,

ergoterapeut, evt. logoped, sykepleier med rehabiliteringskompetanse etc. I tillegg kan generelle hjemmetjenester være aktuelt.

Dagrehabilitering i institusjon

Noen brukere har hatt et så stort fall i funksjon at de også vil trenge omsorgstjenester, treningen bør ha høy intensitet, og sosial aktivitet og måltider er en viktig del av rehabiliteringen. Da vil et dagrehabiliteringstilbud være riktig. Brukeren bor hjemme, men reiser daglig eller flere ganger i uka til et rehabiliteringstilbud. Dette tilbudet består av spesialisert trening, både individuelt og i grupper, samt sosial aktivitet og tilbud om måltider. Ved at brukeren bor hjemme, opprettholdes daglig funksjon og hverdagslivets krav, noe som er viktig i en rehabiliteringsprosess.

Døgnrehabilitering i institusjon

Øverst på den kommunale delen av rehabiliteringspyramiden er døgnbasert rehabilitering. Dette er et tilbud til brukere som i tillegg til behov for opptrening, har et såpass stort omsorgsbehov at de trenger døgnbemannet tilsyn/behandling.

Helsedirektoratet anbefaler at kommunene sikrer døgntilbud innen rehabilitering innen to kategorier²⁴:

- ▶ Generell, enkel, døgnrehabilitering gjennom korttidsplasser i sykehjem
- ▶ Intensivt tilbud i kommunal eller interkommunal rehabiliteringsinstitusjon/ rehabiliteringsavdeling

Forskning på effekt av rehabilitering i kommunal rehabiliteringsinstitusjon sammenlignet med ved korttidsplasser i sykehjem viser at det førstnevnte er mer kostnadseffektivt for kommunen og gir bedre resultat for pasientene²⁵. Noen av suksessfaktorene var eget tverrfaglig personell og tverrfaglig vurdering av søknadene. Det ble også utarbeidet detaljert plan for oppholdet som brukeren hadde sterk innflytelse på med mål, tiltak og evaluering. En la vekt på et stimulerende, aktivt og sosialt miljø der også likemannsarbeid ble benyttet. Hjemmebesøk var også en fast del av opplegget. Totalt gir åtte rehabiliteringsplasser, som kan behandle 128 pasienter i året, en *besparelse på over 10 millioner kroner for kommunen*²⁶. Halvannet år etter behandlingen har rehabiliteringspasientene over 30 prosent lavere behov for sykehjems plass enn det nasjonale gjennomsnittet.

Basert på denne kunnskapen og dialog med kommunene, anbefaler man i rapporten fra arbeidet i Helse Midt at de største kommunene oppretter egne kommunale rehabiliteringsavdelinger framfor å integrere døgnrehabilitering med øvrige tilbud i sykehjem. Der befolkningsgrunnlaget ikke gir rom for egne rehabiliteringsavdelinger, anbefales interkommunalt samarbeid eller kjøp av tjenester i private rehabiliteringsinstitusjoner. Øremerkede plasser i korttidsavdelinger (evt. gjennom interkommunalt samarbeid) kan være en løsning i mindre kompliserte tilfeller og i tilfeller der nærhet til hjemmet er særlig viktig.

Vurdering av rehabiliteringstilbudet i Melhus kommune

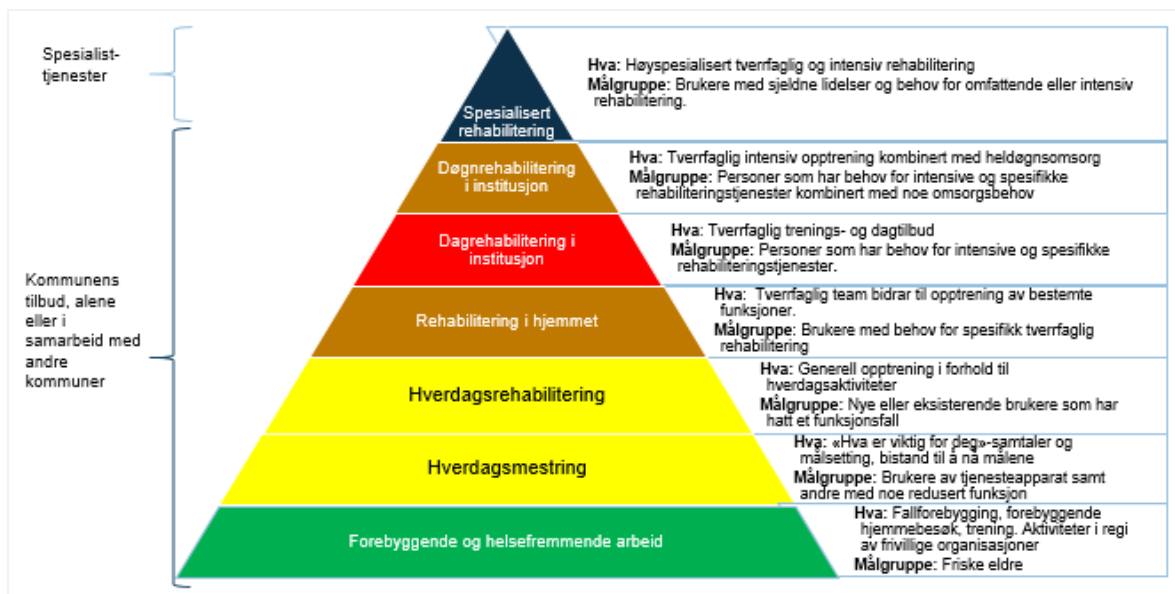
På bakgrunn av analysene, workshopene og brukermøtet har arbeidsgruppa for habiliterings- og rehabiliteringsplanen gjort en vurdering av de ulike delene av rehabiliteringspyramiden som er Melhus sitt ansvarsområde, se *Figur 6-4*. De delene av rehabiliteringspyramiden som fungerer

²⁴ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=tjenestetilbudet-habilitering-og-8139>

²⁵ Johansen, Inger, Lindbæk, Morten, Stanghelle, Johan K, Brekke, Mette (2012): *Structured community-based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard primary health care rehabilitation – an open comparative study. Disability & Rehabilitation*, 2012; 34(24): 2039–2046

²⁶ <https://helse-midt.no/Documents/2015/Prosjektrapport%20REHABILITERING%202014.pdf>

tilfredsstillende i Melhus, er farget grønt. Områder under utvikling er merket gult. De områdene der det trengs forbedring er farget oransje, og der tilbudet mangler eller ikke er tilfredsstillende, er det farget rødt.



Figur 6-4 Rehabiliteringspyramiden i Melhus med vurdering av de ulike trinnene. **Grønt:** tilfredsstillende, **oransje:** trenger forbedring, **gult:** under utvikling, **rødt:** ikke god/ikke eksisterende

Kommunen har et godt tilbud innen fallforebyggende arbeid, og har mange frivillige organisasjoner som tilbyr trening og ulike sosiale aktiviteter. Det er også innført forebyggende hjemmebesøk. Arbeidsgruppen vurderer at det nederste trinnet i pyramiden er godt dekket i Melhus.

Når det gjelder hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering, er begge deler under utvikling. Pårørende er viktig for ikke å gå i «hjelpfella», derfor har vi i pyramiden inkludert brukere utover tjenesteapparatets brukere. Kartleggingen viste at det kan være uklareheter mht. hva som er hverdagsmestring, hverdagsrehabilitering og hjemmerehabilitering i Melhus. Arbeidsgruppen mener det er viktig i dette utviklingsarbeidet at man poengterer og tydeliggjør nyansene og hvem som gjør hva innen hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Begge nivåene krever en kulturendring fra «hva kan jeg hjelpe deg med» til «hva er viktig for deg å beherske, og hvordan kan jeg støtte deg for å oppnå det». En slik kulturendring i en stor tjeneste er krevende, og vil trenge et tydelig fokus.

Når det gjelder rehabilitering i hjemmet, viser kartleggingen at dette er et tilbud som fungerer. Det ser likevel ut til at det er et forbedringspotensial her. Behovet for forbedring gjelder særlig reell tverrfaglig innsats og at brukeren selv definerer målene med rehabiliteringsløpet.

Melhus kommune har ikke et dagrehabiliteringstilbud slik vi omtaler denne type tilbud på s. 27. For å oppnå god ressursutnyttelse, vil det være viktig å få på plass et slikt tilbud. Dette kan med fordel samlokaliseres med døgnrehabiliteringstilbudet for å utnytte ressursene godt og få et kraftsenter for kommunal spesialisert rehabilitering. Ved å etablere et dagrehabiliteringstilbud, vil man kunne redusere behovet for døgnrehabiliteringstilbud noe.

Døgnrehabiliteringstilbudet er under utvikling i form av sentralisering på Buen. Det er viktig å bemanne denne avdelingen med personell med spesiell interesse og kompetanse innen rehabilitering, og med tilstrekkelig fysio- og ergoterapitjenester. Begge deler er viktig for å kunne ha høy intensitet på treningen, treningen tilpasset den enkelte bruker, og at all hverdagsaktivitet som personlig hygiene, påkledning og måltider er preget av opptrening og mestring. Avdelingen må kunne knytte til seg annet personell som sosionom, psykolog og logoped.

Det vil med jevne og ujevne mellomrom være brukere som har relativt komplekse problemstillinger og behov for et ganske spesialisert og intensivt tilbud, men som fortsatt vil være kommunalt ansvar. I rapporten «Rehabilitering Midt-Norge» (2014)²⁷ anbefaler man et befolkningsgrunnlag på fra 40–60 000 innbyggere for å sikre et økonomisk og faglig grunnlag for drift av et slikt intensivt døgnerhabiliteringstilbud. Et slikt befolkningsgrunnlag er det ikke i Melhus og kommunen vil i disse tilfellene måtte kjøpe et tilbud på en rehabiliteringsinstitusjon eller etablere et tilbud i samarbeid med andre kommuner.

6.3 Koordinering

Kartleggingen, og særlig møtet med brukerrepresentantene, viste at det er betydelig forbedringspotensial i koordinering av tjenestene i Melhus kommune. Brukere og pårørende har opplevd at tjenesteutøvere har kviet seg for å være koordinator, at de selv har måttet koordinere egne tjenester, at tryggheten ved et samlet støtteapparat har smuldret opp osv. For barna er det særlig sårbart ved overganger: overgang barnehage-skole, grunnskole-videregående skole og ikke minst fra videregående skole til arbeidsliv.

Det viser seg også at brukere med mindre komplekse problemstillinger står i fare for ukoordinerte forløp. Dette kan være brukere som selv oppsøker for eksempel behandlende fysioterapeut, fastlege og har behov for spesialisthelsetjenesten i periode.

Den tredje sårbare brukergruppen er eldre personer. Det reelle tverrfaglige samarbeidet virker mindre etablert innen rehabilitering etter sykdommene og skadene som typisk rammer den voksne aldersgruppen, slik som lårhalsbrudd, KOLS, hjerneslag osv. enn innen habiliteringsarbeidet for barn.

²⁷ <https://helse-midt.no/Documents/2015/Prosjektrapport%20REHABILITERING%202014.pdf>

7 Målsetting

Det er brukeren som skal oppleve gode tilbud. Arbeidsgruppen mener derfor at kommunens plan bør ha målsettinger om hva innbyggerne skal oppleve. Basert på disse målene, har vi utarbeidet mål for kommunens tjenesteapparat.

For alle brukere mener arbeidsgruppen at kommunen skal bidra til *både* gode enkelttjenester og at disse tjenestene henger sammen.

På bakgrunn av kartleggingen, workshopene og den analysen som er beskrevet i *kapittel 6 Oppsummering og analyse*, forslår arbeidsgruppen derfor følgende målsetting for habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet i Melhus kommune:

Melhus kommune skal alene eller sammen med andre ha en struktur og et tjenestetilbud som bidrar til at:

- ▶ Alle barn og deres familier med medfødt eller tidlig ervervet skade eller sykdom opplever
 - Å selv sette mål for habiliteringsforløpet
 - Å ha en kontaktperson som koordinerer tiltak
 - Å få målrettede og tilpassede tjenester/opptrening/stimuleringstiltak som fungerer sammen og som bidrar til best mulig funksjon
- ▶ Alle unge voksne og voksne med medfødt eller tidlig ervervet skade eller sykdom opplever
 - Å selv sette mål og definere hva som er viktig
 - Å ha en kontaktperson som koordinerer tiltak
 - Å få målrettede og tilpassede tjenester som fungerer sammen og som bidrar til et godt og meningsfylt liv og god mestring
- ▶ Alle innbyggere som kontinuerlig eller i en periode i livet har behov for rehabilitering skal oppleve
 - Å selv sette mål for rehabiliteringsforløpet
 - Å ha en koordinator som koordinerer tiltak
 - Å få målrettede og tilpassede tjenester/opptrening som fungerer sammen og bidrar til best mulig funksjon

Vi har valgt å skille mellom barn og voksne innen habiliteringsområdet, da både brukerens mål og tiltak ofte vil være ulikt; for en voksen person med medfødt eller tidlig ervervet skade vil det ofte være mindre fokus på å løfte funksjon enn for et barn som vokser og utvikler seg. Derimot vil det å mestre hverdagen være helt sentralt for den voksne.

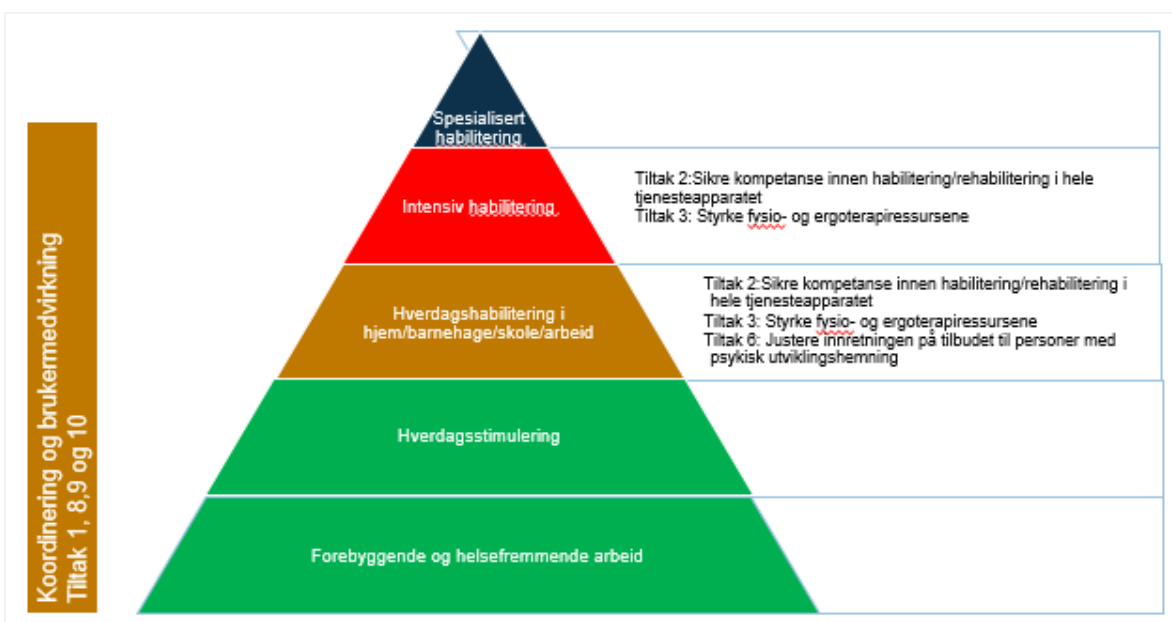
For at disse målene skal kunne nås for den enkelte bruker, mener arbeidsgruppen at Melhus kommune bør ha følgende mål for sin virksomhet:

- ▶ En velfungerende koordinerende enhet og kompetente koordinatører
- ▶ Et tjenesteapparat med kompetanse på rehabilitering og tilpasset befolkningens behov
- ▶ En systematikk på brukermedvirkning både på individ- og på systemnivå.

8 Tiltak

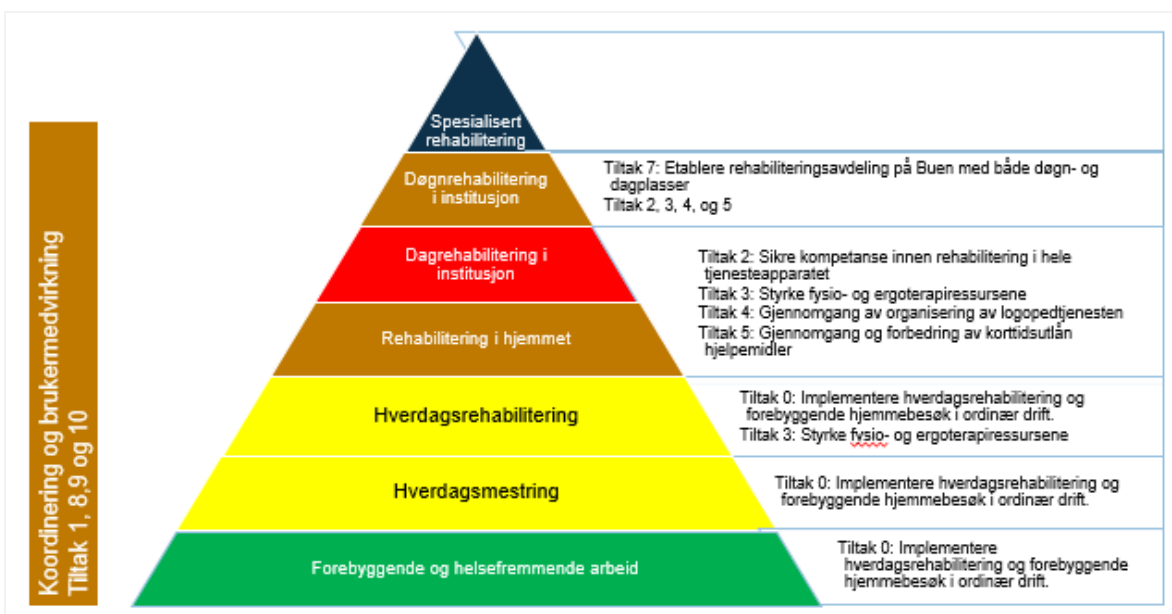
Dagens situasjon viser at Melhus kommune har forbedringsmuligheter på flere områder innen habilitering og rehabilitering. Arbeidsgruppen anbefaler at kommunen implementerer hverdagsrehabilitering og forebyggende hjemmebesøk i ordinær drift, samt 10 nye tiltak. Tiltakene svarer samlet ut de gule, oransje og røde områdene og bidrar til at begge pyramidene blir grønne. Tiltakene rettet mot bedre koordinering av tjenestene og bedre brukermedvirkning er uavhengig av trinnene i pyramidene.

Innen habilitering ser pyramidene slik ut:



Figur 8-1 Tiltak relatert til habiliteringspyramiden

Når det gjelder rehabilitering, treffer tiltakene alle trinnene i pyramidene:



Figur 8-2 Tiltak relatert til rehabiliteringspyramiden

I det følgende beskrives det enkelte tiltak nærmere.

Tiltak 0: Implementere hverdagsrehabilitering og forebyggende hjemmebesøk i ordinær drift.

I vurderingen av situasjonen i Melhus kommune har arbeidsgruppen lagt til grunn at kommunen er i ferd med å sette i verk både hverdagsrehabilitering og innføre forebyggende hjemmebesøk. Dette er svært viktige elementer i rehabiliteringspyramiden, og bidrar til at den enkelte opprettholder så god funksjon som mulig. Tiltaket treffer «alle» eldre. Arbeidsgruppen vurderer det som helt nødvendig at disse tiltakene blir implementert i ordinær drift. Det er samtidig viktig at disse prosjektene videreutvikles og utgjør en helhet med det eksisterende forebyggende arbeidet som for eksempel fallforebyggende grupper.

Kommunen har fått kr 500.000 i skjønnsmidler fra fylkesmannen til forebyggende hjemmebesøk. Dette brukes til en 50 % prosjektmedarbeider med oppstart 01.08.17. Tiltaket videreføres i 2018. Kommunen har også fått kr 300.000 i eksterne midler samt en ekstra bevilgning fra Kommunestyret på kr 700.000 til pilotprosjektet i Hverdagsrehabilitering. Midlene dekker en 50 % stilling til ergoterapeut, 50 % stilling til fysioterapeut og 50 % stilling til sykepleier. Tiltakene omfatter foreløpig ikke hele kommunen, og det er ikke gjort noen analyser på ressursbehovet ved full drift i hele kommunen. Det kan være behov for å styrke ressursene dedikert til dette formålet, men arbeidsgruppen mener det skal kunne være mulig ved å styrke kommunens fysio- og ergoterapiressurser som beskrevet i tiltak 3.

Kostnad: Å videreføre og implementere disse tiltakene på samme nivå som nå vil være en årlig ekstra kostnad på rundt **1,5 millioner kroner**. Ved å samtidig gjennomføre tiltak 2 (økt kompetanse) og 3 (styrke fysio- og ergoterapiressursene) anser arbeidsgruppen det som mulig at både hverdagsrehabilitering, hverdagsmestring og forebyggende hjemmebesøk kan utvides til hele kommunen.

8.1 En velfungerende koordinerende enhet og kompetente koordinatore

Helsedirektoratet påpeker at en koordinerende enhet skal være lett tilgjengelig og fungere som en dør inn for brukeren og samarbeidspartnere, og som et ressurscenter innen habilitering og rehabilitering²⁸. Enheten må også ha en struktur på kontinuerlig opplæring og støtte til koordinatore. Koordinatore må ha spesielt fokus på målsettingsprosesser sammen med bruker og pårørende.

For å lykkes med dette i Melhus anbefaler arbeidsgruppen at følgende tiltak iverksettes:

Tiltak 1: Videreutvikle forvaltningskontorets mandat og bemanning, samt etablere en systematikk med opplæring og støtte til koordinatore og å utvikle individuelle planer.

Dette tiltaket inkluderer:

- ▶ Avklaring av forvaltningskontorets myndighet
- ▶ Utviklingsarbeid
- ▶ Opplæring av koordinatore
- ▶ Innføring av elektronisk verktøy til individuell plan.

²⁸ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Myndighetsavklaring

Svært mange kommuner har utfordringer innen oppnevning av koordinatore og uklarheter rundt myndigheten til en ansvarsgruppe. Som omtalt i kapittel 4.1 har Melhus kommune hatt tverrfaglige team for å løse dette. Disse teamene fungerer ikke lenger etter intensjonen. Nå har kommunen etablert et forvaltningskontor som også skal være koordinerende enhet. Det er da mulig å tillegge roller og myndighet til koordinerende enhet. I så fall må koordinerende enhet ha en myndighet til å utnevne koordinator fra alle aktuelle tjenestoområder i kommunen. Dette innebærer også bruk av ressurser utover de tjenestene forvaltningskontoret fatter vedtak på.

Alternativt kan kommunen velge å revitalisere de tverrfaglige teamene der ressursavklaring og utnevning av koordinator bør skje.

Det er fortsatt *mange dører inn*, særlig overfor brukere innen psykisk helse, rus og overfor mennesker med utviklingshemning/utviklingsforstyrrelse. Vi anbefaler derfor at kommunen også sikrer alle brukergruppene «én dør inn» ved at oppgaver og ressurser som pr. i dag ligger spredd på flere virksomheter og roller overføres til Forvaltningskontoret.

Utviklingsarbeid

Helsedirektoratet er tydelig på at en koordinerende enhet er mer enn en adresse. Den skal være en pådriver for at kommunene skal lykkes med å levere koordinerte tjenester overfor brukerne. Kartleggingen viser også at det er noen særlig sårbare tidspunkter for brukeren: ved fersk diagnose og ved overganger til nye livsfaser. Det er viktig å ha et spesielt fokus på dette når koordineringsfunksjoner skal forbedres. Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan. Dette innebærer at enheten blant annet skal motta meldinger om behov for individuell plan og sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for utvikling og oppdatering av disse planene. Slikt kontinuerlig utviklingsarbeid krever ressurser.

Kartleggingen gav indikasjoner på at systemet med individuell plan, ansvarsgrupper og koordinator er etablert innen habilitering og innen rehabilitering av yngre brukere og alvorlige skader. Arbeidsformen virker mindre etablert innen rehabilitering etter sykdommene og skadene som typisk rammer den voksne og eldre aldersgruppen, slik som lårhalsbrudd, KOLS, hjerneslag osv. Samtidig er det svært viktig at opptrening og andre tiltak for denne brukergruppen blir igangsatt raskt. Det vil derfor være behov for en noe forenklet form for individuell plan, rask oppnevning av en koordinator/primærkontakt og en form for tverrfaglig samarbeid tilpasset rehabilitering/opptrening innen eldreomsorgen.

Tankesettet med ansvarsgrupper og individuell plan/målsetting for forløpet virker lite etablert rundt yrkesaktive brukere der målet er opprettholdelse eller tilbakeføring til arbeidslivet. Også i arbeidet med denne pasientgruppen bør det etableres samarbeidsrutiner tilpasset den tverrfaglige innsatsen disse brukerne har behov for.

Helsedirektoratet anbefaler også at koordinerende enhet har et overordnet ansvar og oversikt over tilgjengelig lærings- og mestringstilbud.

Opplæring koordinatore

Formålet med individuell plan og koordinator er blant annet å sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Koordinator er en tjenesteyter som skal sikre nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet samt framdrift i arbeidet med individuell plan.

For at brukerne skal oppleve å ha en koordinator som fyller disse funksjonene, må koordinatorene oppleve seg trygge i rollen. Det er derfor nødvendig at kommunen har en struktur på opplæring og støtte til disse fagpersonene. Det kommer stadig nye brukere, brukerens behov endrer seg og det kan være naturlig å skifte koordinator. Det vil derfor være et kontinuerlig behov for opplæring og støtte til koordinatorene.

Elektronisk verktøy

Kartleggingen avdekket at det er flere ulike elektroniske pasient- og brukerprogrammer i kommunen, og at tilgang og kommunikasjon mellom dem ikke er enkel. Når det skal utarbeides individuelle planer med flere ulike virksomheter involvert, gir dette utfordringer. Kommunen har tidligere vurdert å ta i bruk programvare for utarbeidelse av individuell planer, men har frem til nå ikke prioritert midler til formålet. Arbeidsgruppen mener funksjonelle elektroniske løsninger er en forutsetning for å kunne ha et godt og rasjonelt system på utvikling og vedlikehold av individuelle planer, og anbefaler innkjøp av nødvendig programvare. Det må samtidig sikres at tilgangen til og bruken av dette verktøyet blir hensiktsmessig og effektiv. Ved innhenting av pristilbud for noen år siden, utgjorde den årlige kostnaden kr 120.000 pluss eventuell etablering, konsulent og tekniske tilpasninger. Det er ikke innhentet oppdaterte pristilbud i forbindelse med arbeidet med habiliterings-/rehabiliteringsplanen.

Kostnad: Forvaltningskontoret er nå bemannet ut fra oppgaven å være saksbehandler og tildele tjenester på avgrensede områder. Enheten har ikke fått tilført ressurser til oppgaven å være koordinerende enhet. Skal kommunen greie å forbedre koordinering og innfri kravene i lovverket, mener arbeidsgruppen det er nødvendig å sette av ressurser til formålet. Erfaringstall fra andre kommuner, blant annet Hamar, tilsier at en kommune på størrelse med Melhus må ha minst et årsverk dedikert til funksjonen koordinerende enhet. Stillingen bør besettes med personell med minimum treårig utdanning samt ytterligere kompetanse på området. Inkludert sosiale kostnader vil kostnaden ved en slik stilling bli i underkant av 0,8 millioner kroner. Det er også behov for en årlig lisenskostnad til programvare på i underkant av kr 150.000. I tillegg kommer eventuell etablering, konsulent og eventuelle tekniske tilpasninger. **Totalt i underkant av 1 million kroner årlig.**

8.2 Et tjenesteapparat med kompetanse på rehabilitering og tilpasset befolkningens behov

Skal brukerne oppleve et tjenesteapparat som bidrar til forbedret funksjon, må hele tjenesteapparatet ha god kompetanse på rehabilitering og enkelttjenester må være tilgjengelig. Hvilke tjenester vil avhenge av brukerens problemstillinger og målsettinger. Noen tjenester vil svært mange brukere ha behov for, og dermed være noe alle kommuner må ha tilgjengelig. Andre tjenester vil det være mindre behov for og flere kommuner kan samarbeide om å ha disse tjenestene. Behovet vil også variere noe: en bilulykke på E6 gjennom Melhus eller en morgen med overraskende glatte fortau og dermed mange fallskader vil kunne gi et midlertidig økt behov for en del tjenester. Jo større kommunen er, jo mer robust vil den være til å takle slike svingninger. Men enhver kommune må kunne tåle noen svingninger, og ha en plan for hvordan håndtere det.

Tiltak 2: Sikre kompetanse innen rehabilitering i hele tjenesteapparatet

Kompetanse er et av suksesskriteriene for å få til habilitering og rehabilitering. Arbeidsmetoder og tankesett må støtte opp under et habiliterings- og rehabiliteringsperspektiv i hele prosessen, fra første kontakt og tildeling, til utføring av tjenestene. De som tildeler tjenester, trenger god opplæring for at brukere med behov for rehabilitering får rett tjeneste til rett tid. De som utfører tjenestene må ha kompetanse om arbeidsmåter som fremmer brukeren sin egenmestring. Rehabilitering og habilitering er tverrfaglig i sin natur og definisjonen forutsetter at det er flere aktører som samarbeider. Det er derfor avgjørende at man lykkes med samhandling mellom yrkesgruppene.

Kommunen har startet en kompetanseoppbygging ved opprettingen av forvaltningskontoret og satsingen på Hundre år i eget hjem. Det er viktig at dette videreføres og sees i sammenheng med habilitering og rehabiliteringsarbeidet.

I tillegg til at alle tjenesteyterne har generell kompetanse innen samhandling og på habiliterings-/ rehabiliteringsfeltet, er det viktig at noen har mer spesialisert kompetanse. Dette for å kunne sikre gode tjenester i hele pyramiden.

Arbeidsgruppen anbefaler derfor at kommunen til enhver tid har helsefagarbeidere, sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter med videreutdanning innen rehabilitering. I tillegg bør det med jevne mellomrom gjennomføres internopplæring innen fagområdet for å sikre en felles faglig plattform. Kommunen har i dag ikke faste kompetansemidler i pleie- og omsorgsenhetene. Arbeidsgruppen anbefaler at det settes av 1000 kroner pr. ansatt til dette formålet.

Kostnad: 300.000 kroner til interne opplæringsmidler, samt noe vikarmidler ved behov for videreutdanning.

Tiltak 3: Styrke fysio- og ergoterapiressursene

Kartleggingen og arbeidet med denne planen har avdekket at kapasiteten innen fysio- og ergoterapitjenesten i Melhus kommune ikke dekker behovet. Liten kapasitet i disse tjenestene har medført at den konkrete treningen med brukerne i stor grad skjer via andre fagpersoner: barnets assistenter eller pedagoger, eller ønsker om at hjemmetjenesten/institusjonspersonalet gjennomfører aktiviteter. Dette kan være riktig for mange brukere. Men som beskrevet i *kapittel 6 Oppsummering og analyse*, vil mange brukere trenge spesialisert oppfølging og tilstedeværelse av fysioterapeut og/eller ergoterapeut i større grad enn det som er tilfellet i dag.

En annen konsekvens av manglende kapasitet er at doseringen av treningen sannsynligvis blir for lav til å oppnå god effekt. Kunnskap innen treningslære tilsier at man bør ha en viss intensitet og dosering i treningen for å kunne forbedre prestasjonene. Dette er overførbart til opptrening etter skade og sykdom. Melhus kommune har med liten kapasitet innen fysio- og ergoterapitjenesten sannsynligvis mistet noe effekt av sitt rehabiliteringstilbud både i hjemmet og på institusjon. Et minimum i en fase med aktiv opptrening er daglig målrettet trening; for noen brukere er det viktig med flere ganger om dagen.

Fysioterapi- og ergoterapitjenesten bør styrkes slik at dette er mulig. Dette er en forutsetning for å kunne lykkes med hverdagsrehabilitering og hjemmerehabilitering. Dette er viktige deler av rehabiliteringspyramiden og når mange brukere.

Det er ingen fasitsvar på hva som er tilstrekkelige fysio- og ergoterapiressurser, men et utgangspunkt kan være landsgjennomsnittet. Melhus kommune har 1,9 årsverk pr. 10.000 innbyggere mindre enn landsgjennomsnittet på fysioterapiressurser innen diagnose, behandling og rehabilitering. Dette vil i praksis si at Melhus kommune med sine 16 000 innbyggere mangler 3 årsverk innen fysioterapi for å være på landsgjennomsnittet. Samtidig påpekes det i opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering at fysioterapidekningen i landet generelt er for lav og det er behov for å styrke disse tjenestene. Ut fra en samlet vurdering vil arbeidsgruppen anbefale en styrking på 4 årsverk fysioterapi i Melhus kommune.

Melhus kommune har registrert 4,8 årsverk ergoterapeuter pr. 10.000 innbyggere, landsgjennomsnittet er 3,9. Men virksomhetsleder oppgir at det kun er 2,8 årsverk (1,7 årsverk pr. 10.000 innbyggere) som jobber innen habilitering, rehabilitering og forebyggende arbeid.

Hvis kommunen benytter 3,5–4 årsverk av sine ergoterapeuter som nå har andre oppgaver til habilitering og rehabilitering, vil Melhus ut fra refleksjonen i avsnittet over kunne være dekket på ergoterapiressurser.

Kostnad: Med en årslønnskostnad på fysioterapi på kr 650.000 inkludert sosiale utgifter utgjør en økning på 4 årsverk fysioterapi 2,6 millioner kroner pr. år. Fratrullet fastlønnskuttet blir kostnaden rundt 1,8 millioner. Det er vanskeligere å beregne kostnaden på ergoterapiressursene, da vi ikke har kartlagt hvilke arbeidsoppgaver disse ergoterapeutene har. Men hvis 2 årsverk må

erstattes av andre med tilsvarende lønnsnivå, vil dette utgjøre rundt 1,3 millioner kroner pr. år.
Totalt: 3,1 millioner kroner årlig.

Tiltak 4: Gjennomgang av organisering av logopedtjenesten

Helfo gir stønad etter folketrygdloven til undersøkelse og behandling for språk- og taledefekter hos privatpraktiserende logoped dersom kommunen ikke gir hjelp etter annen lov²⁹. Undersøkelsen eller behandlingen må være rekvirert av lege som ledd i behandling eller etter behandling av sykdom, skade eller lyte. En logoped som har avtale med Helfo får direkte refusjon fra Helfo i henhold til den retten pasienten har etter den norske folketrygden. Pasienten betaler ikke egenandel.

Innbyggere i Melhus kommune kan motta logopedtjenester fra kommunens PP-tjeneste eller hos privatpraktiserende logoped. PP-tjenesten i Melhus overfører henvisninger for personer over 18 år til privatpraktiserende logoped. Vedkommende mottar også henvisninger fra spesialisthelsetjenesten (f.eks. Lian - Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering, St. Olavs Hospital, Orkdal sykehus), primærhelsetjenesten (fastleger) og henvendelser fra pasienter som selv har med seg henvisning fra spesialisthelsetjenesten.

Logopeden i Melhus prioriterer å delta på samarbeidsmøter og har også kontakt med ergoterapeuter og fysioterapeuter i kommunen samt kommunens forvaltningskontor. Buen helse- og omsorgssenter låner ut lokale når det er nødvendig at behandlingen skjer der, ellers i logopedens lokaler eller hjemme hos bruker. Ved sykdom eller ferie er det mulighet til å ta kontakt med privatpraktiserende logoped i Trondheim.

Under kartleggingen kom det fram behov for å styrke logopedtjenesten og gjennomgå organiseringen. Dette på tross av at logopeden selv mener hun har god kapasitet og ingen ventetid. En gjennomgang kan uansett være nødvendig for å sikre både tilstrekkelig tilbud og riktig fordeling av ressursene. Det kan på dette området være aktuelt å etablere samarbeid med andre kommuner for å få en faglig og ressursmessig robust tjeneste som også kan tåle svingninger i etterspørsel.

Kostnad: Ingen.

Tiltak 5: Gjennomgang og forbedring av korttidsutlån hjelpemidler

Gjennomgangen og kartleggingen viste at korttidsutlån av hjelpemidler var et svakt punkt i dagens rehabiliteringsarbeid i Melhus. Det fremstår også lite effektivt. Langtidsutlån fra NAV fungerer tilfredsstillende.

Arbeidsgruppa anbefaler at man ser på organisering og ansvar for dette arbeidet. Først og fremst må hjelpemidler samles ett sted og det må etableres elektroniske løsninger for å registrere hva som til enhver tid er inne på lager og hvem som har fått utlevert hvilke hjelpemidler. Det må legges inn varslinger når det nærmer seg utløp av korttidsperioden eller ved dødsfall, slik at man sikrer å få inn igjen hjelpemidler eller igangsatt en søknadsprosess til NAV hvis behovet er varig. Om kommunen må kjøpe programvare til dette formålet eller kan bruke kommunens eksisterende dataløsninger, må vurderes.

I tillegg til innføring av elektroniske løsninger må ansvaret plasseres. Agenda Kaupang anbefaler i sin rapport at ansvaret legges til hjemmetjenesten sammen med det øvrige rehabiliteringsarbeidet. Det må deretter besluttes hvilke stillinger som har et ansvar for innholdet på lageret, og for vedlikehold, renhold og utkjøring. Noen kommuner har tilsatt en person med velferdsteknologi-/ elektrokompetanse som sammen med vaktmester har ansvaret for dette. Orkdal kommune har et samarbeid med en arbeidstreningsvirksomhet. Arbeidsgruppen foreslår i første omgang å tillegge

²⁹ <https://helfo.no/takster/regelverk-og-takstar-for-behandling-hos-privat-logoped-og-audiopedagog>

et slikt ansvar en av kommunens vaktmestere. Vurderingen av og melding om behovet hos enkeltbrukere bør tillegges helsepersonell som er i tett kontakt med bruker.

Kostnad: Muligens noe software.

Tiltak 6: Justere innretningen på tilbudet til personer med psykisk utviklingshemning

Agenda Kaupang påpeker i kartleggingen av tjenestene til psykisk utviklingshemmede at det gjøres mye bra arbeid i Melhus knyttet til denne brukergruppen. Den anbefaler samtidig å gjøre noen grep for å utnytte ressursene bedre. Rapporten trekker fram behovet for et mer enhetlig ansvar for helse- og omsorgstjenester og å se tjenestene mer i sammenheng. Videre vil det være nødvendig å gjøre noe med boligstrukturen – hvor målet må være å redusere antall driftsenheter, da særlig enheter som innebærer stor grad av smådriftsulempen. Ansatte med lav formalkompetanse og lav gjennomsnittlig stillingsstørrelse er også en utfordring, samt det samlede utgiftsnivået på avlastning særlig knyttet til avlastningstilbudene som kommunen kjøper av private aktører.

Kartleggingen Agenda Kaupang har gjort kan videre tyde på at det ikke er avklart hvordan kapasitetsutfordringer på dagtilbud til personer med psykisk utviklingshemning skal håndteres og at det er noe ulik opplevelse av kapasiteten ved Melhus arbeidssenter. Flere uttaler at manglende tilrettelegging på tilbud og mangel på kapasitet gjør at brukere som er i behov av dag- og aktivitetstilbud ikke får det tilbudet de trenger ved blant annet Melhus Arbeidssenter.

Den største utfordringen for Melhus kommune er den sterke forventede *økningen* i fremtidig behov for boliger for denne brukergruppen. Økningen er formidabel, og inntreffer om kort tid. Man må derfor sikre utbygging av tilstrekkelig antall boliger.

Utover planlegging av nye boliger anbefaler ikke arbeidsgruppa mer ressurser til dette feltet, men å følge opp anbefalingene Agenda Kaupang beskriver.

Kostnad: Investering i fremtidige boliger.

Tiltak 7: Etablere rehabiliteringsavdeling på Buen med både døgnetilbud og dagplasser

Vi har i vår pyramide (*Figur 6-3 Rehabiliteringspyramiden i Melhus kommune*) beskrevet ett nivå som heter dagrehabilitering og ett som heter spesialisert og intensivt døgntilbud.

Kommunen er i gang med å bygge opp en korttidsavdeling med egne dedikerte rehabiliteringsplasser. Dette er et viktig trekk for å oppnå reell rehabilitering. Et rehabiliterings-/opptreningsløp innebærer intensiv trening både på generell funksjon og spesifikke oppgaver. En rehabiliteringsavdeling er derfor noe kvalitativt annet enn et korttidsopphold der målsettingen handler mer om avlastning, trygge brukeren før hjemreise, få opp ernæringsstatus eller avklare medisinske problemstillinger. Korttidsopphold brukes også til personer med langtkommet kreft og andre terminale tilstander. Disse problemstillingene krever en annen tilnærming enn overfor brukere som trenger både generell og spesifikk opptrening. Hvis kommunen ikke klarer å få frem denne forskjellen, kan man risikere at rehabiliteringsopphold blir et rekreasjonsopphold, og dermed ikke oppnå effekt for brukeren slik forskningen til Inger Johansen viser (omtalt på s. 27).

En rehabiliteringsavdeling/dedikerte rehabiliteringsplasser må sammen med bruker og pårørende utarbeide en plan for oppholdet og hele rehabiliteringsløpet. Den må så kunne tilby trening på ulike ferdigheter. De fleste brukerne som kommunen vil ha et rehabiliteringsansvar for, er brukere med somatiske funksjonsnedsettelse, evt. kombinert med noe kognitive utfall. Dette innebærer at fysioterapi- og ergoterapiressurser må være tilgjengelig i tilstrekkelig grad til å gi brukerne en målrettet trening med en dosering som har effekt. Det vil i praksis si 1-2 ganger pr. dag, opp mot en times aktivitet samt trening i dagliglivets gjøremål. For noen vil det være hensiktsmessig med noe

av treningen i gruppe, andre vil trenge individuell trening. Noen vil trenge trening i helgen og på kveldstid.

Melhus kommune har heller ikke et dagrehabiliteringstilbud. Brukere som har behov for intensiv opptrening kan med fordel forflytte seg fra eget hjem til et sted der det er andre brukere i samme situasjon og der trening er i fokus. Man kan kombinere trening med sosiale aktiviteter, måltider etc., og få den samme effekten som på et rehabiliteringsopphold, men samtidig oppnå at brukeren lever sitt daglige liv hjemme med de stimuliene det gir. En forutsetning for å få til dagrehabilitering er å ha en fungerende transportordning. Det er mulig å bruke drosje, evt. transportordning gjennom pasientreiser. Flere kommuner, blant annet Nøtterøy, har valgt å ha egen transportordning der kommunalt ansatte står for transport med kommunale biler.

Med et belegg på i snitt 4 brukere på rehabiliteringsopphold, samt 4 på dagrehabilitering, vil det være behov for til sammen ca. 2 av kommunens årsverk innen fysioterapi og ergoterapi dedikert til enheten. Da vil man også kunne dekke noe kvelds- og helgejobbing. Fordeling mellom fysio- og ergoterapiressursene må vurderes nærmere ut fra brukernes behov.

I tillegg er det helt nødvendig at sykepleiere og helsefagarbeidere har videreutdanning innen rehabilitering. På sikt bør alle som er tilknyttet denne rehabiliteringsenheten ha videreutdanning.

Bemanningsfaktoren på dagrehabilitering varierer i kommunene, men ligger flere steder på rundt 0,4 til 0,5 årsverk pr. plass. Legges dette til grunn her, vil det være behov for ca. 2 årsverk til dette formålet. Bemanningsfaktor på korttidsplasser generelt er 0,8-0,9 i mange kommuner, utenom ledelse og terapeuter. Budsjettet for 2018 for avdelingen som skal bli en kombinert korttids-/ rehabiliteringsavdeling er basert på en bemanningsnorm på rundt 1,1. Arbeidsgruppen vurderer at dette er tilstrekkelig bemanning til en kombinert korttids- og rehabiliteringsenhet, men anbefaler at man gjennomgår om den samlede bemanningen er tilstrekkelig ved en oppstart av et dagrehabiliteringstilbud.

Kostnad til ombygging er lagt inn i 2018-budsjettet.

Det vil med jevne og ujevne mellomrom være brukere som har relativt komplekse problemstillinger og har behov for et spesialisert og intensivt tilbud, men som fortsatt vil være kommunalt ansvar. Arbeidsgruppen anbefaler at Melhus kommune setter av ressurser til kjøp av rehabilitering på aktuelle rehabiliteringsinstitusjoner til de mest spesialiserte rehabiliteringsløpene.

Kostnad: Avsetninger til noe kjøp av rehabiliteringsplasser.

8.3 En systematikk på brukermedvirkning både på individnivå og på systemnivå

I mandatet for arbeidet med å lage en habiliterings-/rehabiliteringsplan for Melhus kommune ble det fremhevet at styrking av brukermedvirkning skulle være en viktig del. Arbeidsgruppen mener det er et behov for å styrke dette både på system- og individnivå.

Tiltak 8: Etablere fast møtestruktur med Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne og Eldrerådet

Melhus kommune har tidligere hatt faste møter med bruker- og pasientorganisasjoner i form av brukerråd. Dette har ikke vært gjennomført de siste årene. Kommunen har et Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne og et Eldreråd slik loven krever, og disse har regelmessige møter. De har vært involvert i hele prosessen med «Hundre år i eget hjem», men det har ikke vært egne møter med fokus på habilitering og rehabilitering.

Under arbeidet med denne planen ble det avholdt et brukermøte der begge disse rådene var representert, men hvor også representanter fra brukerorganisasjoner og forespurte pårørende var

til stede. Møtet gav veldig nyttige innspill til planen, og møtedeltakerne uttrykte at de også hadde nytte av møtet og et ønske om å kunne følge arbeidet videre.

Arbeidsgruppen anbefaler derfor at det etableres en fast møtestruktur med brukerrepresentanter med tema habilitering og rehabilitering. Målsettingen er at kommunen får tilbakemelding på hvordan dette feltet oppleves for brukerne, samt kunne diskutere tiltak for forbedringer. I hvilken grad man skal invitere brukerrepresentanter bredt til et slikt møte eller bare forholde seg til de lovpålagte rådene Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne og et Eldreråd, kan vurderes. Hyppighet på møteformen bør være minimum én gang pr. år, og ellers ved behov.

Kostnad: Ingen.

Tiltak 9: Styrke lærings- og mestringstilbudet i samarbeid med frivillige organisasjoner og brukerorganisasjoner

Kommunene er pålagt i helse- og omsorgsloven å gi opplysning, råd og veiledning³⁰ og det anbefales at kommunene oppretter et systematisk lærings- og mestringstilbud. Formålet med slike tilbud er at pasienter, brukere og pårørende skal få informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere sykdom og helseforandringer. Læring og mestring er sentralt innen habilitering og rehabilitering og Helsedirektoratet anbefaler at Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering bør ha oversikt over lærings- og mestringstilbud både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten³¹.

Lærings- og mestringstilbud kan være både individuell opplæring av pasienter og pårørende og gruppetilbud utformet for definerte målgrupper. Det kan organiseres som likemannsarbeid. Melhus kommune har flere aktive brukerorganisasjoner, og kartleggingen viste at disse gjerne vil bidra innen likemannsarbeid og annet lærings- og mestringsarbeid. Noe tilbud er allerede etablert i disse organisasjonene. Melhus kommune bør lage et system og en oversikt, samt etablere manglende tilbud, i samarbeid med frivillig sektor. Oppgaven bør tillegges forvaltningskontoret.

Starthjelp er et mestringstilbud for familier og retter seg mot foreldre som nylig har fått barn (0–6 år) med nedsatt funksjonsevne eller langvarig sykdom³² og arrangeres i alle helseregioner. Det er tilgjengelig i Trondheim. Informasjon om muligheten til å delta på Starthjelp bør være tilgjengelig og i aktivt bruk av tjenesteapparatet.

Kostnad: I utgangspunktet ingen.

Tiltak 10: Kompetanseheving innen motiverende samtale og brukervedvirkning på individnivå

Kartleggingen viste at mange brukere opplever lite koordinerte tjenester, men grad av opplevd brukervedvirkning er ikke systematisk kartlagt i denne sammenheng. Erfaring tilsier uansett at de fleste kommuner har forbedringspotensial innen individuell brukervedvirkning. Brukermøtet også gav indikasjoner på at dette gjelder for Melhus. Brukervedvirkning på individnivå handler i stor grad om å kunne sette egne mål for habiliterings-/rehabiliteringsforløpet, og ha innvirkning på valg av tiltak. Noen brukere er kanskje heller ikke motivert til noe opptrening, og brukervedvirkning kan da også handle om en god motiverende samtale.

I forbindelse med innføringen av hverdagsrehabilitering setter Melhus fokuset på «Hva er viktig for deg»-samtalen. Dette er en stor omstilling innen omsorgstjenesten, og vil kreve et stort fokus over lang tid for å sikre implementering. Konkret kompetanseheving på å bruke samtaleredskapet motiverende samtale, vil også være et viktig tiltak for å lykkes med god brukervedvirkning på individnivå. 20 medarbeidere fra helse- og omsorgssektoren er nå i gang med opplæring i

³⁰ https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_3#§3-3

³¹ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=lering-og-mestring-i-6930>

³² <https://mestring.no/starthjelp/>

motiverende intervju. Fem av disse skal få ytterligere opplæring slik at de kan bli organisasjonsinterne veiledere. Dette er en viktig satsing, som arbeidsgruppen anbefaler at kommunen viderefører.

Kostnad: Bruk av kompetansemidler.

8.4 Oppfølging og implementering

Å lage en plan kan være en grei og spennende oppgave. Det har det også vært å lage en habiliterings- og rehabiliteringsplan for Melhus kommune. Men den største utfordringen ligger i å gjennomføre tiltakene, og virkelig oppnå målene man har satt. Det er derfor viktig å ha en plan for implementering og for å evaluere både underveis og etter noe tid: er man på riktig vei, blir tiltak gjennomført og gir de den ønskede effekten?

Helsedirektoratet anbefaler i sin veileder at en kommunal habiliterings og rehabiliteringsplan innarbeides i kommunens helhetlige planstruktur/kommuneplan. Dette gjør det mulig å synliggjøre sammenhenger innad i helse- og omsorgstjenesten og på tvers av nivåer og sektorer samt å sikre både administrative og politiske beslutninger. Dette medfører også at tiltakene knyttes til økonomiplan og langtidsbudsjettering og regelmessig evaluering og korrigerings.

Arbeidsgruppen anbefaler at dette gjøres gjeldende for Melhus. En konsekvens av dette er at habiliterings- og rehabiliteringsplanen sendes på høring før tiltak besluttet og ansvarlig for gjennomføring av de enkelte tiltak utpekes. En høringsrunde vil i seg selv også kunne styrke implementeringsarbeidet.

Det er likevel ikke sikkert at de vedtatte tiltakene bidrar til den ønskede måloppnåelsen. Arbeidsgruppen anbefaler derfor ytterligere grep for å kunne måle grad av måloppnåelse. Det ene er årlige brukerundersøkelser der man kartlegger brukererfaringene i forhold til de oppsatte målene: opplever brukerne å være aktive aktører i sin egen habiliterings- og rehabiliteringsprosess? Opplever de at de får tilstrekkelig og godt koordinerte tjenester, og at disse bidrar til at målene kan nås?

I tillegg kan kommunen kontinuerlig registrere effekten av det enkelte rehabiliteringsløp. KS har utarbeidet et verktøy til dette bruket, tilgjengelig via nettverket for hverdagsrehabilitering. Ved å analysere resultatene av de individuelle forløpene for eksempel hvert halvår, vil man raskt kunne se hvor mange av brukerne som faktisk oppnår sine mål. Dette er en viktig parameter for hvordan kommunens rehabilitering fungerer.

8.4.1 Økonomiske og administrative konsekvenser

Denne planen har, hvis den skal gjennomføres, både administrative og økonomiske konsekvenser. I tabellen under er de økonomiske kostnadene summert til 5,9 millioner kroner årlig. Til fratrekk for disse investeringene vil det på sikt komme redusert omsorgs- og hjelpebehov. Dette forutsetter at arbeidet med habilitering og rehabilitering har den ønskede effekten, og er dessverre vanskelig å estimere. Det er likevel slik at **for hver person** som uten rehabilitering ville hatt behov for institusjonsplass, men som med rehabilitering greier seg uten noe omsorgstilbud, har kommunen unngått en årlig utgift på i underkant av 1 million kroner. Forskningen til Inger Johnsen, omtalt på s 27, skulle kunne indikere at 4 rehabiliteringsplasser kan gi en årlig besparelse på 5 millioner kroner. I tillegg kommer gevinstene ved de andre nivåene i pyramiden.

Tabell 8-1 Oversikt over foreslåtte tiltak inkludert kostnadsramme

Tiltak nr	Kolonne1	Beregnet kostnad i mill kr	Annen innsats	Kommentar
0	Implementere hverdagsrehabilitering og forebyggende hjemmebesøk i ordinær drift.	1,5		
1	Videreutvikle forvaltningskontorets mandat og bemanning, samt etablere en systematikk med opplæring og støtte til koordinatore og å utvikle individuelle planer.	1		
2	Sikre kompetanse innen rehabilitering i hele tjenesteapparatet	0,3		
3	Styrke fysio- og ergoterapiressursene	3,1		Styrke hverdagsrehabiliterings-teamet er inkludert her
4	Gjennomgang av organisering av logopedtjenesten		Systemutvikling	
5	Gjennomgang og forbedring av korttidsutlån hjelpemidler		Mulighens noe innkjøp av programvare	
6	Justere innretningen på tilbudet til personer med psykisk utviklingshemning		Investering i fremtidige boliger og organisatoriske endringer	
7	Etablere rehabiliteringsavdeling på Buen med både døgnet og dagplasser		Kjøp av eksterne plasser?	Minst 2 årsverk av de økte fysio og ergoterapiressursene må anvendes her
8	Etablere fast møtestruktur med Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne og Eldrerådet		Systemutvikling	
9	Styrke lærings- og mestringstilbudet i samarbeid med frivillige organisasjoner og brukerorganisasjoner		Systemutvikling	
10	Kompetanseheving innen motiverende samtale og brukermedvirkning på individnivå		Kompetansemidler	
	Sum kostnader	5,9		