



FREDRIKSTAD
KOMMUNE

Saksnr. 2016/15158-2
Dato: 26.10.2016
Sb: Anne-Kristine Nitter

Plan for mestring, rehabilitering og habilitering 2016–2023

Vedtatt i helse- og velferdsutvalget 26.10.2016, sak 53/16

Innhold

Innledning	2
Bakgrunn og formål	2
Planens status og avgrensninger	2
Begrepsavklaringer	3
Rehabilitering og habilitering	3
En helhetlig rehabiliteringsplan	3
Rehabiliteringstanken	3
Hverdagsrehabilitering	3
Forholdet mellom rehabilitering og opptrening	4
Tverrfaglig samarbeid og flerfaglig samarbeid	4
Mestring	4
Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering	5
Tjenestepyramide for mestring og rehabilitering	6
Rehabilitering	7
Hverdagsrehabilitering	8
Opptrening	9
Hverdagsmestring	10
Habilitering	10
Lærings- og mestringstilbud	11
Status	13
Rehabilitering, hverdagsrehabilitering og opptrening	13
Habilitering	13
Koordinerende enhet	14
Lærings- og mestringstilbud	14
Utfordringer	14
Organisering	14
Demografi	15
Sykdomspanoramaet	15
Mål, strategier og tiltak	16
Målsetting 1: Innbyggerne har mulighet for et selvstendig og verdig liv	16
Målsetting 2: Alle bor trygt, i egnet bolig	16
Målsetting 3: Fredrikstad kommune har et fleksibelt rehabiliteringstilbud	16
Målsetting 4: Fredrikstad kommune har en habiliteringstjeneste som er basert på jevnlig evaluering av tilbud og ivaretagelse av overganger	17
Vedlegg 1: Planforutsetninger	18
Nasjonale føringer	18
Lokale føringer	20
Lover og forskrifter	20

Innledning

Bakgrunn og formål

I følge forskrift om habilitering og rehabilitering, plikter alle kommuner å ha en plan for re-/habiliteringsvirksomheten.

Det er nedfelt i Fredrikstad kommunes planstrategi 2012–2015 at det skal utarbeides en plan for rehabilitering, habilitering, koordinerende enhet og lærings- og mestringssenter. Det eksisterer ingen slik plan fra tidligere i Fredrikstad kommune, og innføringen av samhandlingsreformen har tydeliggjort behovet for en slik plan.

Det foreligger nasjonale og lokale føringer for re-/habiliteringsarbeidet. Planen skal vise hvordan kommunen koordinerer de kommunale re-/habiliteringstjenestene. Målet er en helhetlig, tverrfaglig og koordinert tjenesteyting.

Planens status og avgrensninger

Kommunen har utarbeidet ny Kommunedelplan Helse og velferd 2016–2027, som blir endelig vedtatt omkring årsskiftet 2016–2017.

Plan for mestring, rehabilitering og habilitering er en tema-/fagplan som svarer på utfordringsområder beskrevet i kommunedelplanen.

Mestringsfokusede tiltak og rehabilitering som arbeidsmetode bygger på de samme prinsippene, enten det gjelder medisinsk, psykisk eller sosialt forankrede funksjonstap. På bakgrunn av dette bør det i oppfølging og behandling legges til grunn de samme prinsippene for mestring og rehabilitering.

I denne planen beskrives strategier og tiltak rettet mot medisinske tilstander. Det skal i 2017 utarbeides planer for psykisk helse og rusmestring og for demens, som vil omtale egnede mestrings- og rehabiliteringstiltak for disse brukergruppene.

Begrepsavklaringer

Rehabilitering og habilitering

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

En helhetlig rehabiliteringsplan

En helhetlig re-/habiliteringsplan omhandler kommunens tjenester til barn og voksne som er i behov av habilitering og rehabilitering. Habilitering og rehabilitering beskrives i prinsippet som like prosesser, og i planen brukes derfor begrepet re-/habilitering der denne felles prosessen omtales.

Den prinsipielle forskjellen på rehabilitering og habilitering er at en ved rehabilitering har hatt et normalt funksjonsnivå forut for skaden, mens en ved habilitering har en medfødt eller tidlig ervervet skade slik at funksjonen aldri har vært normal.

Rehabiliteringstanken

«Funksjonshemmende forhold er de gap eller misforhold som finnes mellom forutsetninger til mennesker med redusert funksjonsevne og de krav miljøet og samfunnet stiller til funksjon, på områder som er av vesentlig betydning for å etablere og opprettholde selvstendighet og en sosial tilværelse.» (NOU 2001: 22 Fra bruker til borger— En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer.)

Et sentralt aspekt i en re-/habiliteringsprosess er å minske gapet ved tilrettelegging i pasientens miljø og fokus på aktivitet og mestring i forhold til et endret funksjonsnivå.

- Støtte opp om egenomsorgsevne.
- Fokuserer på selvstendighet og mestring.
- Lære nye mestringsstrategier ved endret funksjonsnivå.
- Utsette kompenserende tiltak.

Hverdagsrehabilitering

Opprinnelig er hverdagsrehabilitering beskrevet som en tidsavgrenset intervensjon i brukers hjem/nærområde, basert på brukers eget mål. Arbeidsmetodikken innebærer tverrfaglighet i deler av intervensjonen (kartlegging og evaluering). Den siste tiden har det vært interesse for å forsøke samme type metodikk i kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner, fortrinnsvis i somatiske korttidsplasser.

Hva er problemet du trenger hjelp til?



Hva er viktige aktiviteter i ditt liv nå?

Forholdet mellom rehabilitering og opptrening

Rehabilitering skal forstås som flere tjenester satt sammen til en helhet. En enkelt tjeneste, selv om denne har som mål å gjenvinne funksjon, er dermed ikke å anse som rehabilitering.

Opptrening, forstått som enkeltstående treningstiltak, er funksjonstrening som ikke nødvendigvis fordrer koordinert oppfølging over en antatt tidsperiode. Måltrettede treningstiltak er imidlertid ofte deler i et rehabiliteringsforløp. Følgelig må opptrening forstås som et element i rehabilitering, på linje med medisinsk behandling med mer.

Tverrfaglig samarbeid og flerfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid forstås om en prosess der flere profesjoner samarbeider for å oppnå felles forståelse om hva som er brukerens problem, behov og ressurser. De samarbeider videre om å finne de mest adekvate tiltakene, og om å gjennomføre disse tiltakene på en slik måte at brukeren får et mest mulig tilpasset og helhetlig tilbud (Gunnar Vold Hansen).

Graden av tverrfaglig samarbeid avhenger av hvor spesialisert re-/habiliteringstilbudet er. Jo mer spesialisert – jo høyere grad av tverrfaglighet.

Flerfaglig samarbeid innebærer at yrkesgruppene samarbeider parallelt i forhold til pasienten, uavhengig av hverandre. Som regel er ikke tiltak og målsetninger felles mellom yrkesgruppene. Samarbeidsformen er egnet rundt pasienter med avklarte og ukompliserte problemstillinger. Flerfaglig samarbeid er tradisjonelt knyttet til et hierarki basert på status og kompetanse, og preget av at det gis instruksjoner fra én yrkesgruppe til en annen.

Mestring

Opplevelsen av å ha kontroll over eget liv – og krefter til å møte utfordringer.

«Mestring dreier seg i stor grad om opplevelsen av å ha krefter til å møte utfordringer og følelsen av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkelighet, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre.» (Vifaltdt og Hopen, 2014)

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Helse- og omsorgstjenesteloven, kapittel 7, omtaler Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet (KE). Kommunen skal, ifølge loven, ha en koordinerende enhet for habilitering- og rehabilitering. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene.

For pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal kommunen tilby koordinator. Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient/bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan.

I henhold til Retningslinje 2 i samarbeidsavtalen mellom kommunene i Østfold og Sykehuset Østfold FH (SØ) skal koordinerende enhet, koordinator, individuell plan og ansvarsgrupper være etablert både i Sykehuset Østfold og i kommunene.

I følge forskrift om habilitering og rehabilitering skal kommunen ha generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering. Denne oppgaven bør ivaretas av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen.

I Fredrikstad kommune er koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering organisert i virksomhet Tildelingskontoret for helse og velferd.

Viktige funksjoner som skal ivaretas er:

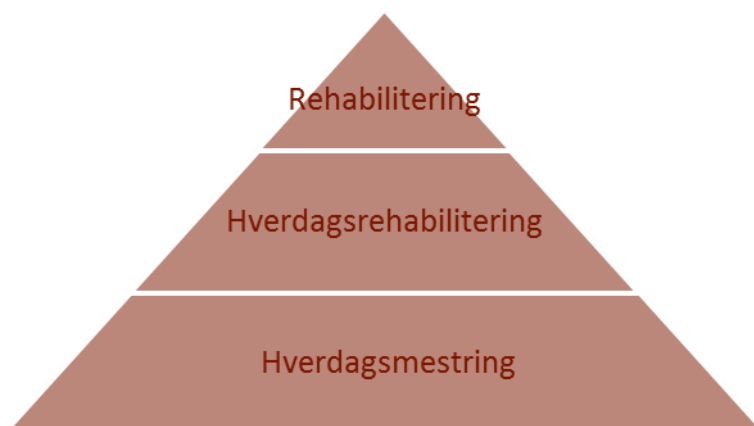
- Enheten skal være synlig og lett tilgjengelig for brukere/pårørende, for ansatte og for kommunens samarbeidspartnere.
- Enheten har et overordnet ansvar for individuell plan, som innebærer at koordinerende enhet blant annet skal:
 - Motta meldinger om behov for individuell plan, jf. § 23.
 - Sørge for at det blir utarbeidet interne rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan.
- Koordinerende enhet skal sørge for opplæring av koordinatorene og opplæring i bruk av individuell plan.
- Koordinerende enhet skal kjenne til tilbud og behov innen re-/habilitering.
- Koordinerende enhet skal oppnevne koordinatorene.
- Koordinerende enhet skal bidra til å koordinere spesielt krevende saker, for eksempel i perioder hvor det ikke er framdrift i arbeidet i ansvarsgruppen.
- Det er et viktig poeng at det er fleksibilitet i ordningen.

Det er definert to stillinger på Tildelingskontoret for helse og velferd som ivaretar funksjonen til koordinerende enhet. I tillegg kan saksbehandlere på Tildelingskontoret oppnevne koordinator i saker de følger opp, og melde til koordinerende enhet.

Koordinerende enhet kan sammenkalle en ressursgruppe av ulike fagfolk på tvers av virksomheter, etater og seksjoner, der man kan drøfte samordning av tjenester og andre relevante problemstillinger.

Tjenestepyramide for mestring og rehabilitering

Organisering av rehabiliterings- og mestringstjenestene i Fredrikstad kommune:



Pyramiden viser tilbud med økende grad av tverrfaglig samhandling gjennom den definerte intervensjonsperioden.

I Fredrikstad kommune gjelder følgende tjenestetrapp for tilbud til somatisk syke:



Rehabilitering

Rehabilitering er en prosess med pasient/bruker i sentrum. Den skal være planlagt og målrettet. Den enkeltes behov og mål skal være utgangspunktet for tjenesteyternes bidrag.

Brukermedvirkningen skal være optimal, og tilpasset den enkeltes forutsetninger i alle deler av prosessen. Tjenesteyternes rolle er å bistå brukeren i å optimalisere eller vinne tilbake sin evne til selvstendighet og deltakelse. Tjenester fra ulike fag og sektorer må ses i sammenheng, og bidra til å realisere brukers mål. Rehabilitering er et område hvor samhandling mellom tjenesteytere og bruker er helt avgjørende for å lykkes.

Pårørende er en viktig ressurs i rehabiliteringsprosessen, og en nødvendig støtte for pasient/bruker for å mestre tilværelsen med sykdom og skade. Pårørende bør, så snart som mulig, komme aktivt med i rehabiliteringsprosessen. Helsepersonell må ta hensyn til at det å være pårørende kan medføre betydelige belastninger og endringer av livssituasjonen. Det tverrfaglige teamet i et rehabiliteringsforløp skal fremme en aktiv og selvbestemt deltakelse og ivareta pårørendes behov i den aktuelle situasjonen.

Rehabiliteringsarbeid bygger på noen viktige prinsipper:

- Gjennom kartlegging avdekkes et eller flere funksjonstap.
- Pasient/bruker definerer egne mål forankret i hva som er viktig for han/henne nå.
- Gjennom veiledning og iverksetting av tiltak skal tjenestene bidra til å hjelpe pasient/bruker å nå sine mål.
- Det skal være tverrfaglig samarbeid og i deler av prosessen skal de ulike profesjonene jobbe samtidig, «skulder ved skulder».
- Ved hverdagsrehabilitering er det tverrfaglig samarbeid i kartleggingsprosessen, mens bare en person er ute og veileder brukeren.

Den internasjonale klassifikasjonen av funksjon, funksjonshemming og helse, ICF, er en beskrivelse av helse og helserelaterte forhold. ICF er nyttig innen rehabilitering for å vurdere helse og funksjon i en bredere sammenheng enn som sykdom isolert sett, man ønsker å tydeliggjøre at “alt påvirker alt”.

I utredningen av et helseproblem må man i tillegg til det rent kroppslige, adressere aktiviteter, deltakelse og påvirkning av miljøfaktorer samt personlige faktorer.

Rehabiliteringsprosessen blir beskrevet som lettere å forstå ut fra et funksjonsperspektiv heller enn et diagnoseperspektiv. ICF-modellen er i struktur svært kompatibel med rehabilitering slik begrepet defineres i forskrift om habilitering og rehabilitering.



Fredrikstad kommune tilbyr rehabilitering i hjemmet i form av et ambulant rehabiliteringsteam (ART), samt i en definert rehabiliteringsavdeling.

ART

Fredrikstad kommune opprettet høsten 2012 et ambulant rehabiliteringsteam (ART), bestående av en ergoterapeut, en fysioterapeut og en sykepleier, alle i 100 % fast stilling. Dette teamet gir rask, intensiv og tverrfaglig bistand til egen rehabilitering i eget hjem.

ART er et tilbud til den voksne befolkningen over 18 år. Tilbudet skal gi mulighet til å bo i eget hjem så lenge det er ønskelig og mulig. Tilbudet skal også bidra til økt selvhjelpenhet, økt deltakelse sosialt og i samfunnet, økt engasjement i egen livssituasjon og dermed også økt livskvalitet. Teamet jobber på dagtid mandag til fredag. Tjenesten er vedtaksfestet.

Rehabiliteringsavdelingen

Personalgruppen i rehabiliteringsavdelingen arbeider i tverrfaglig sammensatte fagteam av sykepleier, helsefagarbeider, fysioterapeut, ergoterapeut, logoped og lege. Den tverrfaglige sammensetningen i fagteamene gir et dynamisk og spennende fagmiljø, samt sikrer et helhetlig rehabiliteringstilbud.

Fokus er både på fysisk, psykisk og sosial funksjonsevne. Fagteamene har fokus på funksjonell rehabilitering i brukerens aktivitet og deltakelse i dagliglivets gjøremål.

Sykepleiere og helsefagarbeideres funksjon i fagteamene er blant annet å koordinere rehabiliteringsprosessen rundt hver enkelt bruker, samt å implementere rehabiliteringstiltak i et døgnperspektiv.

Avdelingen har tett samarbeid med Tildelingskontoret, etat Hjemmesykepleie, ART, fysio- og ergoterapeuter i distrikt, og spesialisthelsetjenesten. Det gjennomføres samarbeidsmøter for alle pasienter, i tillegg til andre møtepunkt ved behov.

Det er dagtilbud med tre plasser i rehabiliteringsavdelingen. Brukere kan komme som en forlengelse av et døgnopphold, eller uten forutgående døgnopphold. Vedtak gjøres av Tildelingskontoret, i samarbeid med avdelingen.

Pasienter til døgnopphold kommer hovedsakelig fra spesialisthelsetjenesten. Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten skal ha «generell oversikt over rehabiliteringstiltak i helseregionen» og «ha oversikt over og nødvendig kontakt med rehabiliteringstjenestene» i kommunene. Hensikten med bestemmelsen er å sørge for faste kontaktpunkt for tverrfaglig samarbeid og informasjonsutveksling mellom nivåene. Avklaringer må finne sted i gjensidig dialog mellom berørte parter.

«En god tjenesteyting fordrer at det enkelte tjenestested har gode rutiner for å sikre at egen tjenesteyting står i sammenheng med annet tjenestetilbud i tiltakskjeden.»
(Sitater hentet fra IS-1947 Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet).

Hverdagsrehabilitering

Mens rehabilitering er ressurskrevende, og forbeholdt personer med definert behov for denne typen omfattende oppfølging og behandling, er hverdagsrehabilitering en modifisert form for rehabilitering, som passer for langt flere pasienter/brukere.

Utgangspunktet er et definert funksjonstap, og en motivasjon og evne hos pasient/bruker til å gjennomføre målrettede tiltak som leder fram mot pasient/brukers mål.

Hverdagsrehabilitering innebærer følgende:

- Tverrfaglig kartlegging og vurdering som resulterer i en tiltaksplan. Tiltakene kan gjennomføres av enkeltpersoner, for eksempel hjemmetrenere.
- Målrettet og intensivt fokus på hverdagsaktiviteter.
- Tidlig, tidsavgrenset innsats i personens hjem eller nærmiljø.
- Styrket involvering og samhandling.
- Økt selvhjelpenhet i daglige gjøremål.
- Personen selv styrer deltakelse og hverdagsmestring.
- Inkludering av nærpersoner (Tuntland og Ness 2014).

Erfaringer fra andre kommuner i Norge, Sverige og Danmark sier at ca. 1/3 av nye søknader om helse- og omsorgstjenester egner seg for hverdagsrehabilitering som tiltak. Det er bred faglig enighet om at dette er et tiltak som er nødvendig å innføre for å møte de demografiske utfordringene. Det er nå ønskelig å innføre hverdagsrehabilitering som metode i Fredrikstad kommune.

I henhold til KS-rapporten «Fra passiv mottaker til aktiv deltaker» (2014), anbefales store kommuner å etablere et stort hverdagsrehabiliteringsteam, som ivaretar hele kommunen, framfor å etablere mindre team i ulike soner i kommunen. Dette fordi det er vanskelig å få tilstrekkelig faglig kompetanse i små team, da det krever opplæring av svært mange personer.

Et hverdagsrehabiliteringsteam skal ha fysioterapi-, ergoterapi- og sykepleiekompetanse, i tillegg til at det skal være hjemmetrenere som utfører det meste av treningen. Teamet intervensjoner i en tidsbegrenset periode, og vil erstatte andre tjenester i samme periode. Således bygges teamet opp ved å hente ut ansatte som allerede jobber i de aktuelle etatene/virksomhetene.

Innføring av hverdagsrehabilitering innebærer at det innføres en helt ny måte å jobbe på. Erfaringene fra andre kommuner og land er at det kreves økte ressurser i en periode når man innfører arbeidsmetodikken. På sikt, derimot, forventes det at man får en nedgang i timebruk, fordi brukere oppnår bedring gjennom tiltakene som iverksettes og tjenesten kan dermed avsluttes. Dette i motsetning til tjenesteyting med omsorgsfokus, hvor bruker ofte, sakte men sikkert, trenger mer og mer hjelp.

Hverdagsrehabiliteringsmetodikken kan også benyttes i kommunens korttidsplasser.

Opptrening

En rekke tilstander, spesielt innen ortopedi og revmatologi, trenger opptrening under veiledning av fysioterapeut eller ergoterapeut. I slike tilfeller er det ikke behov for tverrfaglig kartlegging i forkant av at tiltakene iverksettes. I institusjon må personalet på avdelingen være godt kjent med de ulike opptreningsregimene, slik at de også følger opp dette i det daglige.

Opptrening i hjemmet utføres av kommunale ergoterapeuter, kommunale fysioterapeuter eller fysioterapeuter med driftsavtale. For en del pasienter vil grensen mellom behov for ren opptrening og hverdagsrehabilitering være overlappende. Medarbeidere som jobber med opptrening må derfor også kjenne til prinsippene for hverdagsrehabilitering, slik at de kan iverksette dette ved behov.

Hverdagsmestring

Hverdagsmestring er:

- Et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå – i motsetning til en omsorgstilnærming.
- Brukerstyrt, og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltakelse står sentralt.

Det er lang tradisjon for å ha omsorgsfokus i helse- og omsorgstjenesten. I sin natur er omsorgsfokus passiviserende. Å endre dette fokuset til et mestringsfokus i en hel tjeneste, er utfordrende, men ønskelig og nødvendig.

Habilitering

Habiliteringsarbeidet bygger på å motivere brukere med medfødt eller tidlig ervervet skade til å oppnå det beste de kan. Definisjonsmessig er rehabiliteringsprosessen og habiliteringsprosessen like, i den forstand at man forutsetter en målrettet, tverrfaglig og tidsavgrenset innsats. I mange sammenhenger omtales imidlertid habiliteringsarbeidet som et pågående arbeid med fokus på egenmestring som pågår hele livet. Imidlertid er det av stor betydning for brukeren at man systematisk evaluerer målene og de tiltak som er iverksatt, slik at man kan gjøre nødvendige korrigeringer underveis og ikke faller inn i vedvarende, uhensiktsmessige mønstre.

Habiliteringstjenester gis på de arenaer hvor brukeren befinner seg. Mange mennesker med funksjonshemming får tjenester fra kommunen i form avlastningsopphold og botilbud gjennom mange år av livet sitt. Grunnleggende helsetilbud, med fokus på riktig ernæring og regelmessig fysisk aktivitet, vil alltid være en svært viktig del av dette tilbudet og må ha et sterkt fokus gjennom planlegging av tjenestene til hver enkelt bruker.

Spesielt for personer med utviklingshemming er at de kan ha en ujevn ferdighetsprofil. Det kan være at de mestrer avanserte ferdigheter, men at de ikke har lært seg grunnleggende ferdigheter, for eksempel innen personlig hygiene. Å ha god fysisk funksjon er nært knyttet til brukerens ernæringsstatus. Kunnskap om god ernæring hos brukere og hjelpepersonell er et viktig satsingsområde for denne brukergruppen.

Identifisering av funksjonstap egner seg meget godt for intensiv innsats i form av hverdagshabilitering. For å sikre at man benytter anerkjent og effektiv metodikk, bør etat Tjenester til funksjonshemmede etablere et tverrfaglig kompetanseteam for hverdagshabilitering.

Det er godt kjent at overganger (barnehage -> skole, skole -> arbeid, hjemmeboende -> bo for seg selv) utgjør risiko for brudd i optimal oppfølging og behandling. Nedfelte brukerforløp for de vanligste overgangene vil sikre oppfølgingen i disse sårbare periodene av brukerens liv.

Samarbeid mellom ulike instanser er helt sentralt i habiliteringsarbeidet. I kommunen er spesielt seksjon for helse og velferd, seksjon for utdanning og oppvekst og fastlegene sentrale instanser. I tillegg er det et samarbeid med spesialisthelsetjenesten ved habiliteringstjenesten i Sykehuset Østfold HF.

Som andre barn, bor barn med utviklingshemming i hovedsak hjemme fra de er født. Avhengig av utviklingshemmingen vil imidlertid familien få et gradvis økende behov for avlastning.

Fredrikstad kommune har ikke definerte barneboliger i betydningen egne bygg med boliger for barn. Kommunen finner fleksible løsninger der det er behov for at barn flytter fra sine foresatte før de fyller 18 år. Når de har behov for det etter fylte 18 år, flytter de fleste brukere til bolig, hvor de enten får oppfølging fra mobilt team, eller hvor det er stedlig bemanning.

Mobilt team i Tjenester til funksjonshemmede har høsten 2016 om lag 16 årsverk. Av disse er 13 stillinger i 100 prosent, fordelt på 10 årsverk med vernepleiere (herav 1 avdelingsleder og 1 avdelingslederassistent), 1 sykepleier, 1 barnevernpedagog og 1 førskolelærer. Deltidsstillingene er besatt av 2 x helsefagarbeidere, og 3 «rekrutteringsstillinger» på helg (vernepleierstudenter) samt 2 assistentstillinger.

Teamet kartlegger brukere og gir trening og opplæring, slik at brukerne får best mulig boevne. Innsatsen fra teamet kan variere i perioder, men brukerne har ofte tjenesten gjennom mange år.

Etat Tjenester til funksjonshemmede har opprettet ulike dagtilbud for hjemmeboende. Dette er et viktig tilbud som bidrar til at brukere som ikke kan være i arbeidsrelatert aktivitet, likevel får et meningsfylt tilbud på dagtid. For brukere som bor med pårørende, vil dette også fungere som et avlastningstilbud for de pårørende.

Systematisk habiliteringsarbeid fordrer at bruker har:

- Tiltaksplan eller en habiliteringsplan som evalueres regelmessig.
- Tilbud om ansvarsgruppe og koordinator.
- God samordning av tjenestene. Koordinerende enhet er en sentral samarbeidspartner.

Lærings- og mestringstilbud

God sykdomsmestring forutsetter at pasienter og pårørende har tilstrekkelig kunnskap og praktiske ferdigheter til å endre livsstil i tråd med egne mål, vurdere forandringer i sykdomstilstanden og gjennomføre egenbehandling.

Opplæring av brukere og pårørende er avgjørende for å mestre livet med sykdom eller funksjonsnedsettelse. Målet er å bedre pasientens eller brukerens evne til å mestre eget liv. Pasientopplæring kan skje i form av en-til-en konsultasjon, eller i grupper av brukere og pårørende.

Opplæringsbehovet kan blant annet ivaretas hos fastlegen, hos fysioterapeuten, i frisklivssentraler eller i et kommunalt lærings- og mestringssenter. Kommunene bør etablere samarbeid med brukerorganisasjoner om likemannsarbeid, som en del av opplæringstilbudet.

Lærings- og mestringsavdelingen (LMA) i Fredrikstad kommune ønsker å tilby et variert kurstilbud. Tjenesteområder som ser at de kan etablere gruppe-/kursoppfølging som et tjenestetilbud kan gjøre det i regi av LMA. De må imidlertid utarbeide eller framskaffe kursinnholdet selv.

Lærings- og mestringsavdelingen har et overordnet ansvar for å ha oversikt over de ulike tilbudene som kommunen har, samt være med på å søke midler til å utvikle nye tilbud der det er aktuelt. Det er et mål at LMA etter hvert oppleves som en viktig støttespiller også for

kommunens fastleger, slik at kommunen og fastlegene kan samhandle om å skape best mulig tilbud til innbyggerne i Fredrikstad kommune.

Lærings- og mestringsavdelingen skal ha fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid, gjennom samarbeid med aktører som NAV, frivillige organisasjoner, brukerorganisasjoner, spesialisthelsetjenesten samt andre kommunale virksomheter.

Lærings- og mestringsavdelingen tilbyr kurs innen følgende kategorier:

Lærings- og mestringskurs for brukere

- Generelle mestringskurs
- Funksjonsrettede
- Diagnoserettede

Lærings- og mestringskurs for pårørende

- Pårørende – generelle mestringskurs
- Pårørende – diagnoserettede kurs
- Barn som pårørende

Selvhjelp og likepersonsarbeid

- Informasjons- og likepersonsarbeid på Helsehuset (pasientforeninger)
- Kontaktpunkt for selvhjelp
- Igangsetting og koordinering av grupper

Frisklivssentral

- Frisklivssamtale og kartlegging
- Strukturert oppfølging i 3 mnd:
 - Trening (styrke, utholdenhet, smidighet)
 - Motivasjonsgruppe (fokus på motivasjon til livsstilsendring)
 - Røykesluttkurs
 - Bra Mat kurs
 - Samarbeid om lærings- og mestringskurs rettet mot livsstilssykdommer

Status

Rehabilitering, hverdagsrehabilitering og opptrening

Fredrikstad kommune har et godt utviklet tilbud av spesialisert kommunal rehabilitering, både i hjemmet og i institusjon. Fredrikstad korttidssenter gir opptrening. Fredrikstad kommune har kommunale fysioterapeuter og ergoterapeuter, samt fysioterapeuter med driftsavtale, som kan gi brukere oppfølging utenfor institusjon (opptrening).

Andre yrkesgrupper, som fastlege, psykiatrisk sykepleier og ruskonsulent, vil være tilgjengelig i deler av eller hele rehabiliteringsløpet.

Fredrikstad kommune har per 2016 ikke etablert hverdagsrehabilitering, verken i hjemmet eller i institusjon.

Status; institusjon

- 12 definerte korttidsplasser for rehabilitering som døgntilbud.
- 3 definerte plasser for opptrening i dagtilbud.
- Opptrening på Fredrikstad korttidssenter, ikke definert antall plasser.

Status; utenfor institusjon

- Tverrfaglig, ambulant team som gir et spesialisert kommunalt rehabiliteringstilbud i hjemmet (ART).
- Dag- og gruppetilbud for opptrening i regi av virksomhet Friskliv og mestring.
- Målrettet oppfølging fra ulike yrkesgrupper i hjemmet.

Habilitering

Fredrikstad kommune gir tjenester til funksjonshemmede i en rekke ulike bofellesskap, hvor sammensetningen av brukere er tilpasset et gitt funksjonsnivå. Ettersom mange av innbyggerne som skal bo i bofellesskapene ofte har bodd i kommunen i mange år i forkant, har kommunen relativt god oversikt over hvilke boligbehov kommunen skal planlegge for.

Både i bofellesskapene og i avlastningstilbudet jobbes det ut fra et mestringsperspektiv, hvor målet er at bruker utvikler det potensialet han/hun har til å lære ulike ferdigheter.

Dagtilbudene er også viktige arenaer for utvikling av ferdigheter. Det er etablert et mobilt team, som gir tjenester til brukere som bor i ubemannet bolig.

Virksomhet Friskliv og mestring bidrar med ergoterapi- og fysioterapiressurser ved behov, på lik linje med andre brukergrupper. Andre aktuelle tjenester er hjemmesykepleie og helsesøstertjeneste (fra seksjon utdanning og oppvekst).

Det er ikke etablert team for hverdagshabilitering som tjenestetilbud. Dagens tjenester bærer derfor mindre preg av å være koordinerte, tverrfaglige og med felles mål og virkemidler.

Fredrikstad kommune gir tjenester til funksjonshemmede barn og unge med medfødt eller tidlig ervervet skade i egen bolig. Denne gruppen har behov for koordinerte og samordnede tjenester på tvers av kommunes organisering, og en tydeligere samordning av mål og virkemidler/kompetansebruk.

Status hjemmeboende:

- 1100 brukere i denne målgruppa fikk ergoterapi og/eller fysioterapi i 2015.

Status; institusjon

- Avlastning: 24 senger
- 23 bofellesskap – 148 leiligheter

Status; utenfor institusjon

- Avlastning: privat avlastning i hjemmet som godtgjøres av kommunen.
- Dagtilbud: 6 ulike steder, ca 77 plasser.
- Mobilt team: Har i dag 87 brukere, har hatt en kraftig økning i antall brukere de siste 3 årene. Et nytt team er under etablering.

Koordinerende enhet

- administrativt og fysisk plassert i Tildelingskontoret for helse og velferd.
- har overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator,
- har oversikt over rehabiliteringstilbudet i regionen,

Lærings- og mestringsstilbud

- Fredrikstad kommune etablerte en lærings- og mestringsavdeling fra 1.1.2014.
- Avdelingen driver ulike kurs- og gruppetilbud rettet mot personer med somatiske helseplager, psykiske helseplager og rusavhengighet.
- Frisklivssentralen er organisert under denne avdelingen.

Utfordringer

Innføringen av et forebyggende og rehabiliterende tankesett i tjenestene forutsetter en forankring politisk, administrativt og i faglig ledelse. Det vil også forutsette informasjon og opplæring av befolkningen generelt.

Organisering

- Et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud forutsetter både god ledelsesforankring, kompetanse, kunnskapbaserte arbeidsformer, effektiv organisering og tilstrekkelig kapasitet.
- En forutsetning for et godt tilbud er at helsepersonell har evnen til å identifisere behovene og har kunnskap om hva som er effektive tiltak. De må mye oftere stille spørsmålet: Trenger pasienten eller brukeren habilitering eller rehabilitering, og hvilke tjenester må involveres for at brukeren skal oppnå bedre funksjons- og mestringssevne? Det er også en utfordring at målene kan være uklare, og at man har ulik begrepsforståelse.
- Den vertikale organiseringen av kommunehelsetjenesten kan være en utfordring sett i forhold til tverrfaglig samarbeid. Det er ulik ledelse av eksempelvis hjemmetjeneste, tildelingskontor og rehabiliteringstjeneste, og dermed få formelle og uformelle møtepunkter.

Demografi

I Fredrikstad kommune – som i resten av landet – forventes et økende antall eldre fra 2020. Det er så langt ikke planer om utvidelse av tilbudet om heldøgns institusjonsplasser tilsvarende den forventede økningen av antall eldre. Det framtidige tilbudet har som mål at befolkningen bor så lenge som mulig i eget hjem.

Sykdomspanoramaet

Omfanget av livsstilssykdommer (WHO: noncommunicable chronic diseases, NCDs) med hjerte-karsykdommer, kreft, kroniske lungesykdommer og diabetes som de største, øker i befolkningen.

Inntil nå har hovedoppfølgingen ved disse lidelsene vært individuell. Framtidige tilbud må i større grad være gruppebaserte, dersom det ikke oppfattes som mer belastende for pasienten, og lærings- og mestringsavdelingen må samhandle med primærhelsetjenesten for øvrig når det gjelder utvikling av tilbud, slik at kommunen totalt sett tilstreber å dekke alle eventuelle hull i behandlingstilbudet.

Utover økningen i forekomst av de tradisjonelle livsstilssykdommene, ser vi også en økning av personer med muskel- og skjelettplager, lettere psykiske lidelser samt innbyggere med dobbeltdiagnose rusavhengighet og psykisk lidelse (ROP).

Mønsteret med høyere levealder, økende forekomst av livsstilssykdommer, rusavhengighet og psykiske lidelser sees også hos innbyggere med psykisk utviklingshemming. Det er viktig at brukere blir tilstrekkelig kartlagt, slik at man klarer å skille brukers ulike lidelser og funksjonstap fra hverandre.

Mål, strategier og tiltak

Plan for mestring, rehabilitering og habilitering har to sammenfallende overordnede målsettinger med Kommunedelplan Helse og velferd 2016–2027.

Målsetting 1: Innbyggerne har mulighet for et selvstendig og verdig liv

Målsetting 2: Alle bor trygt, i egnet bolig

Strategier og tiltak

- Innføre hverdagsmestring som grunnleggende tankesett i alle kommunens tjenester
 - i. God forankring i administrativ ledelse.
 - ii. Tydelig markering av et skifte.
 - iii. Etablere opplæringstilbud som gir ansatte forståelse for, og kunnskap om, å omsette dette i praksis.
- Forebyggende tiltak rettet mot personer med ulike funksjonsbegrensninger, både somatisk og psykososialt,
- Forebyggende tiltak rettet mot eldre,
- Videreutvikle lærings- og mestringsavdelingen og frisklivssentralen, som en naturlig del av primærhelsetilbudet i kommunen.
- Etablere et bredt spekter av muligheter for bruk av velferdsteknologi.
- Etablere samarbeid med frivillige organisasjoner.

I tillegg har Plan for mestring, rehabilitering og habilitering to særskilte mål:

Målsetting 3: Fredrikstad kommune har et fleksibelt rehabiliteringstilbud

Strategier og tiltak

- Innføre hverdagsrehabilitering som arbeidsmetodikk både i hjemmebaserte tjenester og i institusjon.
 - i. Etablere et hverdagsrehabiliteringsteam
 - ii. Hverdagsrehabiliteringsteamet forankres faglig i team rehabilitering i virksomhet Friskliv og mestring.
 - iii. Kunnskap om rehabiliteringsprinsipper og arbeidsmetodikk overføres fra rehabiliteringsavdelingen til relevante avdelinger på Fredrikstad korttidssenter.
- Tilby målrettet opptrening, både i institusjon og i hjemmet.
- Opprettholde det spesialiserte kommunale rehabiliteringstilbudet vi allerede har.

- Avklare med spesialisthelsetjenesten hvilke rehabiliteringsoppgaver som skal løses i kommunen, og hvilke som skal løses i spesialisthelsetjenesten.
- Koordinerende enhet har oversikt over rehabiliteringsbehov og –tilbud for kommunens innbyggere.

Målsetting 4: Fredrikstad kommune har en habiliteringstjeneste som er basert på jevnlig evaluering av tilbud og ivaretagelse av overganger

Strategi og tiltak

- Det er en grunnleggende kompetanse innen ernæring og fysisk aktivitet i tjenesten, og dette gjenspeiles i tilbudet som gis.
- Kontinuerlig strukturert opplæring i ulike former for arbeidsmetodikk; det må være et skille mellom målrettet, tidsavgrenset rehabiliteringsarbeid og systematisk oppfølging som pågår til enhver tid.
- Etablere kompetanseteam for hverdagshabilitering i etat Tjenester til funksjonshemmede.
- Koordinerende enhet sikrer opplæring i koordinatorrollen og bruk av individuell plan. Samhandlingen er krevende fordi to seksjoner – Helse og velferd og Utdanning og oppvekst – er involvert
- Etablere brukerforløp for de vanligste overgangene; barnehage-skole, skole-arbeid, hjemmeboende-bo for seg selv.

Vedlegg 1: Planforutsetninger

Nasjonale føringer

Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009))

Stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid – kom i juni 2009. Regjeringen fremmet fem hovedgrep for å møte dagens og framtidens utfordringer:

- klarere pasientrolle,
- ny framtidig kommunerolle,
- etablering av økonomiske insentiv,
- spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse,
- legge til rette for tydeligere prioriteringer,
- ny folkehelselov.

Helse- og omsorgstjenesten i kommunen var tiltenkt en ny rolle, gjennom økt fokus på forebygging av sykdommer, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging. Samhandlingsreformen har fokus på å øke livskvalitet og redusere press på helsevesenet, gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid. Veksten i bruk av helsetjenester kan dempes, ved at en større del av helsetjenestene blir gitt av kommunehelsetjenesten. Kommunene og helseforetakene er pliktige til å samarbeide, og det pålegges at det inngås samarbeidsavtaler på en rekke områder.

Ny folkehelselov gir kommunene et formelt ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom. Folkehelsearbeidet handler om å skape gode oppvekstvilkår for barn og unge, forebygge sykdom og skader, og utvikle et samfunn som fremmer fellesskap, trygghet, inkludering og deltakelse for alle innbyggere i kommunen. Det krever systematisk og langsiktig innsats både i og utenfor helsetjenesten, og på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer.

Ansvar og meistring – mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk (Meld. St. nr. 21 (1998-99))

Meldingen presenterer strategiar for et mer systematisk og effektivt rehabiliterings- og habiliteringsarbeid på brukernes premisser. Målet med meldingen er å fremme selvstendighet og deltakelse, og å medvirke til et verdig liv og like sjanser for mennesker med funksjonstap eller kronisk sykdom. Det er nødvendig å utvikle en helhetlig politikk på rehabiliteringsfeltet, som kan sikre at ulike tiltak trekker i samme retning

Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Meld. St. 26 (2014–2015))

Regjeringen ønsker med primærhelsemeldingen å tilrettelegge for en framtidsrettet kommunal helse- og omsorgstjeneste. Meldingen påpeker at en framtidsrettet tjeneste er en tjeneste som tar beslutninger i samråd med brukerne, bidrar til meistring, har god tilgjengelighet og er innrettet i tråd med utviklingen i sykdomsforekomst, fag, teknologi og samfunnsutviklingen for øvrig. Fra å ha et perspektiv der tjenestene responderer på individuell etterspørsel, må tjenestene forutsettes å ha et aktivt forhold til populasjonen de har ansvar for. Målet er å nå grupper der sykdomsutvikling og sykehusinnleggelser kan forhindres gjennom forebygging, tettere og mer strukturert oppfølging, opplæring og rehabilitering. Tjenestene må organiseres slik at de støtter opp under og utløser alle de ressurser som ligger hos brukerne selv, deres pårørende og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet, i ideelle virksomheter og i næringslivet. Retningen som pekes ut er i

samsvar med samhandlingsreformens målsettinger og tar denne videre. Meldingen påpeker behov for endringer innenfor kommunenes organisering, arbeidsdeling, arbeidsformer, kompetanse og ledelse.

Veileder for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2015)

Helsedirektoratet la ut en ny elektronisk veileder for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator i 2015. Viktige punkter i den nye veilederen er:

- Pasienter og brukere har rett til tjenester slik at de kan nå sitt potensial for økt funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse.
- Læring og mestring er viktige elementer i helhetlige forløp.
- Sterkere lederforankring av koordinering og samarbeid.
- Økt bruk av individuell plan og koordinator.
- Styrke den habiliterings- og rehabiliteringsfaglige kompetansen.
- Bedre tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid.

Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (IS-1947 (2012))

Helsedirektoratet utga rapporten om ansvars- og oppgavedeling i 2012.

Viktige punkter i den nye veilederen er:

- Pasienter og brukere har rett til tjenester slik at de kan nå sitt potensial for økt funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse.
- Læring og mestring er viktige elementer i helhetlige forløp.
- Sterkere lederforankring av koordinering og samarbeid.
- Økt bruk av individuell plan og koordinator.
- Styrke den habiliterings- og rehabiliteringsfaglige kompetansen.
- Bedre tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid.

Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering

Framlagt i oktober 2016.

Fra passiv mottaker til aktiv deltaker: Hverdagsrehabilitering i norske kommuner (KS, 2014)

20 norske kommuner som har innført hverdagsrehabilitering har deltatt i prosjektet. På bakgrunn av dette er det utarbeidet en rapport som beskriver:

- suksesskriterier (forankring i politisk og administrativ ledelse, ressurser til innsats i en periode, holdnings- og kulturendring, kompetanse, forpliktende tverrfaglig arbeid og informasjon til og motivasjon av brukere og pårørende)
- modell for organisering
- inklusjonskriterier, varighet av tiltak
- dokumentasjon

NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg

Tradisjonell drift av omsorgstjenester i kommunene er ressurskrevende. De kommunale omsorgstjenestene har et stort potensiale for innovative grep og nyskaping i forhold til blant annet:

- Ny teknologi
- Arkitektur og nye boformer
- Brukerinnflytelse og egenmestring
- Forskning og utvikling

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011

(Særtrykk av St .prp. nr. 1 (2007-2008), kapittel 9)

Nasjonale faglige veiledere

Lokale føringer

Kommunedelplan Helse og velferd 2016–2027

Kommunedelplan Helse og velferd utdyper mål og verdier i kommuneplanen for Fredrikstad kommune, og er et overordnet styringsdokument, som skal legge grunnlaget for å kunne gi mestring fremmende, likeverdige, trygge og effektive helse- og velferdstjenester til innbyggerne i kommunen.

I planen er det fastsatt langsiktige, overordnede mål, i et 12-års perspektiv. Enkelte mål grenser opp mot andre sektorer og samfunnsområder. Planen angår både de som mottar helse- og velferdstjenester i dag, framtidige tjenestemottakere, pårørende, frivillige og hele Fredrikstadsamfunnet.

Kommunedelplanen fastsetter strategier for å nå målsettingene. Konkrete tiltak knyttet til mål og strategier vil årlig bli utarbeidet og oppdatert i handlingsplan, budsjett og etats- og virksomhetsplaner.

Målsetting 1: Innbyggerne har mulighet for et selvstendig og verdig liv.

Målsetting 2: Alle bor trygt, i egnet bolig.

Målsetting 3: Helse- og velferdstjenestene er likeverdige, trygge og effektive.

Samarbeidsavtalen (SØ – kommunene, 2012) med 16 underliggende retningslinjer

Retningslinje 2: Helhetlige og sammenhengende helsetjenester til pasienter og brukere med behov for koordinerte tjenester.

Forpliktende rehabiliteringsforløp (ADMS, sak 38-13)

Forpliktende rehabiliteringsforløp innen hofte-/kneartrose, hjerneslag, fedme og myalgi mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene (2014).

Lover og forskrifter

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011)
I § 3-2 listes det opp tjenester som kommunen plikter å tilby, og rehabilitering beskrives her i pkt. 5 som "*Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering*". 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. I kapittel 7 angis krav til kommunene knyttet til individuell plan, koordinator og koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2014)



**FREDRIKSTAD
KOMMUNE**