



Re- og habiliteringsplan for Våler kommune

2020 - 2030



Innhold

1. Innledning	3
2. Rehabilitering og habilitering – definisjoner og formål.....	4
3. Re- og habilitering i Våler kommune	5
3.1 Rehabilitering barn og unge (0-20 år)	5
3.2 Rehabilitering voksne (21-69 år).....	5
3.3 Rehabilitering eldre (fra 70 år)	6
3.4 Habilitering	6
4. Brukermedvirkning og pårørendesamarbeid.....	8
4.1 Brukermedvirkning.....	8
4.2 Pårørendesamarbeid	9
5. Koordinerende enhet og Individuell plan.....	10
6. utfordringer i Våler kommune	12
6.1 Økende andel eldre.....	12
6.2 Økende andel brukere med sammensatte helseutfordringer	12
6.3 Økt ansvar på kommunen	13
7. Handlingsplan.....	14
7.1 Kommunens satsningsområder	14
7.2 Hovedmål	18
7.3 Delmål.....	18
7.4 Tiltaksplan	18
7.5 Økonomiske konsekvenser	21
Vedlegg nr 1- Hva hver tjenesteenheter kan tilby	eget dokument
Vedlegg nr 2 – Folkehelseprofilen 2019.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.

Arbeidsgruppe

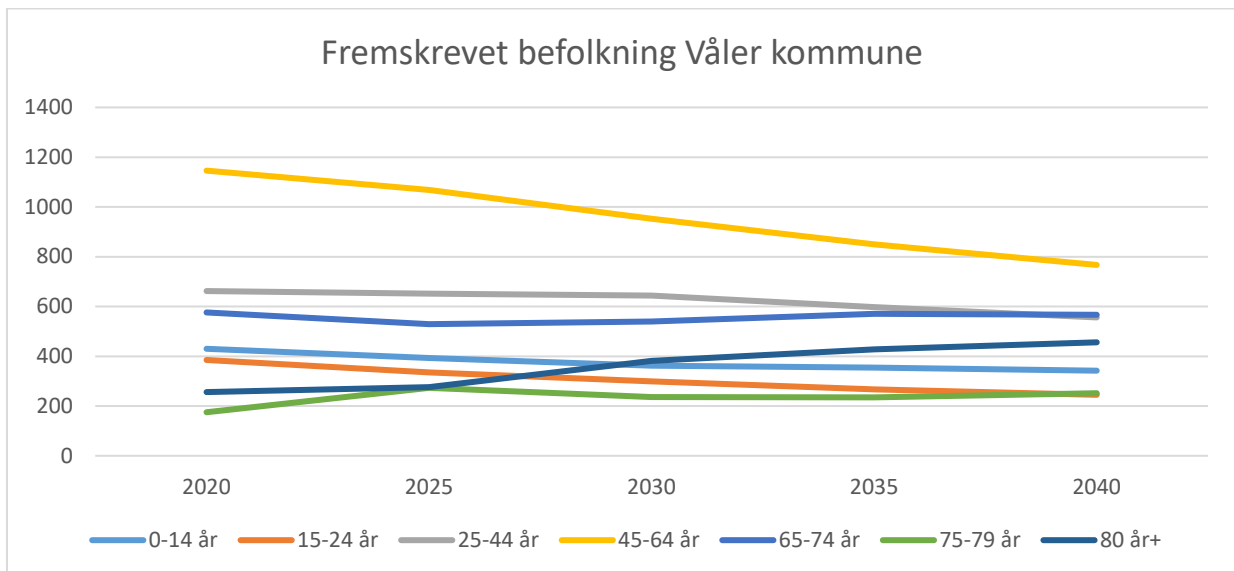
Siri Brunborg, Helsesjef
Margrethe Smørbøl, Tiltak og tjenester for funksjonshemmede (TIFU)
Solveig Rensmoen, Hjemmetjenesten
Bente Libekk, Hjemmetjenesten
Torunn Syversen, Våler Omsorgssenter (VOS)
Marianne Eek Steimler, Helsestasjon og skolehelsetjenesten
Linda Helene Korbøl, Psykisk helse- og rustjeneste (PHRT) og Barn-,
unge- og familieteam (BUF)
Liv Brekka, Frisklivssentralen
Birgit Wenstad, Ergo- og fysioterapitjenesten
Marie Kroken Bakke, Ergo- og fysioterapitjenesten
Sofija Elise Bølla, Ergo- og fysioterapitjenesten

Arbeidsgruppen har hatt 6 møter ilt første halvår 2019, samt hatt jevnlig samarbeid via mailkorrespondanse og noe møtevirksomhet i mindre grupper. Hovedansvarlig for prosjektet har vært Sofija Elise Bølla (fysioterapeut), som har hatt en deltids prosjektstilling finansiert av Fylkesmannen.

1. Innledning

Bakgrunn for planen

For å møte nåværende og fremtidige behov innenfor helsesektoren ble det besluttet at Våler kommune skulle utarbeide en ny og oppdatert handlingsplan for habilitering og rehabilitering. Forrige re- og habiliteringsplan er fra 2012. Kommunen ser en endring i tjenestepraksis etter innføring av samhandlingsreformen og vi ser at helseutfordringene i kommunen har endret seg over tid. Alderssammensetningen i Vålers befolkning endrer seg. Det blir flere eldre og færre yngre innbyggere. Samtidig erfarer vi et økende tjenestebehov i alle aldre. Størst har økningen vært blant brukere i aldersgruppen [18-49 år](#), en økning på 14,4 % fra 2014-2017 på landsbasis.



Vi ser at [folkehelseprofilen](#) for Våler kommune er utfordrende og vi ønsker å jobbe forebyggende rettet mot dagens folkehelseprofil. Se vedlegg nr 2, folkehelseprofilen for 2019. Vi kommer tilbake til dette i kapittel 6 og 7.

Kommunens initiativ

Kommunen har en aktiv tilnærming på flere områder, flere tiltak innenfor re- og habilitering er igangsatt. Kommunal fysioterapeut ble ansatt høsten 2018 for å styrke re- og habiliteringstilbudet med hovedfokus på forebyggende tiltak blant barn og unge og hjemmeboende eldre. Skolehelsetjenesten og jordmortjenesten er styrket. Ergoterapeutene samarbeider tett med Hjemmetjenesten om prosjektet «Lengst mulig i eget hjem» med forebyggende hjemmebesøk og hverdagsrehabilitering. Det satses på velferdsteknologi og trygghetsalarmsystemet oppdateres. PHRT jobber aktivt med behandling, lavterskeltilbud og møteplasser. Frivilligsentral ble etablert våren 2019, et tilbud for hele befolkningen.

2. Rehabilitering og habilitering – definisjoner og formål

Med **habilitering** menes funksjonsnedsettelse som skyldes medfødte eller tidlig ervervede tilstander (før fylte 18 år). Behovet for habilitering varer som oftest livet ut. Målgruppene innen habilitering trenger bistand til å oppøve nye funksjoner og ferdigheter som de i utgangspunktet ikke har hatt.

Med **rehabilitering** menes funksjonsnedsettelse som følge av sykdom, skade eller rusavhengighet. Målgruppene innen rehabilitering trenger bistand til å re-lære og oppøve tidligere funksjoner og ferdigheter. Mange må lære å mestre et liv med varige funksjonsnedsettelse og/eller mestringsutfordringer.

Habilitering og rehabilitering defineres som følgende

«Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringssevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet».

[Forskrift om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator](#) har som formål å sikre at tjenestene tilbys og ytes

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

Kapittel 8.1 i [«Nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator»](#) omhandler kommunens ansvar for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, undersøkelse og utredning av behov, kompetansekrav, tjenestetilbud, hjelpemidler og ergonomiske tiltak og tjenester til barn, unge og voksne med habiliteringsbehov.

3. Re- og habilitering i Våler kommune

Oversikten over rehabiliteringstilbud i kommunen er delt inn i aldersgruppene; barn og unge, voksne og eldre. Rehabilitering nevnes som et eget punkt og omfatter alle aldersgruppene. Fylkeskommunen har ansvar for [tannhelsetjenesten](#). De kommunale tjenestene har rutiner som ivaretar brukeres rettigheter for tannbehandling i re- og habiliteringsløp.

Se vedlegg nr 1 for ytterligere informasjon om tjenesteenhetenes målsetning og tilbud i Våler.

3.1 Rehabilitering barn og unge (0-20 år)

Samarbeid med barnet og foreldrene/pårørende vektlegges. Rehabiliteringstilbudet tilpasses individuelt ut ifra den enkeltes skadeomfang og behov. De vil motta de samme tjenestene som voksne og eldre, men det er flere og andre samarbeidsparter: Helsestasjonen, Skolehelsetjenesten, Barn-, unge- og familieteam (BUF), fastlege, ansatte i barnehage og på skolen, Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), logoped, barnevern, Psykisk helse- og rustjeneste (PHRT), Tiltak og tjenester for funksjonshemmede (TIFU), Ergo- og fysioterapitjenesten, Hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

3.2 Rehabilitering voksne (21-69 år)

Brukers egne ønsker og behov vektlegges. Vi samarbeider tett med pårørende, og barn som pårørende har særlig fokus.

Våler kommune samarbeider interkommunalt med Åsnes kommune om å tilby tjenester hos Frisklivssentralen. Tilbudet er både rehabiliterende og primær- og sekundærforebyggende. Frisklivssentralen hjelper innbyggere med å endre levevaner og mestre sykdom. Det tilbys også ulike lærings- og mestringskurs.

PHRT tilbyr bl.a. individuelle samtaler, assistert selvhjelp, gruppetilbud med vekt på sosial trening og fysisk aktivitet, støttekontakt, aktivitetsthus, pårørendearbeid, undervisning og veiledning til andre etater/interessegrupper og praktisk bistand og oppfølging i egen bolig.

Hjemmetjenesten tilbyr hjemmesykepleie, hjemmehjelp, Brukerstyrt personlig assistanse (BPA), støttekontakt, matombringning, kreftkoordinator og bofellesskap for eldre.

Ergo- og fysioterapitjenesten kobles inn ved et rehabiliteringsbehov for blant annet å kartlegge, undersøke, vurdere behov for bistand, gi råd, behandle, tilrettelegge for aktivitet og formidle hjelpemidler. Privatpraktiserende fysioterapeuter jobber i hovedsak med hjemmeboende i denne aldersgruppen.

3.3 Rehabilitering eldre (fra 70 år)

Brukers egne ønsker og behov vektlegges. «Hva er viktig for deg?»-initiativet benyttes aktivt, se nærmere beskrivelse i kapittel 4.1. Vi samarbeider tett med pårørende og/eller verge.

Det interkommunale samarbeidet om Frisklivssentralen innebærer også ukentlige gruppetreninger for eldre. Tilbudet er rehabiliterende og forebyggende og tilbys eldre som trenger hjelp til å endre levevaner, mestre sykdom og å opprettholde eller bedre fysisk funksjon.

PHRT, Hjemmetjenesten og Ergo- og fysioterapitjenesten sitt tilbud for voksne gjelder også for eldre hjemmeboende. Hjemmetjenesten tilbyr i tillegg hverdagsrehabilitering og ”Lengst mulig i eget hjem” i samråd med Ergo- og fysioterapitjenesten.

Våler omsorgssenter (VOS) tilbyr langtids-, korttids-, avlastnings- og dagopphold, og palliativ omsorg. Korttidsoppholdet regnes som et rehabiliteringsopphold hvor det er forventet bedring innen kort tid. Kommunen har et eget demenssteam, se kommunens demensplan, og tilbyr dagsenter for de med kognitiv svikt. Ergo- og fysioterapitjenesten kobles inn ved behov, og tilbyr veiledning, hjelpemiddelformidling, rådgivning for tilrettelegging av bolig, kartlegging og trening.

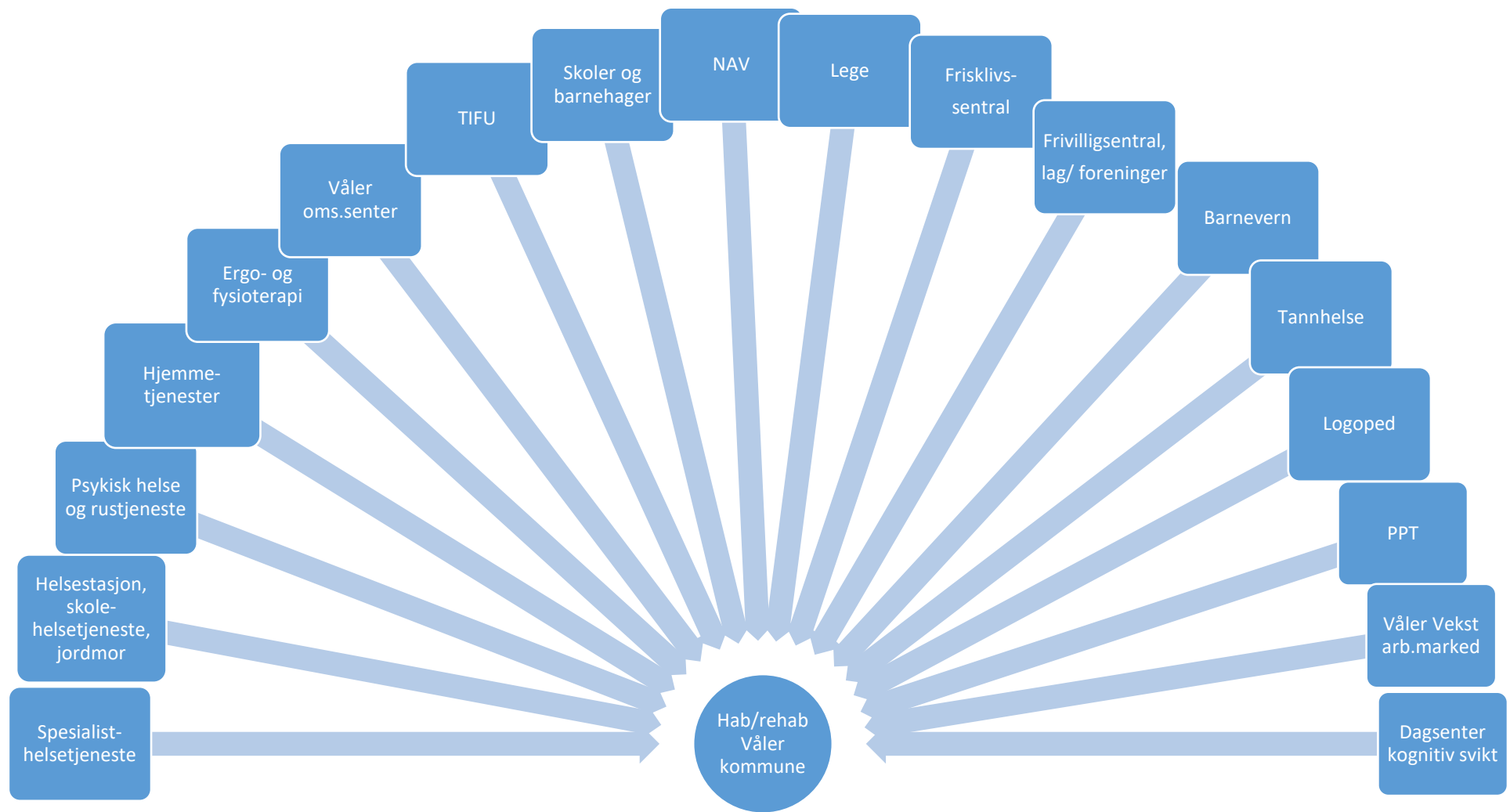
3.4 Habilitering

Habilitering er hovedansvaret til TIFU, og omfatter barn, unge, voksne og eldre.

TIFU tilbyr heldøgnsomsorg, praktisk bistand og opplæring, avlastning, støttekontakt og omsorgsstønning ved behov.

Samarbeid med bruker, pårørende, verge og støttekontakt vektlegges. Det samarbeides tett med habiliteringstjenesten på et tverrfaglig nivå, spesialisthelsetjenesten kontaktes ved behov. Helsestasjon, skolehelsetjenesten, skole, barnehage, PPT og logoped er naturlige samarbeidspartener når det gjelder barn og unge. Ergo- og fysioterapitjenesten bistår med kartlegging, vurdering, behandling og tilpasning av hjelpemidler ved behov. Andre aktuelle samarbeidspartener er fastlegene, Hjemmetjenesten, PHRT, tannhelsetjenesten, NAV, Våler Vekst og andre arbeidsmarkedstiltak.

TIFU har etablert to interne grupper, en for målrettet miljøarbeid og en for konflikthåndtering. Habiliteringstjenesten har kurset disse gruppene. Dette er et ledd i å overføre ansvar til kommunen for å håndtere slike saker selv. De etablerte interne gruppene skal bistå med opplæring og veiledning for å håndtere krevende situasjoner ved behov.



4. Brukermedvirkning og pårørendesamarbeid

Våler kommune har fokus på brukermedvirkning og pårørendesamarbeid.

4.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en [lovfestet rettighet](#). Tjenesten har plikt til å involvere brukere i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud. [Brukermedvirkning](#) skal medføre at bruker blir tatt på alvor, at bruker blir behandlet med respekt, at bruker føler tillit og trygghet og at bruker får hjelp når behovet er der. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Når barn er tjenestemottakere skal det legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet.

Regjeringen la i 2018 frem [«Leve hele livet»](#), en kvalitetsreform for eldre. Reformen handler om å skape et mer aldersvennlig samfunn der eldre kan leve gode liv og delta i fellesskapet. Målgruppen er alle eldre over 65 år. Fokuset er rettet mot at eldre kan mestre livet lengre, være trygge på at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende skal få den hjelpen de trenger og at tjenesteytere skal få brukt sin kompetanse.

Folkehelseinstituttet og KS har samarbeidet om [«Gode pasientforløp»](#). Pasient og brukers involvering og medvirkning i eget pasientforløp er viktig i satsingen «Gode pasientforløp». Dette har ført til en retningsendring hvor vi som tjenesteytere skal flytte fokuset fra «hva er i veien med deg?» til «hva er viktig for deg?». [«Hva er viktig for deg?»](#) initiativet fører til iverksetting av tiltak basert på brukers egne mål. [Helhetlig pasientforløp i hjemmet](#) er den andre grunnpilaren i «Gode pasientforløp» og er et strukturert utskrivnings- og oppfølgingsprogram som skal sikre gode overganger mellom helsetjenestene for pasient og bruker.

På individnivå vil brukermedvirkning bl.a. innebære tett samarbeid med tjenesteenheten, deltakelse på ansvarsgruppemøter/samarbeidsmøter, involvering i utarbeidelse av IP, deltakelse i brukerundersøkelser, utarbeiding av en målplan, samt gjennomføring og evaluering av eget forløp. «Hva er viktig for deg?» er et sentralt verktøy ved brukermedvirkning.

På systemnivå er Eldre og funksjonshemmedes råd (EF) en viktig ressurs. Ungdomsrådet kan også være en aktuell samarbeidspart. Ulike virksomheter i kommunen har samarbeid med diagnosespesifikke interessegrupper gjennom samarbeidsmøter, -avtaler og representasjon i styringsgrupper for utviklingsprosjekter. Politisk fagutvalg for helse og omsorg (HO) behandler alle saker tilknyttet helse-, pleie- og omsorgstjenestene i kommunen.

4.2 Pårørendesamarbeid

Pårørende er ofte pasientens eller brukerens viktigste støtte og ønsker i de fleste situasjoner å være en ressurs for pasienten eller brukeren. Pårørende kjenner pasienten eller brukeren godt, og har erfaring med hva som kan bidra til å hjelpe. Mange pårørende utøver betydelige ansvars- og omsorgsoppgaver overfor sine nærmeste og utgjør på denne måten en sentral del av vårt samfunns totale omsorgsressurs. [Pårørendeveilederen](#) beskriver pårørendes rettigheter og helse- og omsorgstjenestens plikter og gir anbefalinger om god praksis.

[Pårørendeprogrammet](#) er et læringsverktøy for ansatte i helse- og omsorgstjenesten og skal gi økt kunnskap og trygghet i møte med pårørende. [Pårørendesenteret](#) gir pårørende kunnskap, tips og råd, historier fra andre pårørende, og oversikt over rettigheter og hjelpetilbud.

Våler kommune tilbyr [pårørendeskole](#) for å bistå pårørende til personer med demens.

Aktuelle samarbeidsområder hvor pårørende inkluderes er deltakelse på ansvarsgruppemøter/samarbeidsmøter, utarbeidelse av målplan og evt. IP og deltakelse i pårørende- og brukerrepresentantundersøkelser. Pårørende kan være en god støtte til bruker under gjennomføring av forløpet, samt evaluering av forløpet sammen med bruker og tjenesteenheten.

5. Koordinerende enhet og Individuell plan

Koordinerende enhet (KE)

Det skal være en [koordinerende enhet](#) i kommunen. KE skal ha oversikt over tilbud og behovet for habilitering og rehabilitering i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, samt være spesialisthelsetjenestens kontaktperson og port inn i kommunen. KE skal koordinere kommunens helsetjenester og Individuell plan (IP). KE bør møtes minst 3-4 ganger i året, og består av følgende personer: systemkoordinator for IP, virksomhetsleder for Helse, virksomhetsleder for pleie og omsorg, virksomhetsleder for TIFU og virksomhetsleder for NAV. Virksomhetsleder for aktuelle barnehager og skoler innkalles til drøfting av enkeltsaker.

Systemkoordinator

Systemkoordinator er den i KE som har hovedansvaret for IP, koordinatorene, møteinnkalling og referering.

Individuell plan (IP)

Personer med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosiale tjenester har rett på IP og koordinator. Alle tjenesteytere plikter å vurdere tjenestemottakers behov for IP, informere om rettigheten og bistå med henvendelse om IP. En IP utløser ikke flere rettigheter til mer helsehjelp enn det som fremgår i øvrig regelverk.

jf. [Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator kap 5 §16-23](#)

jf. [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator kap. 13](#)

Koordinator

Alle tjenestemottakere som takker ja til IP får oppnevnt en [koordinator](#). Koordinatoren leder planarbeidet og følger opp planeier/tjenestemottaker og dens IP. Om tjenestemottaker takker nei til IP, kan man få tilbud om kun en personlig koordinator.

Individuell plan og tverrfaglig samarbeid

I re- og habiliteringsarbeidet har IP en sentral rolle, det er et tverrfaglig samarbeidsverktøy mellom tjenestemottaker og tjenesteyter. En helhetlig IP skal sikre brukermedvirkning, systematikk, samordning og forutsigbarhet, samt være et sentralt verktøy for tett og godt samarbeid for de med behov for tjenester fra flere instanser. I utarbeidelsen av IP står

planeieren i sentrum. Det er formålstjenlig at fremtidige samarbeidsparter blir trukket med inn i planarbeidet og at ansvarsgruppen gjøres kjent med planen.

Koordinator er ansvarlig for å kalle inn til ansvarsgruppemøter. Ansvarsgruppen bør bestå av de aktive samarbeidsparter for tjenestemottakers IP. Det er en god arena for tverrfaglig samarbeid og oppfølging av planarbeidet, og skal bidra til:

- Styrket samarbeid og kunnskap om hverandres roller, kompetanse og holdninger, samt danning av relasjoner og tillit
- Avklaring av felles målsetning, opprettholdelse av en felles retning i planarbeidet
- Et fora for diskusjon og drøfting av veiledning og metodearbeid knyttet til ulike virksomheter.



6. utfordringer i Våler kommune

Vi ønsker å se nærmere på nåtidens og det vi antar blir fremtidens utfordringer innenfor helsesektoren i Våler kommune. Dette for å møte utfordringene på best mulig måte, og videreføre det til videre arbeid både innenfor forebygging, rehabilitering og habilitering. Vi kategoriserte inn i tre hovedutfordringer. Se vedlegg nr 2, folkehelseprofilen for 2019.

6.1 Økende andel eldre

Kartlegging av innbyggere i Våler kommune viser at «eldrebølgen» starter her i 2025. Forventet levealder i 2013 var 74,5 år for menn og 78,9 år for kvinner i Våler kommune. I 2019 har dette økt til 76,8 år for menn og 80,8 år for kvinner. Det er utfordrende å tilrettelegge for at eldre skal bo hjemme lengst mulig da mange boliger er dårlig egnet til forflytning med hjelpemidler.

At man bor hjemme lengst mulig betyr også at mange bor alene, og mange eldre er [ensomme](#). Folkehelseprofilen fra 2013 viste at 17 % av innbyggerne i Våler bodde alene, tallene fra 2019 viser at 27 % bor alene. Dette påvirker den fysiske og psykiske helsen. Mange har reduserte transportmuligheter og lange avstander til nettverk, sosiale sammenkomster og butikk. For mange er det vanskelig å ta initiativ til å komme seg ut av hjemmet på egenhånd.

Den teknologiske utviklingen av ulike tjenester de senere årene har skjedd raskt, og fortsetter å øke i omfang. Dette skaper utfordringer for mange eldre som ikke har tilgang til internett, ikke mestrer å bruke smarttelefon, nettbrett og andre teknologiske hjelpemidler, og som ikke har et nettverk som kan hjelpe dem.

Andelen eldre med [demens](#) vil dobles de neste tiårene. [Demensplanen](#) for 2020 anslår at ca 80 000 i Norge har demens, hvorav litt over halvparten er diagnostisert.

** alle tall er hentet fra [folkehelseprofilene](#) fra 2013-2019 og gjelder for Våler kommune.*

6.2 Økende andel brukere med sammensatte helseutfordringer

Vi ser en økende andel brukere i alle aldre med livsstilssykdommer. Andelen barn og unge med overvekt og fedme i Norge har økt. Ifølge folkehelseprofilen fra 2019 har 38 % av 17-åringene i Våler overvekt eller fedme, i 2016 var andelen 32 %. 26 % av ungdomsskoleelevene har mer enn 4 timer skjermtid etter skoletid daglig, økende skjermtid gir økt andel barn og unge med [muskel- og skjelettplager](#). [Dagens ungdom](#) sitter i snitt stille 73 % av dagen. Bare 69 % av ungdommene i Våler er fornøyd med egen helse. Kun 45 % av [barnehagebarn](#) oppfyller Helsedirektoratets krav om daglig aktivitet, [studier](#) viser en sammenheng mellom overvekt ved 2-4 års alderen og overvekt i tenårene.

5,8 % av innbyggerne i Våler ble behandlet for diabetes type-2 i 2017. Tall for andelen med overvekt eller fedme blant voksne i Våler er ikke tilgjengelig, men 23 % av dagens nordmenn har [fedme](#). 27,9 % hadde muskel- og skjelettplager som ble behandlet i primærhelsetjenesten i

2013, i 2019 har andelen økt til 35,4 %. [Undersøkelser](#) viser at under 50 % av befolkningen går minst 10 minutter per dag.

Vi opplever økt behov for tjenester hos psykisk helse- og rustjeneste i kommunen. Folkehelseprofilen fra 2015 viser at 15,2 % av unge mellom 15 – 29 år hadde psykiske symptomer eller lidelser, tall fra 2019 viser en økning til 19,8 %. Av ungdomsskoleelevene i Våler i 2018 rapporterte 8,3 % at de blir mobbet, 21 % at de føler seg ensomme og 30 % at de ikke hadde troen på et lykkelig liv.

Tall fra 2013 viser at 13 % av de voksne innbyggerne i Våler ble behandlet for psykiske symptomer og lidelser av primærhelsetjenesten, tall fra 2017 viser en økning til 16,7 % (denne kategorien er ikke inkludert i folkehelseprofilen fra 2018-19.)

Vi ser også en økende andel «gråsonerbarn» som trenger ekstra oppfølging og veiledning i barnehage, på skolen og i eget hjem. Det har i de senere årene vært økt behov for tjenester hos TIFU og habiliteringstilbudet i kommunen.

** alle tall er hentet fra [folkehelseprofilene](#) fra 2013-2019 og gjelder for Våler kommune.*

6.3 Økt ansvar på kommunen

Etter innføring av samhandlingsreformen opplever vi faglige utfordringer i kommunen. Bemanningen må økes, det stilles høyere krav til kompetanse og utdanning blant de ansatte, og det har blitt mer utfordrende å få tid til å utøve eget fag. Man blir raskere skrevet ut fra sykehuset til egen bolig eller sykehjem. Nedskjæring av rehabiliteringstilbud både innen somatikk, psykisk helse og rus i spesialisthelsetjenesten skaper økt press på tjenesteenhetene i Våler. Vi må raskere i gang for å tilrettelegge og yte tjenester. Uvisshet rundt den fremtidige sykehusstrukturen i Innlandet gjør det vanskelig for kommunen å planlegge hva vi må tilby av rehabilitering. Vi ser et økt behov for egnede kommunale boliger, som vil bli behandlet i en egen boligsosial handlingsplan. Våler kommune er i en presset økonomisk situasjon. Vi må tenke kostnadseffektivt, samtidig som vi må opprettholde og yte gode tjenester.

Habiliteringstjenesten overfører mer og mer ansvar til kommunene og det er økt ventetid på bistand. Det er utfordrende å få bistand fra spesialisthelsetjenesten til de som har psykiske plager i tillegg til psykisk utviklingshemming. Det oppleves at brukere stadig blir henvist videre i systemet uten at de får tilstrekkelig bistand, samtidig som de kommunale tjenestene ikke får tilstrekkelig veiledning. Kommunen får økende antall henvendelser og oppgaver knyttet til brukere som har atferds- og/eller andre kognitive utfordringer. Brukere med spesielle behov er svært krevende med tanke på ressurser og faglig kompetanse.

Hjelpemiddelsentralen stiller økende krav til kommunene om å tilby hjelpemidler til kommunens innbyggere via eget kommunalt lager. Mer av det økonomiske ansvaret vedrørende hjelpemidler legges på kommunen. Kommunen må reparere og montere flere hjelpemidler selv. Hjelpemiddelsentralen arrangerer færre kurs og det er lengre ventetid for å få utprøving av hjelpemidler. Om Hjelpemiddelsentralen legger ytterligere press på kommunen om å tilby hjelpemidler via kommunalt lager blir det en stor økonomisk utgiftspost for kommunen.

7. Handlingsplan

7.1 Kommunens satsningsområder

- Tidlig innsats
- Velferdsteknologi
- Hverdagsmestring
- Tverrfaglig samarbeid innad i kommunen
- Koordinerte og helhetlige tjenester

Tidlig innsats

Våler kommune jobber med tidlig innsats og forebyggende arbeid blant barn og unge, i tillegg til lovpålagte oppgaver, jamfør [lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#). Helsestasjon, jordmor, skolehelsetjenesten og BUF jobber tverrfaglig med andre instanser og tjenester for å sikre et godt helsefremmende tilbud. Nærmere informasjon finnes i «Plan for helsestasjon og skolehelsetjenesten i Solør», som ble revidert våren 2019.

PHRT er et lavterskeltilbud for personer med milde eller moderate psykiske vansker og som har fokus på å komme tidlig inn og forebygge at personens psykiske vansker forverrer seg. Det er stort fokus på hverdagsmestring i eget hjem og miljø. Det blir benyttet gruppetilbud for å øke sosial omgang, fysisk aktivitet og bygge nettverk og selvstendighet.

Det er ønske om å opprette flere lavterskeltilbud innen fysisk aktivitet og ivaretagelse av egen helse. Kommunal fysioterapeut planlegger å starte opp ukentlige gruppetreninger. Fallforebyggende grupper for eldre og aktivitetsgrupper for barn og unge med overvekt er det som prioriteres først. Diagnosespesifikke aktivitetsgrupper er også ønskelig.

Vi ønsker å benytte [Frisklivssentralen](#) sine tjenester i større grad, både til gruppetreninger og lærings- og mestringskurs. Frisklivssentralens tilbud kan både benyttes som tidlig innsats for å forebygge eller begrense utvikling av sykdom, og være tilbud til personer i et behandlings-, rehabiliterings- eller habiliteringsforløp.

[Frivilligsentralen](#) ble opprettet våren 2019 og skal være et tilbud til hele befolkningen. Målet er å kunne drifte tjenester som besøksvenn, følgetjeneste, småjobbsentral, møteplasser, transporttjeneste, aktivitetstilbud og trimgrupper på sikt.

Velferdsteknologi

Velferdsteknologi skal gi økt mestring, aktivitet og deltakelse. Våler kommune samarbeider med de 5 andre kommunene i Sør-Østerdal om felles plattform for velferdsteknologi. Atea er

valgt som leverandør. Plattformen skal gjøre det mulig å knytte velferdsteknologiløsninger sammen.

Vålers første satsingsområde er trygghetsalarmer. Alle trygghetsalarmene kobles inn mot plattformen og videre til kommunens eget mobile vaktrom. Alarmene som utløses går direkte til mobile vakttelefoner. Alle stasjonære alarmer byttes ut i løpet av 2019.

Mobile trygghetsalarmer med muligheter for GPS sporing vil kunne lånes ut der det er behov for det.

Alarmløsninger med sensorer benyttes på VOS og i TIFU der det er dokumentert behov for det. Det medfører at personalet kan komme raskt til stede og avverge uønskede situasjoner.

Personlige løsninger for kommunikasjon, påminnelse og medisineringsstøtte vurderes etter behov.

Hverdagsmestring

[Hverdagsmestring](#) handler om å «jobbe med henda på ryggen» og selvstendigjørelse av brukere. De skal oppnå sine mål ved at vi støtter dem i å utføre aktivitetene selv. Målet er å fremme mestring uansett funksjonsnivå, og å minske, utsette og forebygge behovet for hjelp. Mestring og kontroll over egen hverdag har betydning for opplevelse av egenverd og livskvalitet.

[Hverdagsrehabilitering](#) er kortvarig og intensiv trening med base i hjemmet for eldre hjemmeboende med begynnende funksjonssvikt eller med akutte behov som trenger bistand til å opprettholde eller bedre funksjonsnivå.

Tverrfaglig samarbeid innad i kommunen

De eksisterende tverrfaglige samarbeidsforaene videreføres og videreutvikles. Se tabell neste side.

Et somatisk rehabiliteringsteam bestående av ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og helsefagarbeider sammenkalles ukentlig for å drøfte aktuelle rehabiliteringskandidater. Det utarbeides rutiner for rehabiliteringsprosessen. Rehabiliteringsplassene på VOS bør i hovedsak legges til avdeling G eller E, pga nærhet til treningsfasiliteter. Rehabilitering i kommunal institusjon kan også foregå på bofellesskapet.

Økt kompetansedeling i kommunen bør vektlegges, slik at de ulike faggruppene kan utveksle fagkompetanse og øke den kunnskapsbaserte praksisen. Å bruke de felles møtepunktene mer aktivt vil gi ytterligere fokus på tverrfaglig samarbeid.

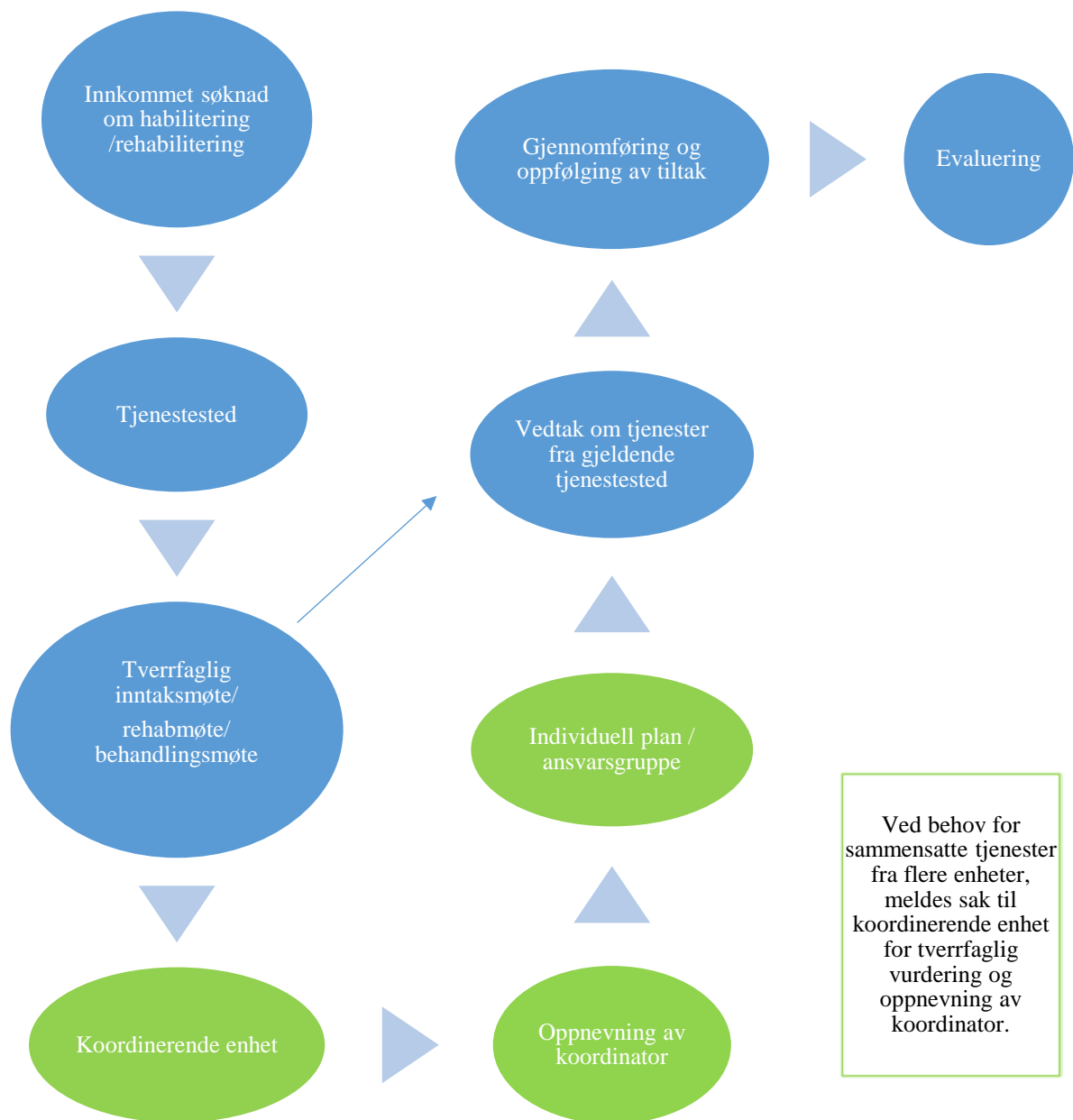
For å kvalitetssikre tjenestene og sikre et godt tverrfaglig samarbeid er vi avhengige av å ha et IKT-system som fungerer til enhver tid og gode fagprogrammer.

Tittel på tverrfaglig møtepunkt	Sakstyper	Deltakere
Koordinerende enhet	System-, fag og kvalitetssikring av rutiner og arbeidsmetodikk. Avklaring av ansvar og gjennomføring i sammensatte og krevende enkeltsaker.	Pleie- og omsorgssjef, virksomhetsleder TIFU, NAV-leder, helsesjef, systemkoordinator, aktuell barnehage/skole i enkeltsaker
Boligtildelingsnemnd	Behandle søknader om omsorgsbolig, tilrettelagt bolig og øvrige saker knyttet til boligsosialt arbeid.	Pleie- og omsorgssjef, virksomhetsleder TIFU, NAV-leder, helsesjef, boligkonsulent
Inntaksmøte i de ulike tjenestene	Behandle innkomne søknader om kommunale tjenester	Leder av tjenestene, avdelingsledere, ansatt nøkkelpersonell
Rehabmøte somatikk	Behandlingsplaner i nye og eksisterende saker, ansvarsfordeling, oppfølging og evaluering.	Avdelingsledere hjemmetjenesten og VOS, avdelingsleder ergo- og fysioterapitjenesten, fysioterapeut, ergoterapeut. Andre ved behov.
Tverrfaglig team rus	Behandlings- og oppfølgingsplaner rus og rop-pasienter.	NAV, boligkonsulent, ruskonsulent, hjemmetjenesten, psykisk helse og rustjeneste.
Målrettet miljøarbeid	Opplæring og veiledning ved krevende enkeltsaker.	TIFU og skole/barnehage.
Samarbeidsmøte fastleger	Medikamentgjennomgang, informasjonsutveksling, oppfølging av behandlingsplaner.	Fastleger, hjemmetjenesten, PHRT, TIFU, privatpraktiserende fysioterapeuter, NAV.
Stor tverrfaglig gruppe barn og unge	Anonyme drøftinger av enkeltsaker / åpne drøftinger ved samtykke. Behandlings- og oppfølgingsplaner med ansvarsdeling.	Ledende helsesøster, BUF-team, BUP, barnevern, PPT, aktuell barnehage/skole, pårørende, pasient m.m.
Tverrfaglige drøftingsmøter i barnehager og skoler	Anonyme drøftinger av enkeltsaker. IOP / IP, planer, ansvarsdeling m.m.	BUF-team, aktuell barnehage eller skole med kontaktlærer / ledelse eller andre.
Sped- og småbarnsteam	Anonyme drøftinger av enkeltsaker / åpne drøftinger ved samtykke. Behandlings- og oppfølgingsplaner med ansvarsdeling.	BUP, jordmor, helsesøster, BUF-team, pårørende eller andre.
Ansvarsgruppemøter	Etablering, oppfølging og evaluering av Individuell plan/ vedtak/ behandlingsplan.	Sammensetning av ansvarsgruppe avhenger av brukers vedtak om tjenester; Bruker/pasient, pårørende, koordinator, fastlege, NAV, øvrig personell involvert i tjenesteyting (skole, bhg, PHRT, BUF, PPT, BUP, DPS, ergo, fysio, TIFU, VOS, hjemmetjenesten, støttekontakt, m.m)

Koordinerte og helhetlige tjenester

Helsedirektoratet har [nasjonale anbefalinger og veiledere, råd og pakkeforløp](#) som vil favne mange av disse brukerne og som de ulike tjenesteenhetene kan nyttiggjøre seg av. Per 7. juni 2019 foreligger det 40 pakkeforløp. Innføring av [pakkeforløp](#) for ulike diagnoser krever at kommunen oppnevner forløpskoordinator for pasienter i enkeltsaker. Forløpskoordinatoren / primærkontakten vil ha ansvar for kommunens del av pakkeforløpet.

Prosedyrer for alle tjenesteenhetene finnes i kommunens kvalitetssystem, og oppdateres jevnlig.



Saksgang habilitering- og rehabiliteringsløp Våler kommune

7.2 Hovedmål

Målsetning for 2019-2029

I Våler ønsker vi at alle får mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsnivå, selvstendighet i egen hverdag og deltagelse i samfunnet.

7.3 Delmål

Gjennom aktiv brukermedvirkning ønsker vi å oppnå:

- 1. Å kunne bo lengst mulig i eget hjem**
- 2. Aktiv hverdag med mening**
- 3. Økt fysisk aktivitet for kommunens innbyggere**
- 4. Koordinert re- og habiliteringsforløp**
- 5. Kompetanseheving og –deling**

7.4 Tiltaksplan

Se tabell side 19 og 20 for oversikt over hvilke tiltak/virkemidler vi skal benytte oss av for å nå delmålene.

Innenfor dagens ramme tilsier at tiltakene kan iverksettes innenfor budsjettammen 2019.

Tiltak / virkemiddel	1. Lengst mulig i eget hjem	2. Aktiv hverdag med mening	3. Økt fysisk aktivitet for kommunens befolkning	4. Koordinert re- og habiliteringsforløp	5. Kompetanseheving og kompetansedeling	Igangsettes innen	Hvem har ansvaret ?	Kostnad
Aktivitetsgruppe barne- og ungdomsskolen		x	x		x	2020	Oppvekst, Skolehelsetjenesten og Ergo- og fysioterapitjenesten	Innenfor dagens ramme
Fysisk aktive barnehager		x	x		x	2020	Oppvekst og Ergo- og fysioterapitjenesten	Innenfor dagens ramme
Aktivitetstilbud og gruppetreninger voksne og eldre	x	x	x	x	x	2020	Frivillige lag og organisasjoner, Ergo- og fysioterapitjenesten, privatpraktiserende fysio, Frisklivssentralen,	Innenfor dagens ramme
Diagnosespesifikke aktivitetsgrupper	x	x	x	x	x	Fortløpende	PHRT, TIFU, Ergo- og fysioterapitjenesten, Frisklivssentralen, Dagsenteret	Innenfor dagens ramme
Utlån av gratis aktivitetsutstyr via BUA	x	x	x			2019	Frivilligsentralen og Vaaler IF	Ukjent, mulig husleie
Praktisk bistand og opplæring i eget hjem	x	x	x	x	x	Fortløpende	PHRT, TIFU, Hjemmetjenesten	Innenfor dagens ramme
Nettverksbygging og sosial trening (gruppetilbud, støttekontakt m.m.)	x	x		x	x	Fortløpende	Frivillige lag og foreninger, PHRT, TIFU, Hjemmetjenesten, Frivilligsentralen	Innenfor dagens ramme
Selvstyringskurs	x	x		x	x	Fortløpende	PHRT	Innenfor dagens ramme
Samarbeid med frivillige lag og foreninger	x	x	x	x	x	2019	Frivilligsentralen og alle enheter	Innenfor dagens ramme
Informasjon om tilpasning av bolig	x	x			x	Fortløpende	Ergo- og fysioterapitjenesten	Innenfor dagens ramme

Tiltak / virkemiddel	1. Lengst mulig i eget hjem	2. Aktiv hverdag med mening	3. Økt fysisk aktivitet for kommunens befolkning	4. Koordinert re- og habiliteringsforløp	5. Kompetanse-heving og kompetanse-delning	Igangsettes innen	Hvem har ansvaret ?	Kostnad
Hjelpemiddelformidling	x	x	x	x	x	Fortløpende	Ergo- og fysioterapitjenesten	Innkjøp til og reparasjon av hjelpemidler i kommunalt lager årlig: 250 000 kr
Forebyggende hjemmebesøk	x	x	x		x	Prosjektperiode 2018-2019	Hjemmetjenesten og Ergo- og fysioterapitjenesten	Videreføring etter 2019: estimert 200 000 kr
Velferdsteknologi	x	x	x	x	x	Fortløpende	Alle enheter	Estimert 200 000 kr årlig
Tilgjengelighet for alle (universell utforming)	x	x	x	x		Fortløpende	Plan/teknisk og Ergo- og fysioterapitjenesten	Utbedring av offentlige bygg og utearealer: kr?
Hverdagsrehabilitering	x	x	x	x	x	Fortløpende	Hjemmetjenesten og Ergo- og fysioterapitjenesten	Innenfor dagens ramme
ADL-trening	x	x		x	x	Fortløpende	Alle enheter	Innenfor dagens ramme
«Hva er viktig for deg?» / brukermedvirkning	x	x	x	x	x	Fortløpende	Alle enheter	Innenfor dagens ramme
Tverrfaglig samarbeid på ulike nivåer, rolleavklaring og ansvarsfordeling				x	x	2019	Systemnivå - Koordinerende enhet. Individnivå – primærkontakt/ koordinator alle enheter	Innenfor dagens ramme
Ukentlig rehabiliteringsmøte somatikk	x	x	x	x	x	2019	Ergo- og fysioterapitjenesten, Hjemmetjenesten, VOS	Innenfor dagens ramme
Arbeidsrettede tiltak	x	x		x	x	Fortløpende	NAV, arbeidsmarkedsbedrifter, primærkontakt/ koordinator	2 nye VTA-plasser 160 000 kr årlig kostnad.

7.5 Økonomiske konsekvenser

Dagens helseutfordringer krever økt helsefremmende og forebyggende innsats. Kommunene er gjennom [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#) pålagt å tilby helsefremmende og forebyggende helsetjenester til befolkningen. Våler kommune er en liten kommune, men vi forpliktes i like stor grad å tilby de samme tjenestene som andre kommuner. Vi får mindre i rammetilskudd på grunn av befolknings sammensetningen, men behovet for lovpålagte helsetjenester er det samme som i en større kommune. Det kommer stadig nye krav fra sentralt hold om kvalitet, kompetanse og organisering av helse-, pleie- og omsorgstjenester.

Hoftebrudd

Regjeringen har lansert en [nullvisjon for alvorlige fallulykker i hjemmet](#). Per år oppstår det ca 9 000 hoftebrudd. 75 % av de som får et hoftebrudd kommer aldri tilbake til det funksjonsnivået de hadde før skaden. Av viktige tiltak for å følge opp nullvisjonen trekker Regjeringen frem fysisk aktivitet, forebyggende hjemmebesøk, trygge boliger og gjennomgang av legemidler.

[En studie](#) utført i regi av Helsedirektoratet har estimert de samlede økonomiske konsekvensene av et hoftebrudd hos eldre hjemmeboende over 70 år. Estimater er for det første året etter hoftebruddet. Kommunen må dekke minst 53 % av kostnadene vedrørende et hoftebrudd selv, staten dekker det resterende. Kun 14 % ble sendt direkte hjem, dette kostet kommunen ca 148 000 kr per bruker det første året. 62 % av brukerne fikk økt oppfølgingsbehov, en kommunal kostnad på ca 220 000 kr per bruker det første året. 24 % fikk permanent sykehjemsplass, en kostnad på ca 696 000 kr per bruker for kommunen det første året. 17 % av de hjemmeboende deltakerne døde det første året. Ifølge studien er det etter 2 år sannsynlig at kostnadene tilnærmet har doblet seg. Studien er publisert i 2014, og det antas at kostnadene har økt.

Våler kommune har i snitt 8 hoftebrudd per år ifølge Kommunehelse statistikkbank.

The screenshot shows a web interface for 'Spesialisthelsetjenesten, somatikk - kjønn samlet, alle aldre'. It includes navigation tabs for 'STATISTIKK', 'DEFINISJONER', and 'ARTIKLER, FAKTAARK'. Below the title, there is a dropdown menu for 'Endre utvalg av...' and several filter buttons: 'Geografi', 'Sykdomsgruppe', 'År', 'Kjønn', 'Alder', and 'Måltall'. A table displays the annual average number of hip fractures from 2010-2012 to 2015-2017 for Våler (Hedmark).

År			2010-2012	2011-2013	2012-2014	2013-2015	2014-2016	2015-2017
Geografi	Sykdomsgruppe	Måltall						
Våler (Hedmark)	Hoftebrudd (S72.0-S72.2)	Årlig antall	8,0	7,7	8,3	8,3	8,3	9,0

Kilde: <http://khs.fhi.no/webview/>. Årlig antall = Årlig antall, angitt som gjennomsnitt over 3-årsperioder.

En estimert årlig kostnad for Våler kommune basert på studien blir som følger:

Estimert fordeling av brukere	Estimert årlig kostnad for Våler
Brukere som kan sendes direkte hjem, 14%	166 000 kr
Brukere som får økt oppfølgingsbehov, 62%	1 144 000 kr
Brukere som får permanent sykehjemsplass, 24%	1 336 000 kr

Dette gir en total årlig kostnad på ca 2 646 000 kr for hoftebrudd alene.

I tillegg til direkte helsetjenestekostnader kommer kostnader i form av smerter, lidelse, funksjonssvikt, redsel for nye fall, avhengighet av helse-, pleie- og omsorgstjenester og tap av helserelatert livskvalitet for brukere. Bidrag og støtte fra pårørende, samt påkjønning for pårørende er også en tilleggs-kostnad.

Å videreføre prosjektet «Lengst mulig i eget hjem» og å satse på forebyggende hjemmebesøk vil være svært kostnadseffektivt for Våler kommune. Det vil også være kostnadseffektivt å ha fallforebyggende treningsgrupper. Å forebygge kun ett hoftebrudd som resulterer i permanent sykehjemsplass vil gi en innsparing på ca 700 000 kr. Estimert kostnad for å videreføre «Lengst mulig i eget hjem» er ca 200 000 kr per år.

Psykiske lidelser

Når det gjelder [psykiske lidelser](#) vil 16-22 % av den voksne befolkningen få en psykisk lidelse 12 mnd. Psykiske lidelser og ruslidelser opptrer ofte samtidig, 9 av 10 rusmisbrukere har en psykisk lidelse. Lav sosioøkonomisk posisjon gir forhøyet risiko for psykiske lidelser. Personer som opplever ensomhet, ydmykelser, mobbing eller stor grad av mellommenneskelige konflikter, har økt risiko for å utvikle psykiske lidelser som angst og depresjon. Psykiske lidelser rammer spesielt befolkningen som er i reprodusiv og arbeidsfør alder. Depressive lidelser og angstlidelser ligger på tredje og fjerdeplass over årsaker til helsetap i Norge. Psykiske lidelser disponerer for økt bruk av tobakk og alkohol, usunt kosthold, overvekt og lite fysisk aktivitet – noe som er risikofaktorer for bl.a. hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes og kroniske lungesykdommer. Grunnlaget for den voksne befolkningens psykiske helse og livskvalitet legges allerede i barne- og ungdomsårene. Rusforebyggende tiltak bør omfatte hele livsløpet, med særlig vekt på ungdomsårene. Gruppen er også utsatt for selvmord. [Kostnadene](#) rundt psykiske lidelser er årlig 60-70 milliarder kr. Om lag 20 prosent av det legemeldte sykefraværet i Norge skyldes psykiske lidelser, mens andelen uføre med psykiske lidelser er over 30 prosent.

Å jobbe forebyggende for å styrke den psykiske helsen vil være kostnadseffektivt for Våler kommune. Nesten 20 % av unge mellom 15-29 år i Våler har psykiske symptomer og lidelser. Nesten 17 % av den voksne befolkningen i Våler ble i 2017 behandlet for psykiske symptomer og lidelser. Begge kategorier har økt i omfang på bare noen år. 30 % av ungdomsskoleelevene i Våler har ikke troen på et lykkelig liv, 21 % føler seg ensomme.

Dagens ungdom er fremtidens voksne, de må ivaretas med tidlig innsats. PHRT sitt lavterskeltilbud er viktig forebyggende arbeid for den voksne befolkningen.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet som et forebyggende tiltak vil være kostnadseffektivt for Våler kommune. [Fysisk aktivitet](#) er bra for helsa på alle måter. Med regelmessig fysisk aktivitet reduseres risikoen for bl.a. hjerte- og karsykdommer, høyt kolesterol, høyt blodtrykk, kreft, diabetes, demens og overvekt. Risikoen for å falle reduseres. Fysisk aktivitet har også positiv effekt på den [psykiske helsene](#), ved at det gir en reduksjon i stress, spenning, smerte og angst- og depresjonssymptomer. Fysisk aktivitet vil også øke konsentrasjonen, gi bedre søvn, redusere risikoen for slitasjegikt og redusere risikoen for benskjørhet.

Ifølge [Helsedirektoratet](#) vil den potensielle velferdsgevinsten i livsløpsperspektivet være **27 ganger** tiltakskostnadene når det gjelder å få den norske befolkningen mer aktive. Barn og unge som får aktive levevaner og som fortsetter å være aktive vil vinne ca 8 kvalitetsjusterte leveår (QALY) hver. [Veileder for kommunale Frisklivssentraler](#) angir at en QALY tilsvarer 1 million kroner i 2012.

Hva har dette å si for Våler kommune?

Våler kommune har i dag marginale ressurser i de ulike tjenesteenhetene. Vi er presset på tid. Vi mangler noen spesialiserte fagkompetanser. Lovpålagte tjenester prioriteres først. For å kunne gjennomføre tiltak i denne planen må vi prioritere annerledes og strengere. Noen av dagens arbeidsoppgaver må vike eller gjennomføres på en annen måte.

Ambisjonene i tiltaksplanen kan kun gjennomføres om de økonomiske rammene opprettholdes eller økes. Om Våler kommune ikke gjennomfører tiltakene i tiltaksplanen vil det skape større økonomiske kostnader å rehabilitere innbyggerne fremfor å forebygge og ha fokus på tidlig innsats. Tiltakene i denne planen kan i stor grad gjennomføres innenfor dagens budsjettammer, med noen unntak. Som vi har vist tidligere i planen, er det sannsynlig at kostnadene til rehabilitering øker dersom vi ikke nå prioriterer forebygging og helsefremming.