

Interkommunal rehabiliteringsplan

2015-2018



BARDU



SALANGEN



LA VANGEN



MÅLSELV

Forord

Arbeidsgruppa for det interkommunale samarbeidet for rehabilitering takker for oppdraget med å skrive interkommunal rehabiliteringsplan for kommunene Bardu, Lavangen, Salangen og Målselv.

Vi har etter beste evne forsøkt å se på utviklingstrekk og identifisere utfordringer for fagområdet. Vi har lagt verdier som likhet og kvalitet til grunn. På dette grunnlaget gir vi våre anbefalinger om prioriteringer og tiltak.

Det er vårt håp at planen kan bidra til å fremme god faglighet, til det beste for brukere, ansatte og pårørende i våre kommuner.

Prosjektleder vil rette en takk til alle som har bidratt inn i prosjektet. Det er hentet mange innspill til planen fra andre parter ut over prosjektgruppen. Det er gøy å lede prosjekt når man har medarbeidere som har stor interesse og lyst til å komme med innspill til prosjektet.

”Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen. Den skapes av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag. Sees, gripes og brukes mulighetene, er en helt annen framtid mulig!”

- Kåre Hagen

Hege Hammer Bech
Prosjektleder

Innholdsfortegnelse

1.0. Innledning	s.2
1.1. Bakgrunn for planarbeidet	s.2
1.2. Lover og forskrifter	s.4
1.2.1. Kommunenes ansvar	s.5
1.3. Definisjon av begreper	s.5
1.3.1. Habilitering og rehabilitering	s.5
1.3.2. Koordinerende enhet	s.6
1.3.3. Koordinator	s.7
1.3.4. Individuell plan (IP)	s.7
1.3.5. Hverdagsrehabilitering	s.8
1.3.6. Universell utforming	s.8
1.4. Mål og målgrupper	s.9
1.4.1. Nasjonale mål	s.9
1.4.2. Regionale mål	s.9
1.4.3. Kommunenes målsetting	s.10
1.4.4. Målgrupper	s.10
2.0. Kommunepresentasjoner	s.11
2.1. Måselv kommune	s.11
2.2. Lavangen kommune	s.13
2.3. Salangen kommune	s.14
2.4. Bardu kommune	s.16
2.5. Befolkningsframskriving	s.17
2.6. Interkommunal legevakt	s.18
3.0. Kommunale utfordringer	s.18
4.0. Interkommunale samarbeidsområder og tiltak	s.20
5.0. Økonomi ihht. foreslåtte tiltak	s.25
6.0. Referanser	s.26

1.0. Innledning

1.1. Bakgrunn for planarbeidet

Samhandlingsreformen oppfordrer til interkommunalt samarbeid for å løse de fremtidige oppgavene helse- og omsorgssektoren står overfor. Reformen anslår et befolkningsgrunnlag på ca. 20000 innbyggere for å opprettholde tilstrekkelig kompetanse for å løse oppgavene. Mindre kommuner kan få problemer med å fylle dette kompetansebehovet. Ved å ta utgangspunkt i den enkelte kommune og bygge videre på dette kan man i fellesskap styrke kompetansen og tjenestetilbudet til innbyggerne i området.

Bardu, Lavangen og Salangen har siden 2007 driftet en felles interkommunal legevakt. Målselv kommune sluttet seg til samarbeidet i 2008. Legevakta drives etter vertskommuneprinsippet og det er Bardu kommune som er vertskommunen. Legevakta er samlokalisert med Troms Militære Sykehus (TMS). I kommunesamarbeidet har det fra styringsgruppa til legevakta vært et ønske at man skal se på flere områder for interkommunalt samarbeid – bl.a. rehabilitering. Styringsgruppa består av rådmennene i de fire kommunene.

Styringsgruppa ga i januar 2013 prosjektgruppa i det interkommunale samarbeidet et mandat til å utarbeide en interkommunal rehabiliteringsplan i tråd med gjeldende lover og forskrifter.

Prosjektgruppa som består av pleie og omsorgsledere, brukerrepresentanter og ansattrepresentant har igjen utnevnt en arbeidsgruppe til å utføre arbeidet med planen. Gruppa er sammensatt av ulike profesjoner med deltakere fra alle kommunene.

Arbeidsgruppa har bestått av:

Hege Hammer Bech – prosjektleder og sykepleier

Torun Bones Sandvik – fysioterapeut Bardu kommune

Inger Sæterhaug – fysioterapeut Målselv kommune

Anne Vestermo Nesje – ergoterapeut Salangen kommune

Norunn Johansen – PRO leder og sykepleier Lavangen kommune

Arbeidsgruppen har i perioden avholdt 9 arbeidsgruppemøter, i tillegg ble det avholdt «kick off» der representanter fra kommunene, brukerorganisasjoner, NAV, skole og barnehage var invitert slik at de kunne komme med innspill til planen. Det var ca. 35 deltakere på kick off.

Arbeidsgruppen har hatt tett samarbeid med prosjektgruppen i det interkommunale samarbeidet. På denne måten er brukerrepresentanter orientert om prosessen underveis.

Målet med en interkommunal rehabiliteringsplan er å øke fokus på rehabiliteringsområdet for å kunne sikre at alle mennesker med behov for habilitering og rehabilitering får et likeverdig og helhetlig tilbud – samt se på muligheten for tiltak og samarbeid på tvers av kommunegrensene. Planen skal skape en felles forståelse av begrepet rehabilitering og klargjøre hva som er kommunenes ansvar. Den vil også være til informasjon for de som har behov for rehabilitering.

1.2. Lover og forskrifter

Aktuelle lover og forskrifter i forhold til rehabilitering er:

- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
<http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=habilitering+og+rehabilitering>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Lov om folkehelsearbeid
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelse>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettigheter>
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2013-06-21-79?q=pasientrettigheter>
- Lov om sosiale tjenester i NAV
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131?q=sosiale+tjenester>
- Opplæringsloven
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61?q=oppl%C3%A6ringsloven>
- Plan- og bygningsloven – byggeteknisk forskrift
http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-03-26-489#KAPITTEL_3
- Samhandlingsreformen

Helsedirektoratet holder på å utarbeide ny veileder til forskrift om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Veilederen er planlagt ferdig oktober 2014 og vil være i elektronisk format.

1.2.1. Kommunenes ansvar

Kommunene har ansvar for å gi nødvendig habilitering og rehabilitering til innbyggerne. I forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator står det:

«Kommunene 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.»

Med samhandlingsreformen har kommunene fått et tydeligere ansvar for oppfølging av pasienter og brukere, og presset på helsetjenestene er økende. Det er utfordrende for kommunene å følge opp pasienter og brukere som trenger opptrening etter sykehusopphold, og samtidig ivareta kronisk syke og funksjonshemmede med behov for planlagte og koordinerte tjenester innen habilitering og rehabilitering.

1.3. Definisjon av begreper

For å få forståelse i de vanligste begrepene som brukes innenfor området setter det opp en grundig begrepsforklaring av de viktigste begrepene som brukes innenfor rehabilitering og habiliteringsområdet.

1.3.1. Habilitering og rehabilitering:

Forskrift for habilitering og rehabilitering fra 2011 §2 definerer habilitering og rehabilitering slik:

”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.”

Helse Nord spesifiserer i «Regional handlingsplan for somatisk rehabilitering 2014-2017»:

Om habilitering:

«Målgruppen er barn, unge og voksne som har behov for habilitering pga. medfødt eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom. Habilitering særpreges av en kompleks og tverrfaglig innsats. Mange har funksjonsnedsettelse som gjør at de vil ha behov for habiliteringsbistand hele livet.» Regional Handlingsplan for somatisk rehabilitering i Helse Nord 2014-2017, side 5.

Om forholdet mellom begrepene rehabilitering og opptrening:

”Opptrening oppfattes som enkeltstående treningstiltak, og er funksjonstrening som ikke krever koordinert oppfølging. En enkelt tjeneste, selv om denne har som mål å gjenvinne funksjon, er dermed ikke å anse som rehabilitering. Samtidig er likevel målrettede treningstiltak elementer i et rehabiliteringsforløp på linje med for eksempel medisinsk behandling.” Regional Handlingsplan for somatisk rehabilitering i Helse Nord 2014-2017, side 6.

Ved opptrening er fokus primært rettet mot å gjenvinne funksjon eller trene opp en skadet kroppsdel. Opptreningen kan være en viktig del av rehabiliteringsprosessen.

Habilitering og rehabilitering handler om et menneskes rett til deltakelse i samfunnet på tross av nedsatt funksjon. Dette er ikke synonymt med opptrening hos ergoterapeut, fysioterapeut eller andre enkelttiltak. Habilitering/rehabilitering kan både være en prosess hos brukeren og en tilrettelegging/tilpassing av nærmiljøet. Spennvidden innenfor mulige aktører er stort, f.eks. helse-, omsorgs-, psykiatri-, barneverns-, ergoterapi-, og fysioterapitjenesten, skole/barnehage/voksenopplæring, logoped, kultur, teknisk avdeling, NAV, transportvesen, frivillige organisasjoner, likemenn.

En person som har behov for rehabilitering vil i denne planen bli omtalt som bruker.

1.3.2 Koordinerende enhet

Alle kommuner og regionale helseforetak ble gjennom forskrift for habilitering og rehabilitering i 2001 pålagt å opprette en koordinerende enhet for habilitering- og rehabilitering. Det ble lovfestet i den nye Helse- og omsorgstjenesteloven for kommunene gjeldende fra 1.januar 2012:

§ 7-3 Koordinerende enhet

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter §§ 7-1 og 7-2.

I forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator står det videre om koordinerende enhets oppgaver:

- Koordinerende enhet 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 koordinator. Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal motta meldinger om behov for individuell plan – samt sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeidet.

1.3.3. Koordinator

Den nye helse og omsorgstjenesteloven sier følgende om koordinator rollen:

§ 7-2 Koordinator

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

1.3.4. Individuell plan (IP)

Alle som har behov for langvarig og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Den nye helse og omsorgstjenesteloven sier følgende om individuell plan:

§ 7-1 Individuell plan

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

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

Formålet med individuell plan er et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som er ansvarlig for oppfølging av bruker. Den individuelle planen gir ikke brukeren større rett til tjenester enn det som følger av det øvrige regelverket, men den synliggjør arbeidet og ansvarsområdene i et rehabiliteringsarbeid.

Tjenestemottaker skal ha gitt samtykke til utarbeidelse av individuell plan.

De langsiktige målene må være motiverende og gi brukeren noe å strekke seg mot. Konkrete delmål, relatert til brukers muligheter, må kunne oppnås på kort sikt og evalueres fortløpende. Evalueringen skjer mellom bruker og aktuelle faggrupper.

1.3.5. Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er forebygging og rehabilitering mens brukeren bor i eget hjem. Den starter med spørsmålet: Hva er viktige aktiviteter for deg nå? For mange dreier det seg om å mestre hverdagsaktiviteter som å stelle seg selv, lage mat, gå til butikken, leke med barnebarn, hogge ved eller gå på kafe. I hverdagsrehabilitering er innsatsen tverrfaglig. Ergoterapeuter og fysioterapeuter, samt sykepleiere med rehabiliteringskompetanse, er faglige pådrivere og står for opplæring av pleiere og hjemmehjelpere. Hverdagsrehabilitering er basert på en intensiv innsats i oppstarten, og gradvis avvikling av opptrening etter hvert som funksjonen bedres. For å sikre kontinuitet etableres det et team rundt hver enkelt bruker. Hverdagsrehabilitering skiller seg fra ordinære pleie- og omsorgstjenester og spesialisert rehabilitering. Den enkeltes hverdagsmestring vektlegges før passive eller kompensierende tilbud gis.

1.3.6. Universell utforming

Når et område, en bygning eller et produkt er universelt utformet skal hoved løsningen kunne brukes av alle, uten særløsninger. Dette er en viktig strategi for å oppnå et samfunn der flest mulig har anledning til å være selvstendige. Regjeringen sier i sin handlingsplan for universell utforming at alle kommuner i Norge bør ha minst ett friluftsområde som er tilgjengelig og brukbart for flest mulig. Kravene til universell utforming er høye, og kan være uoppnåelige i

naturlandskapet, derfor brukes gjerne begrepet ”tilgjengelig” når man opparbeider naturområder til friluftens formål for alle.

For byggverk sier plan- og bygningsloven i byggeteknisk forskrift § 12-1.

Krav om universell utforming av byggverk:

”Byggverk for publikum og arbeidsbygning skal være universelt utformet slik det følger av bestemmelser i forskriften, med mindre byggverket eller del av byggverket etter sin funksjon er uegnet for personer med funksjonsnedsettelse.”

I veiledningen står det videre: *Universell utforming av byggverk tilsier at hoved løsningene skal være utformet slik at de kan brukes av flest mulig på en likestilt måte. Kravet omfatter både planløsning og andre forhold som påvirker brukbarheten av byggverket, for eksempel lysforhold, lydforhold og innemiljø. Krav om universell utforming gjelder byggverk for publikum og arbeidsbygning.*

1.4. Mål og målgrupper

1.4.1 Nasjonale mål:

«Når sykdom rammer, skal helse- og omsorgstjenesten behandle, lindre og bistå i rehabilitering på best mulig måte. Målet er flest mulig gode leveår for alle, og reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen.»

«Det skal legges økt vekt på habilitering og rehabilitering. Kommunene skal ha et tydeligere ansvar for dette tjenesteområdet. Dette innebærer at kapasitet, faglig bredde, kompetanse og kvalitet i tjenestene samsvarer med behovet. Helhetlige tilbud til personer med behov for koordinerte tjenester skal sikres gjennom samarbeid på tvers av fag, nivåer og sektorer. Både kommuner og helseforetak skal ha synlige koordinerende enheter med god forankring og tydelige funksjonsbeskrivelser i tråd med nytt lovverk.

Samhandling mellom helse og utdanning er særlig sentralt innen habiliteringstilbudet til barn og unge.» IS-1/2014

1.4.2. Regionale mål:

Regional handlingsplan for somatisk rehabilitering i Helse Nord har følgende mål:

«Handlingsplanens mål er å bidra til god kvalitet, tilstrekkelig kapasitet og likeverdige tilbud for pasientene med behov for rehabiliteringstjenester fra spesialisthelsetjenesten i Helse Nord.

Rehabiliteringspasienten skal møte en helsetjeneste med spesialisert kompetanse, evne til å mestre faglig kompleksitet og med ressurser til å tilby intensitet i behandling. Et godt rehabiliteringsforløp forutsetter også vår vilje og evne til forpliktende samspill med kommunehelsetjenesten, bygget på anerkjennelse av førstelinjens styrke.»

1.4.3. Kommunenes målsetting:

Kommunene slutter seg til de nasjonale målene for rehabilitering.

Kommunene har som mål:

- Å organisere en rehabiliteringstjeneste hvor brukeren skal være medvirkende i rehabiliteringsprosessen, samt sørge for at tiltak og tjenester for brukerne samordnes.
- Å identifisere og registrere behov for rehabilitering, samt igangsette, gjennomføre og følge opp tiltak som lar seg løse lokalt med utgangspunkt i individuell plan. Hvem som helst i kommunal tjeneste, uavhengig av profesjon, som oppdager et behov for rehabilitering melder fra til koordinerende instans. Nye brukere blir meldt fra 2.-3. linjetjenesten.
- Å sikre at brukere med annen språk- og kulturbakgrunn får tilrettelagte tjenester med utgangspunkt i deres kulturbakgrunn.

1.4.4. Målgrupper

”Målgruppene for rehabilitering er i utgangspunktet alle med funksjonsproblem og som har behov for assistanse til at nå eller halde ved like sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle, psykiske og sosiale funksjonsnivå.” St.meld. 21(1998-1999) Ansvar og meistring.

Rehabiliteringsarbeidet på kommunalt plan gjelder alle som av ulike årsaker har en funksjonsnedsettelse som gjør det vanskelig å fungere i det daglige. Årsaken kan for eksempel være muskel/skjelettsykdommer, sykdommer i nervesystemet, kreft, hjerte/lungesyke, utviklingshemming, sansetap, psykisk lidelse og rusmiddelskade. Det kan også være en kombinasjon av flere funksjonsnedsettelser.

Livsstilssykdommer og kroniske sykdommer er økende i samfunnet og vil i mange tilfeller føre til nedsatt funksjon og behov for rehabilitering. Antall eldre er økende, og flere vil ha risiko for utvikling av for eksempel demens, skrøpeligheit, fallskader.

2.0. Kommunepresentasjoner

Hver kommune vil bli presentert i et skjema slik at man lett kan få en oversikt over hva man har i den enkelte kommune

2.1 Målselv kommune

Målselv kommune	Kommuneadministrasjon Moen Tlf. 778 37700
Innbyggertall	6630 (pr 01.01.14) 5,1% er innvandrere
Areal	3322 km ²
Koordinerende enhet	Fysioterapitjenesten, Målselv helsesenter Tlf. 778 32550
Skoler/barnehager	9 barnehager, 8 barne- og ungdomsskoler, 2 videregående skoler
Sykehjem/omsorgsboliger/ bofellesskap for eldre	Målselv syke- og aldershjem (MSAH) på Moen, 45 plasser og 10 pensjonærplasser. Pensjonærplassene er planlagt nedlagt. Tlf. 778 32700 Øverbygd sykehjem og omsorgssenter (ØSO) på Holt, 10 sykehjemsplasser og 15 plasser med heldøgns omsorg og pleie på omsorgssenteret. Tlf. 778 32800 Målselvtunet på Andslimoen, 8 plasser for demente med behov for skjerming. Tlf. 778 32547 I tilknytning til MSAH ligger et bofellesskap for eldre, Ekornlund, med 7 leiligheter og 2 hybler. Det er vedtatt at det Målselvtunet skal bygges ut med 8 nye demensplasser og 8 korttidsplasser.
Hjemmetjeneste	PRO nedre har base ved MSAH og har døgnbemanning. Tlf. 778 32700 Kreftsykepleier, Tlf. 77832700/97180206 PRO Øvre har base ved ØSO. Tlf 778 32800
Dagtilbud for dementelovpålagt fra 2015	Målselvtunet har et lite dagtilbud for hjemmeboende demente to dager pr uke.
Legetjeneste	Målselv helsesenter, 6 legehjemler og to turnus, tlf 778 32500 Helsehuset på Holt, 3 legehjemler og en turnus, tlf 778 32600

Legevakt	Interkommunal legevakt tlf 771 81 000
Helsestasjon	Andslimoen tlf 778 32530. - Har tilbud om helsestasjon for ungdom en kveld i uka. Holt tlf Jordmor tlf
Fysioterapi	Målselv helsesenter, to kommunale stillinger, tlf 778 32550. Øverbygd eldresenter, kombinert 0,2 kommunal og 0,8 privat, tlf. 412 57748 Bardufoss fysikalske institutt, to private, tlf. 778 33349 Effekt trening og helse, 0,8 privat, tlf. .
Ergoterapi	Har ikke.
Psykisk helsetjeneste	Målselv helsesenter og Øverli, tlf. Åpen omsorg/utetjeneste. Dagsenter. Bofellesskap (BOA) med 5 leiligheter for brukere med rus/psykiatriproblematikk. Miljøterapeut for barn og unge.
Tjenesten for funksjonshemmede	Saksbehandler for de under 18 år, tlf Saksbehandler for de over 18 år, tlf Miljøarbeidertjeneste på Moen og Andslimoen som drifter bofellesskap og utetjeneste. Avlastningsbolig for barn og unge på Andslimoen.
Frisklivssentral	Fysioterapitjenesten, Målselv helsesenter, tlf 778 32550
Frivillig arbeid	Frivilligsentral på Bardufoss, tlf 415 13135 Frivillige lag og foreninger, aktiviteter og friluftsliv – se kommunens hjemmeside.
Annet	Både PRO, psykisk helsetjeneste og tjenesten for funksjonshemmede har tilbud om støttekontakt eller brukerstyrt personlig assistent. Kommunen har avtale med flere private aktører ifht. Pleie –og omsorgstjenester og innenfor tjenesten for funksjonshemmede. Privatpraktiserende psykolog på Målselv helsesenter, tlf. Arbeidssamvirke i offentlig virksomhet, MONTAR, med lokaler på Moen, tlf. 778 31471 Asylmottak i Heggelia tlf 479 27620 Barnevernsinstitusjon, Nymogården/Aleris, tlf. 778 37365

2.2. Lavangen kommune

Lavangen kommune	Kommuneadministrasjon på Tennevoll. Tlf 771 76610
Innbyggertall Areal	1016 (pr 01.01.14) Ca 20 % av befolkningen er samer. 2,2 % er innvandrere 304 km ²
Koordinerende enhet	Pleie, rehabilitering og omsorgsavdelingen (Pro avdelingen) Administrasjon er lokalisert på Lavangsheimen. Pro leder er leder for enheten tlf 771 76578. Administrerer Individuelle planer, ansvarsgrupper, praktisk bistand, hjemmetjenester, hjelpemidler, støttekontakt, brukerstyrt personlig assistent, omsorgslønn, avlastning, Parkeringskort, Transporttjenestekort, korttidsopphold på Lavangsheimen for behandling og/eller rehabilitering, langtidsopphold på Lavangsheimen, omsorgsboliger.
Skoler/barnehager	Lavangen skole Lauvmakken barnehage Fossbakken Barnehage (samisk barnehage)
Sykehjem/omsorgsboliger	Sykehjemmet, Lavangsheimen har totalt 15 plasser for langtidsopphold, avlastning, rehabilitering, og korttidsopphold. Kommunen har 24 omsorgsleiligheter som er tilpasset funksjonshemmede. Tlf 771 76571
Hjemmetjeneste	Hjemmetjenesten har sitt kontor og utgangspunkt fra Lavangsheimen. Tlf 771 76620 Fra kl 22 til 7.30 betjenes tjenesten av Lavangsheimen.
Botilbud for eldre	Lavangsheimen og hjemmetjenesten
Dagtilbud for eldre	Dag aktivitetsplass på Lavangsheimen 3 dager i uken for demente.
Legetjeneste	Lavangen legekontor har kommuneoverlege, fastlegestilling og turnuskandidat. Tlf 771 76999
Legevakt	Interkommunal legevakt på TMS tlf 771 81 000
Helsestasjon	Helsestasjon tlf 771 76526 Jordmor tlf 771 76526
Fysioterapi	Privatpraktiserende tlf 928 55886
Ergoterapi	Betjenes av hjemmetjenesten. Miljøterapeut i 100 % stillinger er utdannet ergoterapeut.

Psykisk helsetjeneste	Psykiatri/rus tjenesten tlf 77176630
Tjenesten for funksjonshemmede	Ivaretas av Pro avdelingen
Frisklivssentral	Under etablering.
Frivillig arbeid	Frivilligsentral Frivillige lag og foreninger, aktiviteter og friluftsliv – se kommunens hjemmeside.
Annet	Kommunale bygg som servicebygg, helsesenter, sykehjem, skole og barnehager er universelt utformet slik at det skal lette adkomsten for funksjonshemmede. Også det private næringsliv, lag og foreninger som har bygg som skal være tilgjengelig for allmennheten har tatt hensyn til fremkommelighet for funksjonshemmede

2.3. Salangen kommune

Salangen kommune	Kommuneadministrasjon Sjøvegan Tlf 77172000
Innbyggertall Areal	2220 (pr 01.01.13) 8,5% er innvandrere 458 km ²
Koordinerende enhet	Rehabiliteringskoordinator, helsesenter Sjøvegan, tlf. 77172078 Omsorgsteamet fattar vedtak om individuell plan og koordinator
Skoler/barnehager	3 barnehager, 1 barne -og ungdomsskole, 1 videregående skole
Sykehjem/omsorgsboliger	Salangen Bo- og eldresenter (SABE), 28 plasser (pt er 22 i bruk) og 2 korttids plasser. 4 omsorgshybler og 15 omsorgsleiligheter (Toppen) beliggende på SABE Tlf 77172081
Hjemmetjeneste	Hjemmetjenesten har base på SABE. Det er ikke døgnbemanning. Tlf 77172093

Botilbud for eldre	Se under sykehjem/omsorgsboliger
Dagtilbud for eldre	Finnes ikke
Legetjeneste	Sjøvegan helsesenter, tlf 77172065 3 leger og turnuslege
Legevakt	Interkommunal legevakt TMS, tlf 771 81000
Helsestasjon	Helsesenter Sjøvegan, tlf 77172071 . 3 stillinger Helsestasjon for ungdom 1dag/uka
Fysioterapi	Sjøvegan helsesenter, 2 kommunale stillinger, tlf 77172080.
Ergoterapi	Sjøvegan helsesenter, 50% stilling, kombinert med 50% rehabiliteringskoordinator
Psykisk helsetjeneste	Sjøvegan helsesenter, 2 stillinger, tlf. 77172076 Åpen omsorg/utetjeneste.
Tjenesten for funksjonshemmede/ Miljøtjeneste	Miljøtjeneste funksjonshemmede, bofellesskap og utetjeneste.tlf 92289350 Miljøtjeneste Enslige mindreårige flyktninger, tlf 454 89511
Frisklivssentral	Folkehelsekoordinator, Sjøvegan helsesenter, tlf 90203885
Frivillig arbeid	Frivilligsentral på Sjøvegan tlf 77171142 Frivillige lag og foreninger, aktiviteter og friluftsliv – se kommunens hjemmeside.
Andre ressurstilbud	Støttekontakt, brukerstyrt personlig assistent, omsorgslønn, avlastning Astafjord Vekst, vekstbedrift har avdeling på Sjøvegan, tlf Mottakssentral for asylsøkere, tlf Vertskommune for interkommunal barneverntjeneste tlf. Barnevernsinstitusjon Lamo Senter for psykisk helse,UNN, poliklinikk på Sjøvegan

2.4. Bardu kommune

Bardu kommune	Kommuneadministrasjon Setermoen Tel: 771855200
Innbyggertall	4.067 innbyggere i 2014 6,5% er innvandrere
Areal	2700 km ²
Koordinerende enhet	Leder: Gurine Haaksvold ergoterapeut Tel: 98687428
Skoler/barnehager	7 barnehager, 3 barneskoler, 1 ungdomsskole. Læringsenhet for voksenopplæring/norskopplæring for flykninger
Sykehjem/omsorgsboliger	Barduheimen sykehjem parkveien 25, Tel: 77185550, 32 plasser, 10 plasser ved nordstua (demensavd.)
Hjemmetjeneste	Pleie- og omsorgstjenesten Tel: 88175550/ 90050376, inndelt i 3 soner består av hjemmesykepleie og hjemmehjelpstjeneste.
Botilbud for eldre	12 leiligheter i vekved og 11 leiligheter i parkveien
Dagtilbud for demente	Dagtilbud 3 ganger pr uke
Legetjeneste	6 fasteleger
Legevakt	Interkommunal legevakt på TMS tel: 771 81 000
Helsestasjon	Helsestasjon, Tel: 77185514 Jordmor Tel: 77185513
Fysioterapi	Bardu helsesenter, Tel: 77185510, 3 fysioterapeuter
Ergoterapi	1 ergoterapeut, Tel: 77185539 1 hjelpemiddelkontakt/hørselskontakt, Tel: 77185529
Psykisk helsetjeneste	Barduheimen, 1. etasje Tel: 77185423 1 stilling for barn og unge Møteplassen dagsenter 3 ganger i uken.
Tjenesten for	Åsveien 54 Tel: 77185790 Heldøgntjeneste.

funksjonshemmede	
Frisklivssentral	Barduhallen Tel: 77185214 Folkehelsekoordinator 77185200
Frivillig arbeid	Har ikke frivillighetssentral Frivillige lag og foreninger, aktiviteter og friluftsliv – se kommunens hjemmeside. Her finnes overikt over alle turområder som er egnet for de med funksjonsnedsettelse.
Annet	Bardu kommune har tilbud om støttekontaktordning, Asylmottak 100 plasser + 20 plasser forsterket mottak.

2.5. Befolkningsframskriving:

Nedenunder vil dere se en antatt befolkningsframskriving i våre kommuner fra 2014-2025. Tallene er hentet fra statistisk sentralbyrå- framskrevet befolkning. Tallen viser at det er en betydelig vekst av antall eldre i 2025.

I stor grad er det den eldre befolkningen som har en økt bruk av rehabiliteringstjenester, men dette vil fort kunne endres hvis enkeltpersoner får behov for tung rehabilitering.

Diagram 1: Lavangen kommune

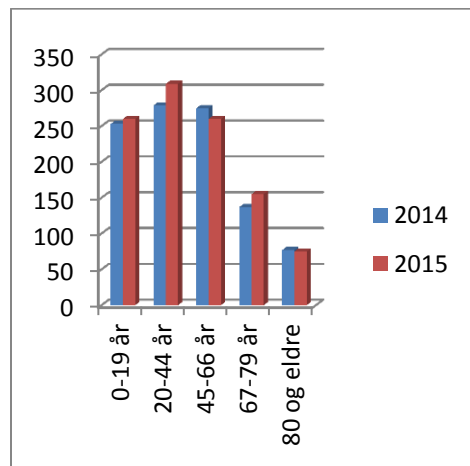


Diagram 2: Salangen kommune

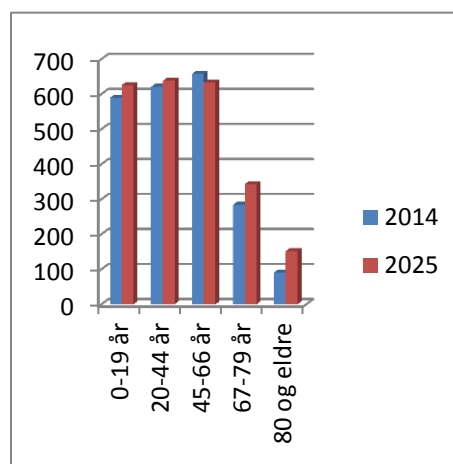


Diagram 3: Bardu kommune

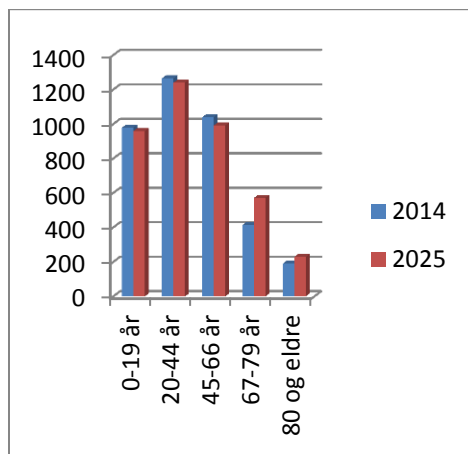
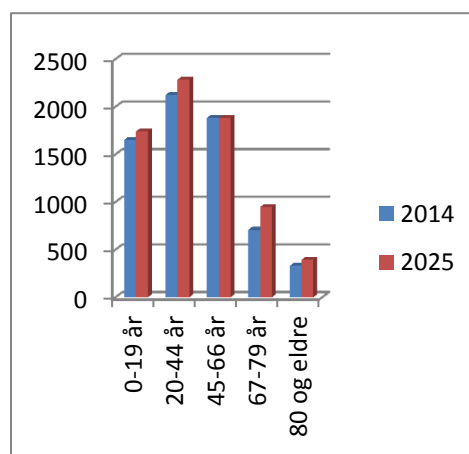


Diagram 4: Målselv kommune



2.6. Interkommunal legevakt / TMS

Interkommunal legevakt for kommunene Bardu, Lavangen, Salangen og Målselv er etablert ved TMS. I tilknytning til legevakta har også de fire kommunene samarbeid om to kommunale akutte døgnseger.

Universitetssykehuset i Nord-Norge har et samarbeid med Forsvaret om spesialhelsetilbud ved Troms militære sykehus (TMS). Dette nedlegges 30.juni 2014.

3.0. Kommunale utfordringer

Kommunene står overfor en del utfordringer som vil ha betydning for rehabiliteringsfeltet.

- Samhandlingsreformen - tidlig utskriving, kompliserte behandlingsprosedyrer.
- Kvalitetssikring av rehabiliteringstilbudet

- * Kompetanse

- * Tilgjengelighet, organisering og tverrfaglig samarbeid

- * kapasitet- menneskelige ressurser, rehabiliteringsplasser.

Det kan være en utfordring å drive rehabilitering på sykehjem spesielt i de tilfeller det er unge brukere som trenger rehabilitering i institusjon eller der hvor det er kompetanseutfordringer i forbindelse med rehabiliteringen. |

- Livsstilssykdommer som diabetes, KOLS, fedme, kreft, hjerte/ lungesykdom er økende i befolkningen. Dette kan medføre økt sykefravær.

- Et økende antall eldre kan medføre økning i brukere med demens, kreft, diabetes, psykiske lidelser, ensomhet.
- Medisinsk utvikling – flere overlever med store funksjonsnedsettelse.
- Rusomsorgen - lite statlige behandlingsplasser, oppfølging, botilbud.
- Psykisk helsearbeid - oppfølging, botilbud, behov for døgntjeneste.
- Dårlig kommuneøkonomi - effektivisering, rekruttere og beholde fagkompetanse.
- Lange avstander - ressursbruk, ensomhet.

Det er behov for, og forventes av myndighetene, at habilitering- og rehabiliteringsvirksomhet på kommunalt nivå skal synliggjøres. Brukere og samarbeidspartnerne skal kunne vite hvor en skal henvende seg ved forespørsel, og andre instanser skal ha en fast adresse å forholde seg til. Utfordringene innenfor området er store. Det trengs en felles grunnforståelse av rehabilitering. Man må avklare roller og ansvar og få på plass klare og formelle samarbeidsrutiner mellom alle aktuelle aktører. Kommunen må også få i stand jevnlig opplæring av personlige koordinatorene, samt veiledning og oppfølging av disse. Det er viktig å finne gode arbeidsredskaper for å kunne arbeide tverrfaglig, f.eks bruk av elektronisk IP/IOP, mobil omsorg, ha fysiske møteplasser for profesjonene i forhold til brukerne. Det må arbeides med felles metoder, prosedyrer og dokumentasjonsverktøy knyttet til bl.a. individuell plan.

For å oppnå kvalitet mener vi:

- *Alle kommuner skal ha fungerende koordinerende enheter.*
- *Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene må sikre kontinuitet, veiledning og gode overganger mellom forvaltningsnivåene.*
- *De som jobber inn mot fagfeltet må ha interesse for habilitering, rehabilitering og tverrfaglig samarbeid.*
- *Kommunene må tilby kontinuerlig faglig oppdatering innen feltet.*
- *Kommunene må tilby ulike typer habilitering og rehabilitering etter behov og funksjon.*
- *De som trenger det må søke om å få utarbeidet en individuell plan og koordinator, og koordinatoren må ha et spesielt ansvar for at planen gjennomføres.*

- *Samarbeidsavtalene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene må forankres og være kjent blant fag- og bruker gruppene.*

4.0. Interkommunale samarbeidsområder

Det interkommunale samarbeidet må forankres både politisk og administrativt i kommunene. Arbeidsgruppa har i forbindelse med prosjektarbeidet sett på områder man kan samarbeide interkommunalt.

- Interkommunal koordinerende ressursgruppe: Skape en interkommunal møtearena for ledere av koordinerende enhet i de 4 kommunene. Det vil være et fast møtepunkt for å søke råd og veiledning på tvers av kommunegrensene. Her kan man ta opp utfordringer samt spesielle diagnoser slik at man kan ha råd og veiledning på tvers av kommunegrensene. Gruppen setter ned agenda for samlingene i fellesskap. Det ideelle ville vært å ha en 20 % stilling som interkommunal koordinator men pga. det økonomiske ser vi at kommunene kan løse dette ved å la den ledende funksjonen for gruppen gå på rundgang.
 - Tiltak: Gjennomføre 3-4 interkommunale samlinger årlig – ledende funksjon i gruppen rullerer mellom kommunene slik at man vet hvem som har ansvaret for å koordinere samarbeidet, dvs. innkallinger, referater, foredragsholdere, fordele oppgaver, planlegge og arrangere fagdager. Invitere aktuelle parter til nettverkssamlinger alt etter tema. Dette kan f.eks være skole/ barnehage, foreldre, pårørende til barn/ voksne med spesielle diagnoser.
 - Tiltak: Lage en årlig handlingsplan for de interkommunale tiltakene i ressursgruppen, herunder også kompetanseheving i form av interkommunal fagdager. Dette fordrer at man vet hvilke lokale utfordringer kommunene står i og kommunene har derfor ansvar for å lokalt se på hvilke kommunale utfordringer som kan tas med inn i det interkommunale samarbeidet.
 - Tiltak: Lokale samarbeidsmøter i forkant av ressursgruppesamlingene.
- Interkommunal opplæring og veiledning av koordinatører. Felles opplæring og veiledning av de som skal være koordinatører for brukere ute i kommunene. Interkommunal koordinerende enhet organiserer dette.

- Tiltak: Arrangere en årlig samling i året for de som fungerer som koordinatorene for brukerne på tvers av kommunene. Arbeidsgruppen foreslår at samlingen legges til høsten

- Interkommunale fagdager/kurs. Kompetansesamarbeid er et område vi allerede har erfaringer fra og kompetanseheving på tvers av kommunegrensene har vist seg å være veldig nyttig. Ved å arrangere fagdager lokalt har flere mulighet til å delta. Man stifter nye bekjenskaper som gjør det lettere å ta kontakt i ettertid. Dette kommer brukerne til nytte ved at fagpersonene i tjenestene er faglig oppdatert på de samme områdene på tvers av kommunene.
 - Tiltak: Arrangere en årlig interkommunal fagdag med tema innenfor rehabiliterings- og habiliteringsfeltet. Se på muligheter for å søke midler til gjennomføring av interkommunal fagdag. Arbeidsgruppen foreslår at fagdagen legges til våren.

- Samarbeid rundt hverdagsrehabilitering som arbeidsform. Kommunesamarbeidet søkte i mars 2014 midler fra Helsedirektoratet til et forprosjekt for interkommunalt samarbeid om hverdagsrehabilitering. Her ønsker vi å få til et samarbeid med KomOpp - opplæringskontoret for offentlig sektor i Troms. I dette samarbeidet er det ønskelig å bruke lærlinger i helsefagarbeid som en del av de teamene som skal drive hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering er tverrfaglig samarbeid mellom fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og hjemmetrener. Prosjektet skal utarbeide en modell for interkommunalt samarbeid som igjen kan brukes i tjenesten – det vil være naturlig at deler av prosjektet foregår kommunalt mens andre deler foregår interkommunalt.
 - Tiltak 1: Gjennomføre forprosjekt fra august 2014 – ca februar 2015. Kommunene tildeles midler fra Helsedirektoratet (HD) til gjennomføring av forprosjekt som et følgeprosjekt fra HD. Prosjektet skal komme frem med en skisse for gjennomføring og kostnader til oppstart av 2 årig Hverdagsrehabiliteringsprosjekt
 - Tiltak 2: Gjennomføre 2 årig prosjekt med Hverdagsrehabilitering. Forprosjektet vil kunne si noe om fordeling av ressurser og kostnader, det blir derfor ikke tatt

med i planen. Det vil ses på muligheter for å søke midler til gjennomføring av et slikt prosjekt. Målet vil være å få hverdagsrehabilitering som et fast tiltak i kommunene fra senest 2017. Det vil i en slik gjennomføring både bli brukt lokal og interkommunale tiltak.

- Spesialkompetanse. Kommunene bør kunne samarbeide om fagpersoner med spesialkompetanse, f.eks kreftsykepleier, diabetessykepleier, ernæringsfysiolog m.fl. Det er lange avstander – så det tenkes ikke til individuell behandling overfor brukere, men som ressurs ifht internundervisning og veiledning – samt ifht. lærings- og mestringskurs for brukere og pårørende. Vi ser også bruk for å kunne samarbeide om kompetanse innenfor frisklivsarbeidet.
 - Tiltak 1: Se på muligheten for å arrangere lærings- og mestringskurs interkommunalt, som er gruppebasert opplæring for brukere og pårørende i alle aldre. Hensikten med opplæringen er å bidra til økt mestring for brukere og pårørende med langvarige sykdommer og/eller funksjonsnedsettelse.
 - Tiltak 2: Invitere frisklivscentralene og folkehelsekoordinatorerne til samarbeidsmøte for å se på aktuelle samarbeidsområder innenfor rehabilitering både lokalt og interkommunale.
- Rehabiliteringsplasser. Som tidligere nevnt gjør samhandlingsreformen at kommunene må takle flere problemstillinger på hjemmebane. Sykehjemmene er fylt opp med de aller dårligste brukerne. Vi ser et stort behov for korttidsplasser og rehabiliteringsplasser hvor brukere som ikke klarer seg hjemme kan være en kort periode og få intensiv hjelp til konkrete problemstillinger. Dette gjelder både de som trenger en mellomstasjon etter sykehusopphold – og de som får et midlertidig funksjonsfall som kan slippe å bli innlagt på sykehus, men få hjelp lokalt. Kommunene kan her ha et samarbeid ifht å opprette plasser – samt utnytte eksisterende plasser med tilgjengelig fagkompetanse.
 - Tiltak: Samarbeid om kjøp av korttidsplasser og rehabiliteringsplasser på tvers av kommunene hvis det er kapasitet. Her kan samarbeidet og se på muligheten for å opprette interkommunale rehabiliteringsplasser, men dette vil kreve en kartlegging gjennom et forprosjekt.

- Felles prosedyrer og søknadsskjemaer og at man bruker samme navn på funksjoner. Vi ser at man kan komme langt i samarbeidet med å utarbeide felles maler og prosedyrer. Rådgivning og veiledning på tvers av kommunene vil være lettere når man jobber med samme type dokumenter
 - Tiltak: Utarbeide felles prosedyrer for rehabiliteringstjenesten i det interkommunale samarbeidet
- Velferdsteknologi: Som en del av forebyggingsarbeidet samt fokus på å
- Elektronisk IP/IOP. En individuell plan (IP) er et viktig verktøy for å etablere et helhetlig helse-og omsorgstilbud til brukere med sammensatte behov. Et elektronisk samarbeids- og koordineringsverktøy for planer gir både tjenestemottaker og offentlige instanser mulighet til å holde seg oppdatert på status og tiltak som gjennomføres i egen og andres regi. Kommunen vil få en bedre oversikt på hvor mange planer som til enhver tid er i aktiv bruk og man vil unngå flyt av løse filer og ulike papirutgaver. Uten en elektronisk løsning må arbeidet med individuelle planer utføres ved hjelp av papir. Problemet med papirbaserte planer er at de ofte blir liggende ubrukt etter at de er fylt ut første gang. De ulike involverte aktørene er ikke sikre på hvilken versjon de sitter med, oppdateringer blir en omstendelig prosess, og planeieren blir usikker på hvem som forholder seg til planen og hvem som ikke vet at den finnes. En elektronisk IP er lett å oppdatere, den gir økt brukermedvirkning, økt samhandling mellom ulike instanser – og den vil forenkle arbeidet med møtereferat, innkalling og beskjeder de ulike aktørene i mellom. Individuell opplæringsplan (IOP) skal utarbeides for alle elever som får spesialundervisning. Planen skal vise mål og innholdet i opplæringen, hvordan den skal drives og organiseres. Den individuelle opplæringsplanen utarbeides av skolen på bakgrunn av den sakkyndige vurderingen til PP-tjenesten og vedtaket om spesialundervisning. Skolen bør involvere foreldrene og eleven selv (hvis vedkommende er eldre enn 12 år) i utarbeidelsen av planen. Elektronisk IOP vil på samme måte som elektronisk IP gi større brukermedvirkning og være enklere å oppdatere.
 - Tiltak: Gjennomføre en demo med IP/IOP i samarbeid med skolene. Få et interkommunalt pristilbud.

- Interkommunal logoped: Det er ingen av kommunene som pr i dag har logoped. Tjenesten må kjøpes privat utenfra. Det er lite tilgang på logoped og lang ventetid. Logoped er en viktig ressurs for mange brukere i en habiliterings-/rehabiliteringsprosess.
 - Tiltak: Prosjektgruppa foreslår å se på muligheten for å ansette en logoped i interkommunal stilling.

- Lokale tiltak: Kommunene er hver i seg ansvarlig de kommunale tjenestene som skal gi brukerne et rehabiliteringstilbud ut fra de behov som brukerne har. Herunder kommer koordinerende enhet, koordinator, fys/ ergoterapitjenester, hjelpemiddelsentral, tverrfaglige møter i kommunene, lokale tverrfaglige samlinger som kan løfte frem utfordringer som tas med til det interkommunale samarbeidet. Kommunene med koordinerende enhet må kartlegge kommunens utfordring i kommunale samlinger. Hyppigheten av dette avgjøres i den enkelte kommune. Kommunene har selv ansvar for hva som skal med inn i det interkommunale samarbeidet.

Blant annet har ikke Målselv ergoterapeut og en evt. ansettelse av dette blir en lokal avgjørelse. Det samme gjelder utbygging endringer av tjenestetilbudene lokalt, f.eks ved ombygging av sykehjem, flytting av sykehjemsplasser. Disse tiltakene er ikke tatt med i handlingstiltakene.

5.0. Økonomi ihht. foreslåtte tiltak

Interkommunal rehabiliteringsplan for kommunene Bardu, Lavangen, Salangen og Målselv har status som fagplan/temaplan og er således ikke juridisk bindende, men er retningsgivende for sektorens arbeid og prioriteringer. Den skal danne grunnlag for innspill til budsjett og økonomiplan. Selv om tiltak er påført med kostnad og år, vil dette måtte veies opp mot andre tiltak og behov, og er således retningsgivende. Dette skal sammenstilles og prioriteres i forbindelse med budsjett og økonomiplan.

Tiltak	Tidsrom	Lokalt	IK	Økonomisk konsekvens	Kommentar
Interkommunal koordinerte ressursgruppe	3-4 ganger årlig	X	x	Kjøregodtgjørelse	Ledende funksjon på rundgang
Interkommunale fagdager	Minimum 1 x årlig		x	5000 kr pr fagdag	Beløpet deles på kommunene
Interkommunal prosedyrer	2015		x	Arbeidsinnsats	Ses på i ressursgruppen
Forprosjekt Hverdagsrehabilitering	Aug 2014-feb 2015	x	x	Prosjektmidler fra Helsedirektoratet	
2 årig prosjekt Hverdagsrehabilitering	Feb 2015-jan 2017	x	x	Kostnader utredes i forprosjektet	
Interkommunal samling koordinatorene	1 x årlig		x	Lønn til de som deltar i gruppen	
Elektronisk IP/IOP	Fra 2015			90000 kr årlig 60000 kr i oppstartsutgifter	Summen er et ca beløp, samlet sum for alle 4 kommuner
Interkommunal logoped				Ca 300000 - 600000kr, alt etter stillingsprosent	Fordeles etter antall innbygger
Kjøp av rehabiliteringsplasser og korttidplasser IK	Ved behov	x	x	Pris pr døgn ca 2500 kr	

6.0.Referanser:

www.ergoterapeutene.org/ hverdagsrehabilitering

Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering: fra forbundene for ergoterapeuter, fysioterapeuter og sykepleiere

- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
<http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=habilitering+og+rehabilitering>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Lov om folkehelsearbeid
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelse>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettigheter>
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2013-06-21-79?q=pasientrettigheter>
- Lov om sosiale tjenester i NAV
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131?q=sosiale+tjenester>
- Opplæringsloven
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61?q=oppl%C3%A6ringsloven>
- Plan-og bygningsloven – byggteknisk forskrift
http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-03-26-489#KAPITTEL_3
- Samhandlingsreformen
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen.html?id=6804>

24