



SNÅASEN TJELTE
SNÅSA KOMMUNE

*Plan for habilitering
og rehabilitering*

2019 -2025

"Viehkehth jijtjemem viehkiehtidh"

"Hjælp meig å hjælp meig sjøl"

Vedtatt i Snåsa Kommunestyre i Sak 39/19(19/2421) den 27.06.19.

INNHOOLD

1.	INNLEDNING	
1.1	<i>Forord</i>	4
1.2	<i>Bakgrunn for planarbeidet</i>	4
1.3	<i>Mandat</i>	4
1.4	<i>Formålet med planen</i>	5
1.5	<i>Folkehelsefokus</i>	5
1.6	<i>Føringer i forhold til sørsamisk perspektiv.</i>	6
1.7	<i>Forhold til andre kommunale planer</i>	6
1.8	<i>Rullering av plan</i>	6
1.9	<i>Årlig evaluering</i>	6
1.10	<i>Styrende lover, forskrifter, stortingsmeldinger og veiledere</i>	7
2.	ANSVAR OG ORGANISERING	10
2.1	<i>Ansvar</i>	10
2.2	<i>Felles plattform</i>	11
2.3	<i>Kompetanse</i>	11
2.4	<i>Årshjul</i>	11
3	MÅL FOR REHABILITERINGSARBEIDET	11
3.1	<i>Definisjoner</i>	11
3.2	<i>Hovedmål i Snåsa kommune:</i>	12
3.3	<i>Strategier</i>	12
3.4	<i>Brukermedvirkning og «myndiggjøring» («empowerment»)</i>	13
3.5	<i>Utfordringer</i>	13
4	MESTRING I EGET HJEM	16
4.1	<i>Universell utforming</i>	16
4.2	<i>Å planlegge egen alderdom</i>	16
4.3	<i>Funksjonsattesten.no</i>	16
4.4	<i>Årlige fagkvelder</i>	17
4.5	<i>Fokus på tilgjengelighet</i>	17
4.6	<i>Boligrådgiving</i>	17

4.7	<i>Årlig fagdag – planlegg din egen alderdom</i>	17
4.8	<i>Forbyggende hjemmebesøk</i>	18
4.9	<i>Velferdsteknologi /Mestringsteknologi</i>	18
4.10	<i>Tekniske hjelpemidler</i>	22
5	MESTRING AV EGET LIV	25
5.1	<i>Forholdet mellom habilitering og rehabilitering</i>	25
5.2	<i>Koordinerende enhet</i>	25
5.3	<i>Hva er viktige aktiviteter for deg?</i>	32
5.4	<i>Det individuelle habilitering- og rehabiliteringsarbeidet</i>	34
5.5	<i>Habilitering barn og unge</i>	34
5.6	<i>Habilitering voksne</i>	36
5.7	<i>Rehabilitering</i>	38
5.8	<i>Voksenopplæring</i>	43
6	MESTRING SAMMEN MED ANDRE	45
6.1	<i>Det sosiale påvirker helsen – å ha «nåkkå å gå åt»</i>	45
6.2	<i>Hva kan du bidra med?</i>	46
6.3	<i>Vær raus med seg selv: -gjør noe lystbetont hver dag</i>	47
6.4	<i>Frivillighet – å koble ressurs og behov</i>	47
6.5	<i>Transport øker deltagelse</i>	47
6.6	<i>Treffpunkter i nærmiljøet</i>	48
6.7	<i>Treffpunkt som binder sentrumsområdet sammen</i>	48
6.8	<i>Snåsaturer – med noen tilrettelagte turmål</i>	48
6.9	<i>Oversikt over tilgjengelige turmål og aktiviteter for bevegelseshemmede</i>	48
6.10	<i>Flere tilgjengelige områder</i>	49
6.11	<i>Kultur er helsefremmende!</i>	49
7.	OVERSIKT OVER DELTAGERE I PLANARBEIDET	50

1. INNLEDNING

1.1 Forord

Dette er en strategiplan som skal tydeliggjøre intensjonene, verdiene og målene for et helhetlig rehabiliteringstilbud for barn og voksne i kommunen. Planen er en rullering av rehabiliteringsplan som var vedtatt i kommunestyret 25.10.12. Planen skal være en overordnet og tverrsektoriell/ -helhetlig plan som understreker felles ansvar hos enhetene for rehabilitering i Snåsa kommune. Planen må videreføres gjennom et kontinuerlig utviklingsarbeid der alle har ansvar for å tenke rehabilitering og hverdagsmestring innenfor alle ledd i det kommunale tjenesteapparatet.

1.2 Bakgrunn for planarbeidet

Snåsa kommune sin tidligere Plan for habilitering og rehabilitering i Snåsa kommune «Hjælp meg å hjelp meg sjøl» er for perioden 2012 -2015. Denne trenger oppdatering/rullering.

Det ble søkt Fylkesmannen i Nord-Trøndelag om tilskudd til styrking av habilitering og rehabilitering i kommunene kap 762 post 64 31.3.2017. Fylkesmannen innvilget Snåsa kommune 700.000,- til en stilling som skulle arbeide med rullering av kommunens habilitering og rehabilitering. «Plan for benyttelse av innvilget tilskudd til styrking av habilitering og rehabilitering i Snåsa kommune» ble vedtatt i Snåsa hovedutvalg helse og omsorg 8.11.2017.

Det ble opprettet en styringsgruppe bestående av representant fra funksjonshemmedes råd, tillitsvalgt representant, kommunalsjef helse, kommunalsjef oppvekst, og politisk representant som er leder av styringsgruppa.

1.3 Mandat

Mandat til prosjektet er:

- Rullering av rehabiliteringsplanen «Hjælp meg å hjelp meg sjøl» 2012-2015 i kommunen, med fokus på hverdagsmestring.
- Gjøre koordinerende enhet og habilitering- og rehabiliteringstjenestene mer synlig og tydelig for innbyggerne.
- Tydeliggjøre koordinatorrollen
- Utarbeide pasient/brukerforløp innen de ulike delene av habilitering/rehabiliteringsfeltet
- En mer systematisk og strukturert tverrfaglig samarbeid mellom pleie/omsorg og helse, dvs sykeheimen, hjemmetjenestene, lege, fysioterapeut, ergoterapeut, psykisk helse og rus.
- Arbeide med å øke kompetanse og kapasitet, slik at vi har en organisasjon som kan takle utfordringer innen habilitering og rehabilitering, både døgnet og dagrehabilitering, hverdagsrehabilitering og implementering av velferdsteknologi.

1.4 Formålet med planen

Informasjon

Planen skal ha informasjonsverdi i forhold til befolkningen, kommunens samarbeidspartnere, fagmiljøene og til kommunens administrative og politiske styringsorgan.

Helhetstenkning

Gi våre innbyggere forutsigbarhet gjennom en tverrfaglig og helhetlig tilnærming.

Eierforhold/forankring

Formålet med planen er at alle enheter i kommunene gjennom planprosessen har et eierforhold til planens intensjon om å skape et helhetlig og tverrfaglig/-sektorielt tilbud for innbyggerne. Det skal utvikles en felles forståelse for rehabilitering som begrep, arbeidsmetode, og plassering av ansvar. Planen skal være et verktøy som benyttes i rehabiliteringsarbeidet og ha fokus på samhandling

Brukerfokus

Brukerfokus skal være et ledende prinsipp i all tjenesteyting og planen beskriver hvordan kommunen søker å ivareta dette både på system og individnivå.

Tydeliggjøre ansvar og roller

Planen skal tydeliggjøre ansvar og roller og peke på utfordringer og satsningsområder.

Utfordringer/tiltak

Planen skal være styrende for utviklingen av kommunens re-habiliteringstjeneste.

1.5 Folkehelsefokus

Fra 1. januar 2012 ble det større fokus på forebygging og folkehelsearbeid, ved igangsettelse av Samhandlingsreformen og lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Folkehelseloven ble utarbeidet for å nå Samhandlingsreformens intensjoner; å utjevne helseforskjeller, skape flere leveår med god helse for den enkelte, og økt fokus på forebyggende arbeid i fremtiden.

Folkehelseloven legger opp til systematisk arbeid med oversikt over helseutfordringene blant innbyggerne, planforankring av mål, tiltak og evaluering av folkehelsearbeidet i kommunen på kort og lang sikt. Loven skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, og utjevning av sosiale helseforskjeller. Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven) legger også noen juridiske føringer for arbeidet med folkehelsen, og er et verktøy for å få en helhetlig samfunnsplanlegging. Kommunens oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer skal være grunnlag for kommunale og regionale planstrategier.

1.6 Føringer i forhold til sørsamisk perspektiv.

Snåsa Kommune ble innlemmet i samisk språkforvaltningsområde fra 1.januar 2008. Det gjør at Snåasen tjelle/ Snåsa kommune har et spesielt ansvar for å ivareta, fremme og videreutvikle tilbud til den samiske befolkningen. For grupper med spesielle behov er det derfor av stor betydning med økt kunnskap om samisk språk og kultur blant tjenesteytere og det legges vekt på å tilegne seg språk- og kulturkompetanse i alle tjenester som arbeider med et rehabiliteringsløp for pasienter.

2. linjetjeneste: SANKS - Samisk nasjonalt kompetansetjenestesenter i psykisk helsevern er etablert med et kontor på Snåsa.

Snåsa kommune i samarbeid med SANKS og Helse Nord utvikler et e-læringsprogram for å øke kunnskapen om samisk kultur for blant annet helsepersonell.

Samarbeid på tvers av de ulike institusjonene som er i kommunen anses også som viktig, f.eks samarbeid med barnehagene og skolene, hjemmetjenesten og sykehjemmet, samt språksenteret Gielem Nastedh og Samien Sijte. Videre er det viktig å bruke samisk helsepersonell som er ansatt eller jobber i kommunen.

1.7 Forhold til andre kommunale planer

Kommuneplan, økonomiplan og Handlingsplan for helse-, pleie og omsorgstjenesten er overordnet planverk i kommunen. Plan for habilitering og rehabilitering skal fungere som en strategiplan og på den måten anses som overordnet i forhold til andre enhets-/delplaner (rus, psykiatri, oppvekst, fysio-/ergoterapi, sosial m.v). Planverket i kommunen viser på den måten en bred og fleksibel tiltakskjede med forebyggende virkning. Planen inneholder ikke individuelle tiltak for spesielle grupper.

1.8 Rullering av plan

Plan for Rehabilitering for Snåsa Kommune 2019-2025 skal revideres i løpet av 2025. Ansvarlig for igangsetting for rullering av rehabiliteringsplanen i 2025 er Koordinerende enhet.

1.9 Årlig evaluering

Ved implementering av nye tiltak og arbeidsmetoder, er viktig med jevnlig evaluering for å sikre at nødvendige tilpasninger etter endringer i kompetanse, lover og forskrifter og eventuelle endringer i kommunens tjenester. Koordinerende enhet KE har ansvaret for at tverrfaglig evalueringen gjøres hver høst, i god tid før budsjettet legges.

1.10 Styrende lover og forskrifter, stortiningsmeldinger og veiledere

Lover og forskrifter som regulerer habilitering og rehabilitering i kommunen:

Lov 2011 - 06 - 24	nr. 30:	Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
Lov 2011 - 06 - 24	nr. 29:	Lov om folkehelsearbeid
Lov 2008 – 06 - 20	nr. 42:	Diskriminerings og tilgjengelighetsloven
Lov 1999 – 07 - 02	nr. 63:	Bruker og pasientrettighetsloven
Lov 2017 – 06 -16	nr. 53:	Lov om endringer i pasient og brukarrettslova, helsepersonellova m.m.(styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse og omsorgstjenester m.m.)
Lov 2016 – 06 – 17	nr. 45:	Lov om endringer i pasient og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykeheim eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister.)
Lov 2007 – 12 - 21	nr. 123:	Endringslov til pasientrettighetsloven
Lov 1999 - 07 – 02	nr. 62:	Psykisk helsevernloven
Lov 1998 – 07 – 17	nr. 61:	Opplæringslov
Lov 2018 – 06 – 22	nr. 60:	Lov om frittstående skolar (friskolelova)
For 2018 – 10 – 19	nr 1584	Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
For 2018 – 04 – 10	nr.556:	Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
For 2016 – 10 – 28	nr. 1250	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten
For 2011 – 12 – 16	nr 1349:	Forskrift om egenandel for kommunale helse og omsorgstjenester.
For 2003 – 06 – 27	nr 792:	Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten

Styrende i arbeidet med rulleringen av rehabiliteringsplanen i tillegg til gjeldende lover og forskrifter:

Helse og omsorgsdepartementet:

Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017 – 2019

Utdrag fra opptrappingsplanen:

- Retter seg i hovedsak mot brukere med funksjonsnedsettelse som følge av fysisk sykdom, uavhengig av alder, diagnose og bosted. Planen gir en oversikt over hovedutfordringene på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet og fastlegger kortsiktige og langsiktige strategier for å møte disse. Planen skal bidra til at kommunene settes i

stand til å gi et godt rehabiliteringstilbud til innbyggerne og over tid overtar flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten.

- Det er i kommunen livet leves; i bo- og nærmiljø, barnehage, skole, fritidsarenaer og på arbeidsplassen. Opptappingsplanen skal bidra til at brukerne kan motta gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester der de bor.
- Planen skal bidra til å styrke brukerperspektivet og bedre kvaliteten i tjenestene. For å få til dette er det nødvendig med endringer i arbeidsformer og kompetanse. Rehabilitering av god kvalitet kan være avgjørende for å sikre den enkeltes deltakelse i samfunnet. Det blir flere eldre og flere som lever med kronisk sykdom. Den medisinske utviklingen gjør at flere reddes etter ulykker og store traumer. Flere lever i egen bolig og må mestre livet med funksjonsnedsettelse.
- Pasientens helsetjeneste innebærer at pasienten får delta aktivt i rehabiliteringen, og mestrer livet med de helseutfordringer han eller hun har. Tilbakemeldinger fra brukere og deres organisasjoner viser at brukermedvirkningen fortsatt er mangelfull i tjenestene, både på individ og systemnivå. Særlig sårbare er barn og unge i overgangen fra barn til ungdom og unge voksne. Ofte er det foreldre, foresatte eller andre voksne som uttaler seg når tjenester til barn og unge skal utvikles og evalueres. En tjeneste som lytter til og møter ungdom der de er, er grunnleggende for å gi ungdom med alvorlig sykdom og/eller funksjonsevne mestring i overgangen til voksenlivet. Utsatt er også brukere med begynnende demens eller kognitiv svikt, som også skal ha mulighet for medvirkning.
- For mange brukere er rehabilitering en livslang prosess. De vil oppleve funksjonsbedringer og forverringer som gjør det nødvendig med habilitering og rehabilitering gjennom hele livsløpet. Derfor er definisjonen i forskriften endret, slik at det ikke lengre er tidsavgrensede prosesser.
- En forutsetning for et godt rehabiliteringstilbud er koordinering og samarbeid mellom tjenestene. Derfor vil et godt kommunalt tilbud og et godt tilbud for brukerne ikke bare kreve større kapasitet, men fremfor alt endrede arbeidsformer og innretning av tilbudet både i kommunene og spesialisthelsetjenesten.
- Det er også behov for større faglig bredde og bred kompetanse på et høyere faglig nivå hos tjenesteyterne i kommunene. Tjenestene må støtte opp under og utløse alle de ressurser som ligger hos brukerne, deres familier og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet.
- Budskapet i planen er at det må jobbes annerledes enn i dag. Dagens arbeidsformer fører til at mange brukere med kronisk sykdom og med store og sammensatte behov ikke får tett nok oppfølging eller god nok opplæring til egenmestring.
- Manglende systematikk i kommunal tverrfaglig kartlegging rammer mange brukergrupper. Når brukere ikke fanges opp i tide, øker risikoen for dårligere egenmestring og funksjonsfall som kunne vært unngått. Brukere må involveres, og de må få tilstrekkelig hjelp til å leve med og mestre sykdom. Ved å komme tidligere til og ved bedre oppfølging vil brukerne få bedre liv og penger spares.
- Tilbud om kognitiv habilitering/rehabilitering og logopedi er eksempler på tjenester som ofte mangler. Ved utvikling av tjenestene må det tenkes i form av forløp, informasjon må deles mellom tjenestetilbyderne for at forløpene skal henge sammen, og hull i tilbudet og dermed i forløpene må tettes. Det er behov for mer teambaserte

tjenester og mer systematikk i oppfølgingen, slik det er beskrevet i primærhelsetjenestemeldingen.

- I tillegg vil regjeringen starte et arbeid med å utrede rammebetingelsene for logopedtjenester i kommunene. Formålet med arbeidet er å tydeliggjøre og styrke ansvaret kommunen har for logopedtjenester.

St.meld. 15 (2017 – 2018) *Leve hele livet*

Reformen Leve hele livet skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger, ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene. Meldingens hovedfokus er å skape et mer aldersvennlig Norge og finne nye og innovative løsninger på de kvalitative utfordringene knyttet til aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp, sammenheng og overganger i tjenestene.

De fleste eldre i Norge lever gode liv. De former sin egen hverdag. De er aktive og deltar i sosiale fellesskap. De får gode helse- og omsorgstjenester når det trengs. De bidrar med sine ressurser i jobb, for familie og venner eller i nærmiljøet, og det blir verdsatt. Alle eldre bør fortsatte å ha disse gode hverdagene, også når helsa etter hvert kan svikte og det offentlige må trå til med et omsorgstilbud.

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

Meldingen omhandler forslag til hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan utvikles for å møte dagens og fremtidens utfordringer. Forslagene omhandler tiltak som skal legge til rette for en flerfaglig og helhetlig kommunal helse- og omsorgstjeneste, med god kvalitet og kompetanse.

St.meld. 29 (2012 -2013) *Morgendagens omsorg*

I "Morgendagens omsorg" er rehabilitering beskrevet som et av tre tema som peker seg ut som omsorgstjenesten viktigste områder. Meldingen beskriver viktigheten av å fremme brukere som lever et mest mulig aktivt liv, at lokalsamfunnet mobiliserer slik at man blir ressurser for hverandre, at velferdsteknologi tas i bruk for at brukerne i større grad skal mestre hverdagen og at ideelle og frivillige organisasjoner involveres på nye måter.

St.meld. 19 (2014- 2015) *Folkehelsemeldingen*

varsler bl.a. at det framover skal legges mer vekt på å tilrettelegge for fysisk aktivitet i primær- og sekundærforebygging, behandling og rehabilitering, og påpeker også behov for bedre oppfølging på ernæringsområdet.

St.meld. 9 (2012 -2013) *Én innbygger - én journal*

viser retningen og definerer de overordnede målene for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren.

St.meld. 47 (2008 – 2009) *Samhandlingsreformen*

rett behandling – på rett sted – til rett tid Omtales senere

St.meld. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring*

En stortingsmelding fra 1999 om strategier for et mer systematisk og effektivt rehabiliterings- og habiliteringsarbeid på brukerne sine premisser. Rehabiliteringstilbudet var i for stor grad

prega av manglende planlegging og koordinering, uklare ansvarsforhold og for lite medvirkning fra brukeren selv. Danner grunnlaget for rehabiliteringsarbeidet de siste 20 årene.

Regjeringens plan for omsorgsfeltet «*Omsorg 2015 -2020*»

er en faglig omlegging med større vekt på aktiv omsorg, egenmestring og hverdags-rehabilitering står sentralt i regjeringens plan for omsorgsfeltet.

Regjeringens *handlingsplan for universell utforming* fra 2016

I tillegg til IKT og velferdsteknologi består handlingsplanen av tiltak innen bygg og anlegg, planlegging og uteområder, transport og sektorovergripende tiltak som nettverkssamarbeid i kommuner og fylker.

Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet – "*Barn og unge med habiliteringsbehov*"

Er en veileder som befester betydningen av å ansvarliggjøre av både helsepersonell og ansatte i oppvekst, og skal gi bedre grunnlag for samarbeid mellom utdanningssektoren og helse- og omsorgssektoren.

Helsedirektoratet «*Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov*»

inneholder krav og anbefalinger for mer strukturert oppfølging av brukere som har behov for tjenester fra mange aktører. Den retter seg til ledelsen i kommunene, og utfordrer til tjenesteutvikling som ivaretar den enkeltes helhetlige behov.

Helsedirektoratet: «*Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*»

Omtales senere.

Utdanningsdirektoratet «*Skolens ansvar for elever som har behov for helse- og omsorgstjenester i skoletiden*»

I tolkningsuttaletelsen, *Skolens ansvar for elever i skoletiden. Hva regnes som opplæring og hva regnes som helse- og omsorgstjenester*, er det samlet informasjon om skolens ansvar for elever som har behov for bistand/hjelp fra helsesektoren.

2. ANSVAR OG ORGANISERING

2.1 Ansvar

Rådmannen er fra politisk nivå delegert ansvar for at kommunens tjenesteproduksjon utføres på en hensiktsmessig måte.

Snåsa kommune skal ha et re-/ habiliteringstilbud der ansvar og organisering er tydelig for bruker, samarbeidspartnere og ansatte:

- tjenesteenhetene har felles ansvar, samordnet og forpliktende
- tiltak settes i verk på tvers av enhetsgrenser

- de ulike tjenester har faglig ansvar innenfor sitt fagområde
- alle involverte parter skal ha kjennskap til felles verdier og holdninger og tilstrebes en felles forståelse for lover og forskrifter
- tjenesteutøver har nødvendig kompetanse til å utføre oppgaver og imøtekomme utfordringer i rehabiliteringsarbeidet.

2.2 Felles plattform

Det må utarbeides en felles plattform med felles forståelse for arbeidet med habilitering og rehabilitering. Herunder veiledning og kompetanseoverføringer til de som yter daglig bistand.

Rehabilitering må organiseres parallelt med omsorgs- og behandlingstiltak, og er i mange tilfeller en integrert del av en tiltakskjede der mange fagområder og virksomheter er aktive. Det blir derfor svært viktig å skape kunnskap om rehabilitering og etablere mestringsrettede holdninger på alle områder og nivå i kommunen.

2.3 Kompetanse

Denne rehabiliteringsplanen legger vekt på betydningen av at alle ledd i det kommunale tjenesteapparatet har fokus på habilitering og rehabilitering. Dette innebærer økt behov for kompetanse om forebygging, folkehelse og habilitering og rehabilitering, hva det er, og hvordan de enkelte tjenester inngår i en større tiltakskjede, både på samfunnsnivå og individnivå.

Vi har mye av kompetansen som kreves for å kunne gjennomføre mange av tiltakene på plass, men det er behov for å samkjøre de ulike faggrupper, slik at alle ser og er trygg på sin rolle i arbeidet. Derfor vil de fleste som arbeider innenfor feltet ha behov for å fokusere på utvikling av egen kompetanse med kurs og videreutdanning.

2.4 Årshjul

Habilitering og rehabilitering er vidt fagfelt som har mange ulike tema, og det utfordrende å ha fokus på alle deler hele tiden. Koordinerende enhet utarbeider et årshjul hvor de ulike tema i planen settes i fokus hver uke/periode. F.eks. universell utforming, planlegge egen alderdom, aktivitet i nærmiljøene, rehabiliteringsuka, koordinatoropplæring osv. Det vil gi økt forutsigbarhet, kompetanse både i nærmiljøet og hos ansatte. Tema kan variere noe fra år til år, alt etter hva det til enhver tid rettes fokus på.

3 MÅL FOR REHABILITERINGSARBEIDET

3.1 Definisjoner

§ 3. Definisjon av habilitering og rehabilitering

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients 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 mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.

Endret ved forskrift 10 april 2018 nr. 556 (i kraft 1 mai 2018)

«Definisjonen av habilitering og rehabilitering er viktig, fordi alle elementene må virke sammen for at resultatet skal bli godt nok. Dette skiller rehabilitering fra opptrening, der fokus primært er rettet mot å gjenvinne funksjon eller trene opp en skadet kroppsdel. Men opptrening kan ofte være en viktig del av en rehabiliteringsprosess. Rehabilitering som virksomhetsområde er et vidt felt; det spenner over somatisk og psykisk helse, rehabilitering av rusmiddelavhengige, arbeidsrettet rehabilitering og sosialt liv. Utøvelsen er av tverrfaglig karakter, og bygger på evne til samhandling. Rehabilitering er tiltak som iverksettes parallelt med annen medisinsk behandling, for eksempel medisinerings ved hjerteinfarkt. Tidlig avdekking av funksjonssvikt og umiddelbar igangsetting av rehabiliteringstiltak i kommunehelsetjenesten kan bedre den enkeltes funksjon og mestring, redusere eller utsette sykmelding, redusere behov for pleie- og omsorgstjenester, institusjonsplasser eller spesialisthelsetjeneste.»

Samhandlingsreformen om Rehabiliteringsprosessen

Kommunen skal etter gjeldende lovverk identifisere, iverksette tiltak og følge opp innbyggere med behov for habilitering eller rehabilitering.

3.2 Hovedmål i Snåsa kommune:

«Alle innbyggere i Snåsa kommune med behov for habilitering og rehabilitering skal gis nødvendig bistand til egen innsats for å oppnå best mulig læring, motivasjon, økt funksjon og mestring, likeverd og deltagelse.»

3.3 Strategier

Strategier handler om å finne den riktige veien til målet. Strategivalg i denne sammenheng handler om å flytte fokus fra behandling til forebygging.

På samfunnsnivå må fokus legges på tilrettelegging av omgivelsene for fysisk og sosial aktivitet hos alle aldersgrupper og alle funksjonsnivå, og å skape treffpunkter som innbyr til samspill mellom mennesker på tvers av alder og funksjonsnivå.

På individnivå må fokus flyttes fra ekspert og pleiekultur til mestringskultur med fokus på aktivitet og deltagelse, læring og mestring, trening og tilrettelegging.

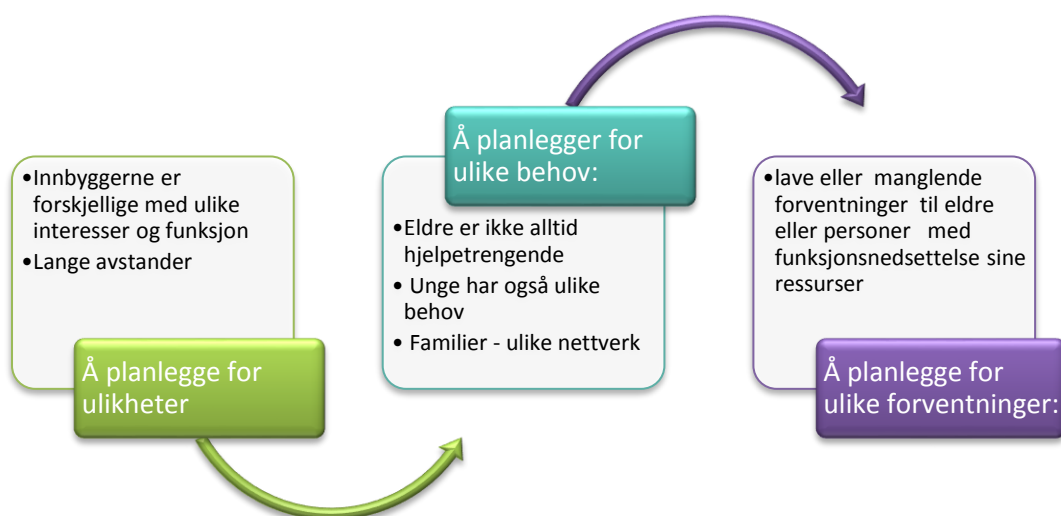
3.4 Brukermedvirkning og «myndiggjøring» (empowerment)

Respekten for det enkelte menneskes selvbestemmelse, rettssikkerhet og autonomi er grunnlaget for pasient- og brukermedvirkning. Habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten skal fremme personlig ansvar og egenmestring. Begrepet "empowerment" er ofte brukt for å utdype viktige perspektiver i medvirkning. Det kan oversettes med myndiggjøring eller «å gjøre sterk». Dette er en ressursfokusert tilnærming som vektlegger å ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser, ferdigheter og kompetanse. Tjenestene må bidra til å bevisstgjøre og styrke dette slik at bruker kan nå sitt potensial. Denne tilnærmingen er sentral i habilitering og rehabilitering og skal bidra til mestring, trygghet, positivt selvbilde samt opplevelse av å få tilbake makt og kontroll i eget liv. (fra veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator)

3.5 Utfordringer

Å planlegge for ulikheter:

- Det er utfordrende å planlegge for fremtiden fordi innbyggerne er forskjellige med ulike interesser og funksjon.



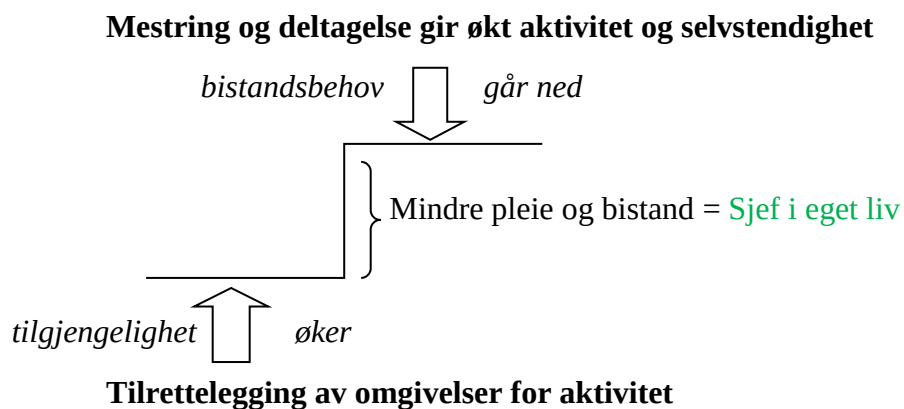
Flytte fokus fra pleiekultur til mestringskultur

Det innebærer å endre fokus:



Det betyr ikke at vi ikke har behov for sykeheim, pleie og omsorg, men at vi må ha større fokus på den enkeltes egne ressurser og interesser. Hvordan motivere til å gjøre endringer i hverdagen, som kan gi økt mestring, deltagelse og selvhjelpenhet?

Gap-modellen:



Mestring i eget hjem

Å ha en trygg base for
hverdagsaktiviteter
- et sted å leve livet

* universell utforming

- å planlegge egen alderdom
- funksjonsattesten
- boligrådgiving
- fagdager
- forebyggende hjemmebesøk

*Velferdsteknologi/ mestringsteknologi

- Kompetansebygging
- oppsummering av tiltak
- tverrfaglige arbeidsgrupper
- mestringsteknologi for barn og unge
- oppfølging via skype

* Tekniske hjelpemidler

- formidling og organisering
- sansetap
- kommunalt hjelpemiddellager
- hjelpemiddellab.

Mestring av eget liv

Å kunne utføre
de viktige og
meningsfulle
aktivitetene

*Forholdet mellom
habilitering og
rehabilitering

- * Koordinerende enhet
- * Koordinatorrollen
- * Hva er viktig for deg?
- * Hvordan vil du delta?

* Tverrfaglige individuelle
tiltak

* Å arbeide i team

* Rehabilitering

-oppfølging av pårørende

- * Rehabilitering voksne
- overganger
- dagsenter
- "oppgave-pool"

- "Hov-park"

-kompetanseheving

* Rehabilitering

*Hverdagsrehabilitering

* Rus og psykiske
helseutfordringer

* Kjøp av tjenester i
kommunal regi

* Voksenopplæring

Mestring sammen med andre

Å kunne delta
sammen med familie
og venner i nærmiljøet

* det sosiale påvirker helsen

* "å ha nåkkå å gå åt"

*Et oversiktlig og
tilgjengelig samfunn

* Hva kan du bidra med?

- ekte -raus - modig-

-Vær raus med deg selv

*Frivillighet - å koble behov

og ressurs

* Transport øker deltagelse

* Treffpunkter i nærmiljøet

* Sosiale møteplasser på
tvers av alder og funksjon

* Snåsaturer - med noen
tilrettelagte turmål

* Synliggjøre turmål for
bevegelseshemmede

* Kultur er helsefremmende

Det utarbeides et årshjul for implementering av tiltakene.

4 Mestring i eget hjem

Å ha en trygg base for hverdagsaktiviteter og leve livet



4.1 Universell utforming

Samfunnet er generelt lite tilrettelagt for bevegelseshemmede, synshemmede og andre som har vansker med å delta i det offentlige rom. Dette er det lovpålagt å gjøre noe med og det er behov for å øke den generelle kunnskapen om universell utforming.

4.2 Å planlegge egen alderdom

Alle ønsker å bo i egen bolig hele livet, svært få ønsker å flytte til omsorgsbolig eller sykeheim, hvis de ikke må. Det er imidlertid ikke så mange som planlegger for alderdommen sin i egen bolig.

Det er ønskelig at når innbyggerne på Snåsa er:

50 år	har de en plan for hva de skal gjøre i alderdommen: bolig, helse, aktivitet
60 år	er det fysiske arbeidet gjort, og boligen er funksjonell
70 år	er boligen tilrettelagt og livet kan brukes til givende aktiviteter med trygghet om at man kan bo her hele livet.

I dag renoverer og oppgraderer folk boligene sine, og for mange er det blitt en hobby. Det er mye fokus på interiør og mote, og mange bruker mye ressurser på boligen sin, også på Snåsa. Det man ser er at boligen nødvendigvis ikke blir så mye mer funksjonell. Hvis badet pusses opp og dørstokken ikke fjernes, er badet ikke funksjonelt om det blir nødvendig med rullestol. Dørstokken kan også bli en snublefelle som fører til lårhalsbrudd, med de komplikasjoner det medfører. Likedan blir det vanskeligere å kunne ta imot besøk av rullestolbrukere.

Kommunen tilbyr veiledning til de som spør, både på teknisk og ergoterapeut, og Husbanken har virkemidler som stønad til utredning og prosjektering. Dette kan benyttes av kommunens innbyggere i større grad enn i dag.

4.3 Funksjonsattesten.no

Husbanken m.fl. flere har utarbeidet et kartleggingsredskap som skal bistå med å vurdere tilgjengeligheten i boligen. Dette er kartleggingsredskap som den enkelte innbygger kan bruke

for å selv vurdere hva som må gjøres for at boligen skal bli universelt utformet. Kommunen har link til denne på sin hjemmeside. www.funksjonsattest.no

4.4 Årlige fagkvelder

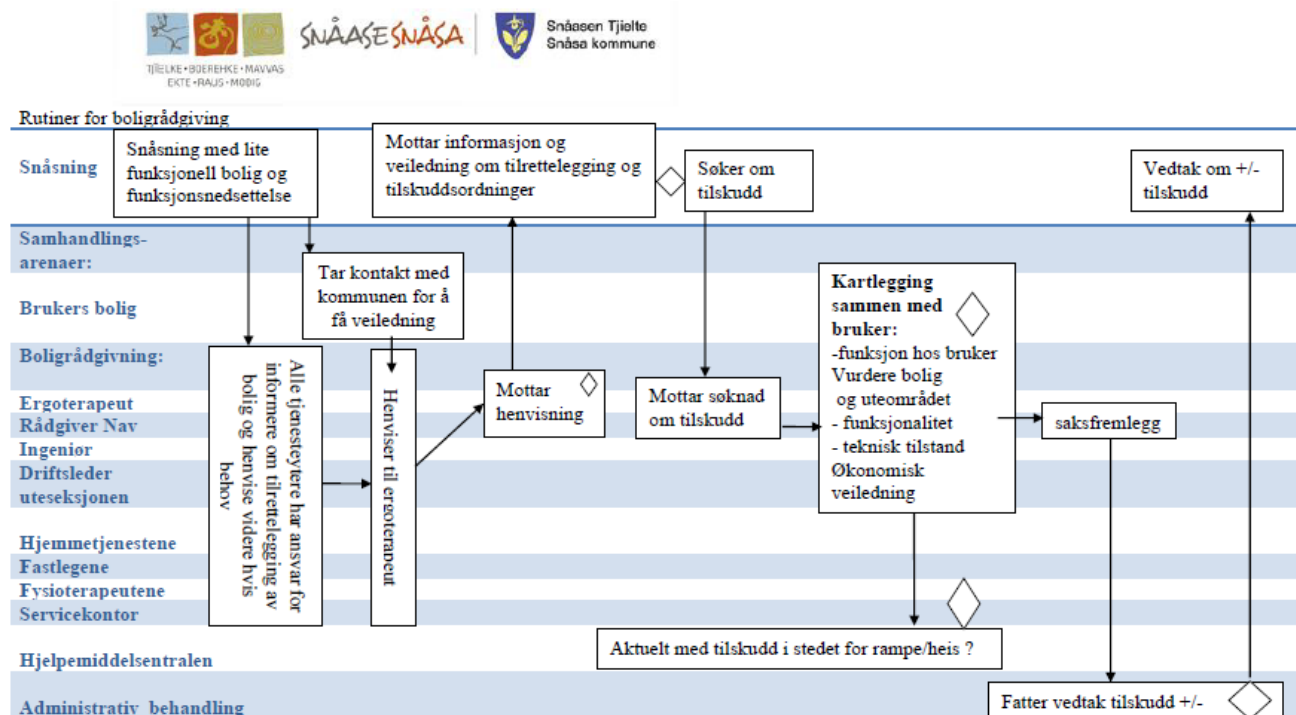
Dette kan gjøres ved å arrangere årlige fagkvelder for politikere, byggekomite, enhetsledere, entreprenører, og snekkere og andre interesserte. (se www.be.no/universell).

4.5 Fokus på tilgjengelighet

Det må fokuseres på tilgjengelighet i all planlegging, ikke bare nybygg og renovering av kommunale bygg, men også i planlegging av uteareal og felles møteplasser. For å sikre fokus at dette blir ivaretatt skal kommunens ergoterapeut delta.

4.6 Boligrådgiving

Det er stadig flere som ønsker å tilrettelegge sin egen bolig slik at den blir mer hensiktsmessig å bo i etter hvert som man blir eldre. De er viktig at de får nødvendig veiledning i tilretteleggingen, slik at boligen blir så hensiktsmessig som mulig. Det er derfor opprettet en tverrfaglig boligrådgivningsgruppe som kan bistå de som ønsker det. Denne gruppen har kunnskap om funksjonsutfordringer, byggfag, og økonomi, men kan også ha deltagelse fra leder i kommunal byggekomité for politisk forankring av arbeidet. Boligrådgivningsgruppa skal være pådriver i arbeidet med universell utforming.



>= vurdering

Stort format; se vedlegg nr.1.

4.7 Årlig fagdag – planlegg din egen alderdom

Alle som fyller 70 år får invitasjon til en fagdag med fokus på å planlegge sin egen alderdom; råd og veiledning om tilrettelegging av bolig, kosthold, aktivitet, helseinformasjon etc. Det er viktig at det er et positivt fokus på en slik fagdag, med ulike aktuelle tema. 70-åringene er

generelt spreke enda og vil være svært motivert for å gjøre noe med sin livssituasjon hvis behov. Videre oppfølging kan avtales hvis behov.

Fagdagen er tverrfaglig og tverretattlig samarbeid, ledere og fagpersoner, folkehelsekoordinator, teknisk, familiesentralen og pleie og omsorg.

4.8 Forbyggende hjemmebesøk

Det er et mål at alle over 75 år som ikke har kommunale tjenester på sikt skal få tilbud om hjemmebesøk. Målet med hjemmebesøket er å forebygge funksjonsfall gjennom å kartlegge bolig, vurdere behov for tilrettelegging, evt. hindre fallgruver i forhold til hjemmeulykker (matter, ledninger, belysning etc.). Personen får informasjon om forebyggende tiltak, muligheter og tilbud som finnes. Det vil gi mulighet til å iverksette tidlig intervensjon ved funksjonsfall

4.9 Velferdsteknologi /Mestringsteknologi

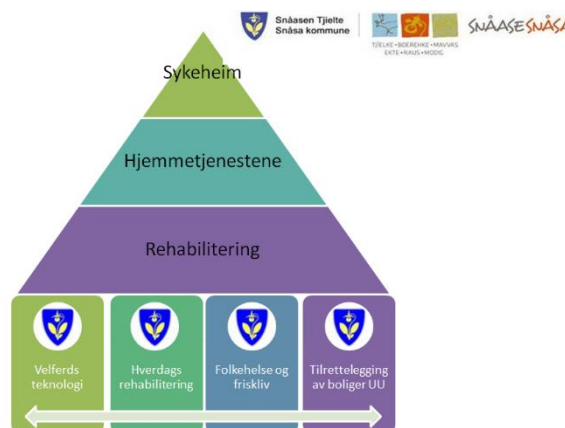
4.9.1 Kompetansebygging

Snåsa kommune har i flere år samarbeidet med Steinkjer, Verran og Inderøy om å ta i bruk ulike typer velferdsteknologi. Dette omfatter prosjektarbeid, testing av ulike teknologier, prosedyrer m.m.

4.9.2 Oppsummering av tidligere og nåværende tiltak:

- I 2014/15 deltok Snåsa Kommune i et læringsnettverk i Nord-Trøndelag knyttet til velferdsteknologi og med utgangspunkt i deltagere det ble det opprettet et utvalg med fokus på velferdsteknologi i Snåsa Kommune. Prosjektplanen «Aktivt og godt liv i egen bolig» ble utarbeidet.

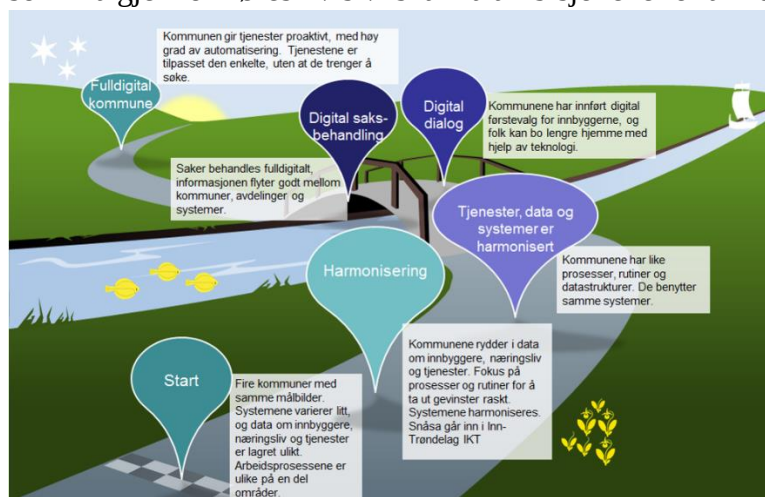
For å se sammenhengen mellom tjenestene og hva som må til for å møte morgendagens tjenestebehov ble denne modellen utarbeidet:



De kommunale tjenestene settes i en pyramide etter brukers funksjonsnivå og tjenestebehov. Pyramiden hviler på 4 likeverdige «grunn-pilarer», med fokus på å leve et aktivt og godt liv i egen bolig.

Pilarene er funksjonell bolig (1), forebygging/oppfølging av livsstilsykdommer (2), trening når mestring av hverdagen er vanskelig (3) og å ta i bruk teknologiske hjelpemidler for å kunne fortsette å bo hjemme (4).

- I etterkant av utkast til plan, ble det i Formannskapet gjort vedtak om politisk representasjon i utvalget v/Tone Våg (FOR vedtaket fra 19.05.15)
 - Inn-Trøndelag sin Strategiplan for velferdsteknologi 2015-2019 «Mestring i eget liv» beskriver en felles satsing på velferdsteknologi, og underbygger målene i strategien.
 - I DigInn-prosjektet har Verran og Steinkjer, Inderøy og Snåsa, kartlagt dagens situasjon i forhold til systemer, arbeidsprosesser og organisering i alle sektorene for alle fire kommuner i Inn-Trøndelagssamarbeidet.
- Nedenfor er veikart som kort beskriver noe av arbeidet som påbegynnes nå i 2018 og som må gjennomføres hvis vi skal nå ambisjonene for år 2022:



- Læringsnettverk Velferdsteknologi fortsetter som en del av det interkommunale samarbeidet mellom Steinkjer, Verran, Inderøy og Snåsa. Nettverket får tilskudd fra fylkesmann til utprøving av Velferdsteknologiens ABC hvor 2 stk fra Snåsa deltar. Arbeidet med kompetanseheving fortsetter med et samarbeid med opplæring i Velferdsteknologiens ABC hvor 18-20 personer fra ulike tjenester på Snåsa deltok.
- Aktiv deltagelse i velferdsprosjektet knyttet til Inn Trøndelag - (både for voksne og nå nylig knyttet til barn og unge). Fagdag på Steinkjer mestringsteknologi 0-100 med 7 deltagere fra Snåsa
- Prosjekt «IMPLEMENTERING AV VELFERDSTEKNOLOGI» sammen med Steinkjer, Inderøy og Verran

Prosjektet vil bidra til å operasjonalisere Inn-Trøndelag sin Strategiplan for velferdsteknologi 2015-2019 «Mestring i eget liv» som beskriver en felles satsing på velferdsteknologi, og underbygge målene i strategien.

- Trekke erfaringer fra de prosjektene som allerede er gjennomført i kommunene og Inn-Trøndelagssamarbeidet innenfor avdelingene helse og omsorg.
- Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet

Snåsa Kommune har sammen med kommunene i Inn-Trøndelagssamarbeidet nå blitt tatt opp i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet og Prosjekt Implementering Velferdsteknologi.

Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet har hatt over 200 deltakerkommuner frem til nå. Basert på erfaringer gjort i disse kommunene, har helsedirektoratet identifisert 6 teknologiområder med dokumentert gevinstpotensialet.

- Lokaliseringsteknologi (GPS)
- Elektronisk medisineringsstøtte (elektronisk medisindispenser)
- Elektroniske dørlåser (e-lås)
- Digitalt tilsyn
- Oppgraderte sykesignalanlegg/pasientvarslingssystem/trygghetsalarmer
- Logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester

Inn-Trøndelag har nå mulighet til å delta i delprosjekt 2: **Innføring og spredning**

Vi får tilgang til:

- Det nasjonale kompetansenettverket av deltagende kommuner
- Prosessveiledning og mentorstøtte i gjennomføring av prosjektet

Overordnet målsetting for prosjektet vil være å underbygge en av ambisjonene fra DigInn:

- Velferdsteknologi er en integrert del av helse- og omsorgstjenesten, og har ført til bedre kvalitet og reduserte kostnader.

Herunder:

- Skape en felles forståelse i hele organisasjonen for dagens situasjon, og behovet for å gi tjenester på en annen måte.
- Utarbeide og implementere nye tjenesteforløp for tjenester som berøres
- Utrede organisatoriske konsekvenser av endrede tjenesteforløp
- Utvikle nye helse og omsorgstjenester der bruk av teknologi inngår som en del av tjenesten.
- Innbyggere kan bo lengre hjemme og behovet for kommunale tjenester utsettes
- Det utarbeides egen gevinstrealiseringsplan for prosjektet

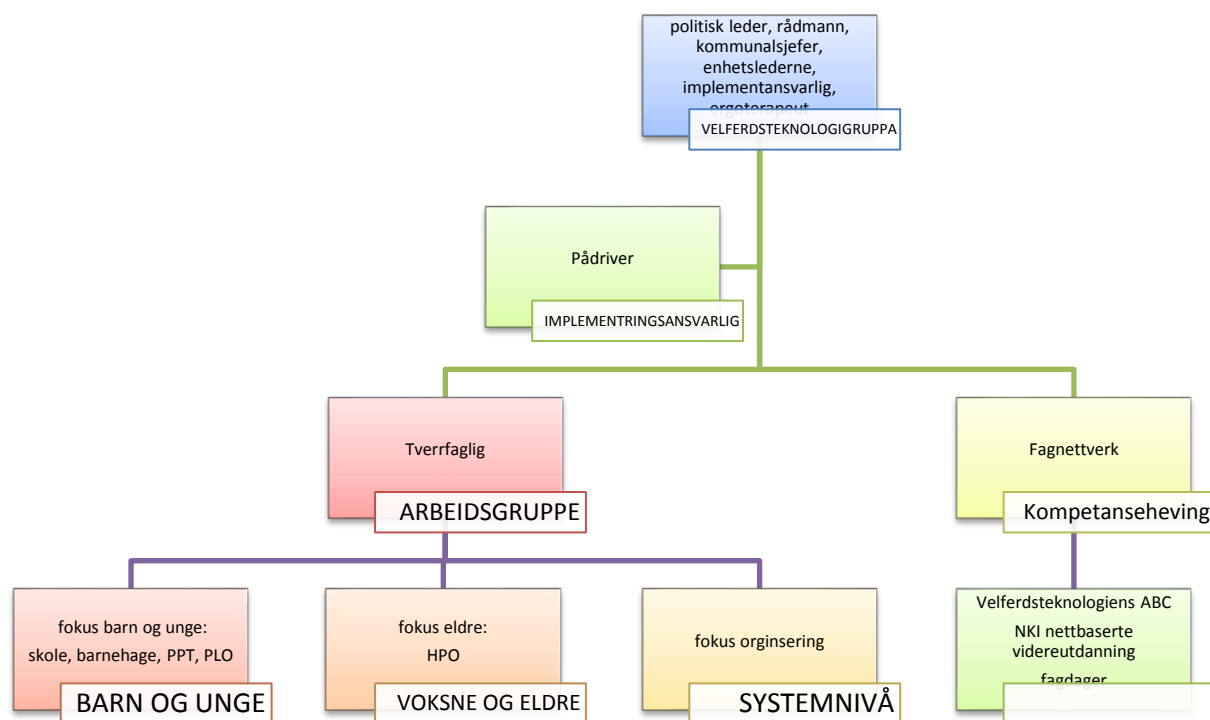
Dagens situasjon

- Kommunene har gjennomført flere prosjekter, og det er samlet et godt erfaringsgrunnlag med tanke på bruk av teknologi.
- Omsorgsteknologi er i liten grad en integrert del av helse- og omsorgstjenestene
- Det arbeides med å få på plass et varslingsmottak/responssenter for håndtering av alarmer.
- Det er potensial for mer faglig samarbeid om tjenesteutvikling på tvers av Inn-Trøndelagsamarbeidet.
- Kommunene i Inn-Trøndelagsregionen preges i dag av manuelle arbeidsprosesser og verktøy, og opplever behov for mer digital støtte for helhetlige arbeidsprosesser.
- Lederne i regionen har potensiale i å øke evnen til å lede digital omstilling, inkludert «bestillerkompetansen»
- Ansatte opplever behov for mer opplæring i bruk av digitale verktøy.

4.9.3 Tverrfaglig arbeidsgrupper i kommunen:

Opprette en tverrfaglig/tverretattlig arbeidsgrupper som arbeider med implementering av velferd/mestringsteknologi med formål:

Å bygge opp kompetanse og organisere fremtidig bruk av mestringsteknologi hos voksne og eldre, barn og unge med funksjonsnedsettelse, hos deres familie og andre nærpersioner, og på å ta i bruk ulike digitale løsninger.



4.9.4 Mestringsteknologi for barn og unge med funksjonsnedsettelse

Det finnes en del teknologi som kan bistå barn og unge med funksjonsnedsettelse til å få en økt grad av mestring og selvstendighet. For å kunne gjøre seg nytte av denne teknologien er det viktig med kompetanse hos de som er nærmest barna i barnehage og skole, slik at tiltakene blir satt inn til rett tid og bidra til økt mestring og selvstendighet i hverdagen. De ulike typer teknologi vil hele tiden være i utvikling og endring. Det er derfor viktig å ha fokus på organisering og kompetanse og ikke på de ulike tekniske hjelpemidlene. Dette innebærer tverrfaglig/etatlig samarbeid mellom barnehage og skole, PPT, Pleie og omsorg, teknisk etat, ikt og Familiesentralen.

Det er behov for å bygge en organisasjon som er i stand til å identifisere og sette i gang tiltak så raskt som mulig. Dette krever kompetanse på mange områder. For bygge opp kompetanse er det naturlig å samarbeide med nabokommuner og delta i læringsnettverk hvis det gis mulighet til det.

En del av mestringsteknologien kan søkes om som hjelpemiddel fra Nav

Hjelpemiddelsentralen, en del er apper, og en del må kjøpes inn kommunalt.

Det må derfor opprettes en tverrfaglig/tverretatlig arbeidsgruppe som arbeider med implementering av velferd/mestringsteknologi som består av rep fra Snåsa skole, Snåsa Barnehage, PPT, PLO, Familiesentralen, teknisk etat, og IKT. Private barnehager og skoler inviteres til å delta.

Formålet er å bygge opp kompetanse og organisere fremtidig bruk av mestringsteknologi hos barn og unge med funksjonsnedsettelse, hos deres familie og andre nærpersioner, og slik at mestringsteknologi kan bidra til økt selvstendighet.

4.9.5 Oppfølging via skype.

Tjenester for psykisk helse og rus og hjemmebasert omsorg har oppfølging av mange brukere med angst, depresjon og ensomhet, og telefon brukes som et hjelpemiddel for å nå brukerne, i tillegg til tilsyn og hjemmebesøk. Det å kunne se den du snakker med kan være viktig for den som sliter med angst, depresjon og ensomhet. I tillegg er det en stor fordel for helsepersonell som skal observere og gjøre en vurdering av personen. En form for «skype» kan være et godt hjelpemiddel for både bruker og helsepersonell, og man kan gi tettere oppfølging hvis behov.

I rehabiliteringsarbeidet ser vi ofte at brukerne som har hatt god fremgang og økt funksjon kan få nytt funksjonsfall etter en tid hjemme. Det å motivere brukeren til å opprettholde aktivitetsnivået i eget hjem er vanskelig. Ved å bruke skype kan det avtales tidspunkt for samtaler. En på morgenen for å hjelpe bruker å planlegge og en samtale etterpå for å høre hvordan det gikk. Brukerens samtykke er grunnlaget for å arbeide med dette. Skal dette bli ett godt og funksjonelt verktøy, kreves det opplæring og utarbeiding av retningslinjer.

4.10 Tekniske hjelpemidler

4.10.1 Formidling av hjelpemidler

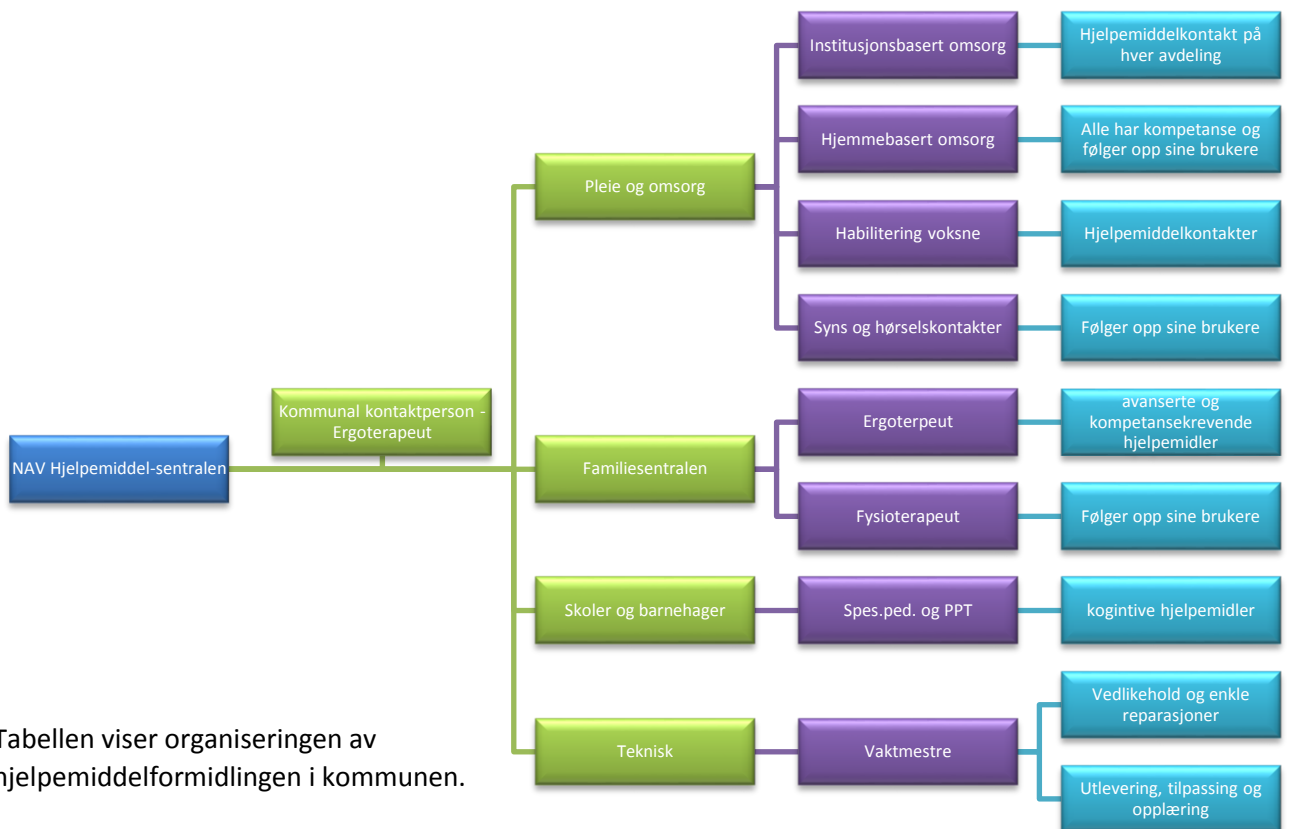
Bruk av hjelpemidler for tilrettelegging av fysisk miljø er et kompenserende tiltak, når trening ikke har ønsket effekt eller andre tiltak ikke er aktuelle. Det er derfor viktig at det er generell god kunnskap om hjelpemidler og hvordan de brukes i alle deler av hjelpeapparatet. Hjelpemidler innvilges individuelt etter søknad til Nav Hjelpemiddelsentralen i Nord-Trøndelag.

Bruk av hjelpemidler for tilrettelegging av fysisk miljø er både et forebyggende og kompenserende tiltak, når trening ikke har ønsket effekt eller andre tiltak ikke er aktuelle. Det er derfor viktig at det er generell god kunnskap om hjelpemidler og hvordan de brukes i alle deler av hjelpeapparatet. Hjelpemidler innvilges individuelt etter søknad til Nav Hjelpemiddelsentralen i Nord-Trøndelag.

4.10.2 Organisering av hjelpemiddelformidlingen

Det er inngått en avtale mellom Nav Hjelpemiddelsentralen i Nord-Trøndelag og Snåsa kommune som sier hva som er kommunens ansvar i hjelpemiddelformidlingen. Som en del av dette er Snåsa kommune en av de kommunene som har tatt aktivt i bruk Bestillingsordningen. Det er gitt opplæring som bestillere til alle primærkontakter i hjemmetjenesten og alle på fysikalsk avdeling. Bestillerne kan da rekvirere hjelpemidler til sine brukere, noe som gir rask behandlingstid og ansvaret og kompetansen nærmest brukeren. Sykeheimen har organisert seg slik at alle avdelinger har en hjelpemiddelkontakt som har ansvar for oppfølging av hjelpemidler på sin avdeling. Dette er en organisering vi har gode erfaringer med.

Utlevering, montering, enkle reparasjoner og opplæring kan også gjøres av kommunens vaktmestre som har fått nødvendig kursing i dette av Nav Hjelpemiddelsentralen.

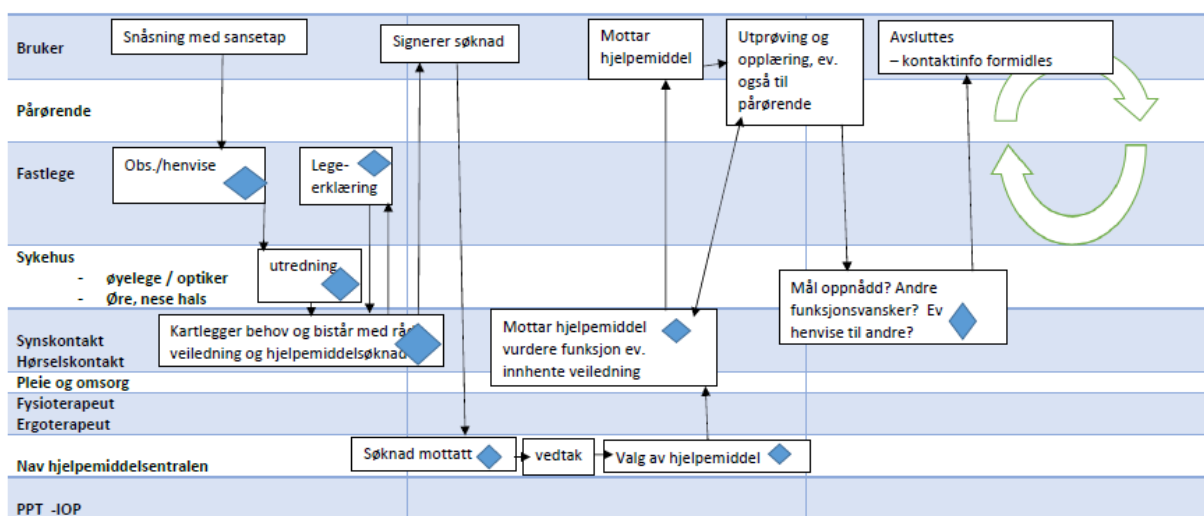


Tabellen viser organiseringen av hjelpemiddelformidlingen i kommunen.

4.10.3 Sansetap

Kommunens syn og hørselskontakter er NAV Hjelpeformidlingens «forlengede arm» og bistår syns og hørselshemmede med tilpassing og opplæring i bruk av hjelpemidlene. De samarbeider med kommunens øvrige re/habiliteringstjenester etter behov.

Syns og hørselskontakter i Snåsa kommune



Stort format; se vedlegg nr. 2

4.10.4 Kommunalt hjelpemiddelnett

Inn og utlevering av hjelpemidler er plassert ved inngangen på fysio og ergoterapitjenesten pga mangel på hensiktsmessig plass.

Mottaket er planlagt lagt til dagens fysikalske avdeling og varmebasseng, når fysio og ergoterapitjenesten flyttes til 1. etg. etter at ny sykeheimsavdeling ferdigstilles.

4.10.5 Organisering av hjelpemiddellager

Hjelpemidler til korttidsbruk (dvs. under 2 år) er ett kommunalt ansvar og likedan er det kommunalt ansvar å ta imot og sende i retur hjelpemidler til Nav Hjelpemiddelsentralen i Nord-Trøndelag. Det er et tverretattlig team som koordinerer arbeidet rundt hjelpemiddellageret.

I dag har vi tatt i bruk tidligere varmebasseng til hjelpemiddellager og renhold blir utført av Snåasprodukter.

4.10.6 Hjelpemiddel-lab

Når ny sykeheim er tatt i bruk, planlegges fysioterapi og ergoterapitjenesten flyttet til 1. etg. i dagens sykeheim. Ett av rommene utstyres med ulike hjelpemidler som man kan se på og prøve. Hjelpemiddelordningen er stadig i endring og hjelpemiddel som kommer i vanlig handel forsvinner fra Nav hjelpemiddelsentralens liste over godkjente hjelpemidler. Det betyr ikke at det ikke er egnede hjelpemidler som mange vil ha nytte av. Ved å se og prøve de mest aktuelle hjelpemidlene, er det lettere å gå innkjøp og tilrettelegge egen bolig.

5 Mestring av eget liv

Å kunne utføre de viktige og meningsfulle aktivitetene



5.1 Forholdet mellom habilitering og rehabilitering

Forskjellene mellom habilitering og rehabilitering er først og fremst ulikheter mellom målgrupper. Brukere og pasienter med behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse. Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander som er ervervet senere i livet. Habilitering dreier seg om å lære nye ferdigheter, mens rehabilitering handler om å gjenvinne tapte ferdigheter.

Felles for begge målgrupper er behovet for et vidt spekter av faglige tilnærminger, herunder medisinsk, fysikalsk, sansemessig, kognitivt, sosialt og psykososialt. Behov for gjentagende prosesser gjennom hele eller store deler av livsløpet kan gjelde begge målgrupper, men er særlig fremtredende innen habilitering.

Et sentralt kjennetegn ved behov for habilitering og rehabilitering er funksjons- og mestringsutfordringer på flere områder samtidig. Det omtales ofte som sammensatt eller komplekst, og uttrykker behov for at ulike tjenester må ses i sammenheng og inngå i en større helhet.

Samarbeid mellom de ulike tjenestene er viktig. Dette fordrer strukturert tverrfaglig og koordinert samarbeid, både internt i helsetjenestene og tverrsektorielt. Kompleksiteten kan ofte være knyttet til behovet for tjenester fra flere sektorer samtidig, og at tilbudet bør være tett integrert i hjem, skole og arbeidsliv.

5.2 Koordinerende enhet

«Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator» om Lovgrunnlaget for koordinerende enhet i kommunene:

«Plikten til å etablere koordinerende enhet i kommunene er utdypet slik i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6: «Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. 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 koordinator. Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal:

- a) motta meldinger om behov for individuell plan, jf. § 23*
- b) sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan.»*

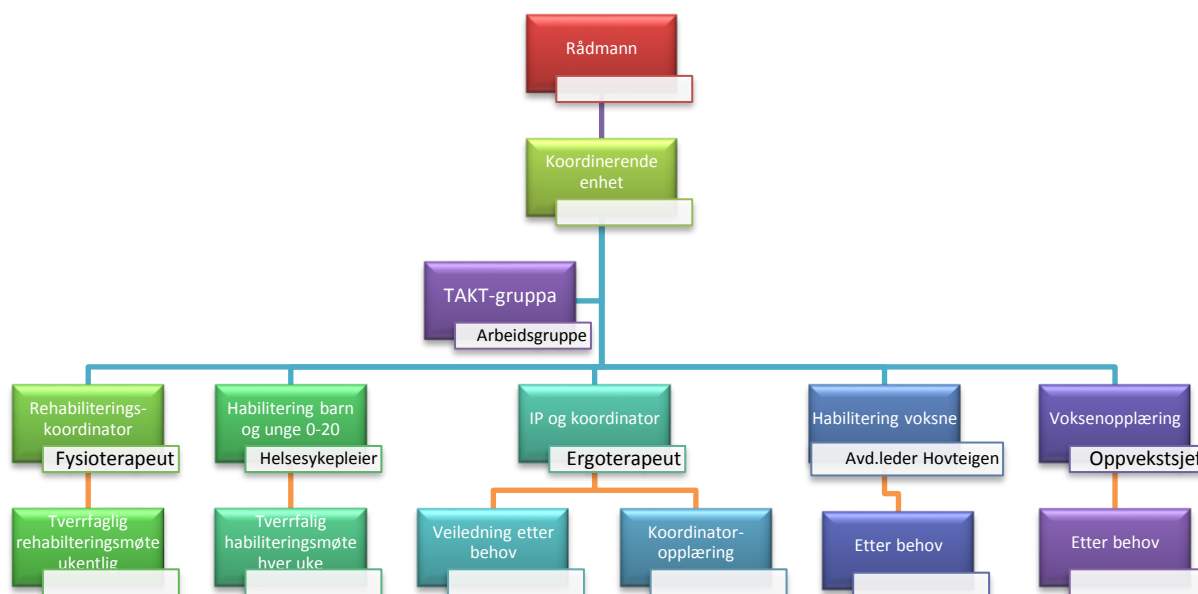
Bestemmelsen er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. og utdypet i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 11. Overordnet ansvar for individuell plan og koordinator gjelder bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5, helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 og § 7-2, og helsepersonelloven § 38 a. Koordinerende enhet er adresse for meldinger om mulige behov for habilitering og rehabilitering internt i kommunen jfr. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 7. Rutiner for samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten skal nedfelles i samarbeidsavtaler jfr. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2. Enhetene bør synliggjøres som sentrale kontaktpunkt og pådrivere for samhandling på tvers av fagområder, nivåer og sektorer. Plikten til å etablere koordinerende enheter gjelder for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet hjemlet i helse- og omsorgstjenestelovgivningen. Det er naturlig at enheten følger opp kommunens ansvar, jfr. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 5 fjerde ledd.»

Individuell plan og tverrfaglig samarbeid er også lovfesta i opplæringslova og friskolelova:

Opplæringslova § 15-5 og Friskolelova § 3-6a beskriver skolenes plikt til å delta i arbeidet med individuell plan. Skolen skal, når det er nødvendig for å ivareta elevenes behov for et helhetlig, koordinert og individuelt tilpassa tjeneste-tilbud, delta i samarbeid om utarbeiding og oppfølging av tiltak og mål i individuell plan heimla etter anna lov og forskrift.

Opplæringslova § 15-8 og friskolelova § 3-6 b omtaler skolenes samarbeid med kommunale tjenester. Skolen skal samarbeide med relevante kommunale tjenester om vurdering og oppfølging av barn og unge med helsemessige, personlige, sosiale eller emosjonelle vansker.

5.2.1. Organisering av Koordinerende enhet KE i Snåsa kommune



Koordinerende enhet KE

Koordinerende enhet i Snåsa kommune består av kommunalsjefene og kommuneergoterapeuten.

KE skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. KE har overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for opplæring og veiledning av koordinator. Dette innebærer at enheten skal motta meldinger om behov for individuell plan, (jf. § 23) og sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan.

Kommuneergoterapeuten er link til TAKT-gruppa og har også ansvar for opplæring av koordinatorene og gi veiledning i arbeid med Individuell Plan IP og koordinator, både faglig og teknisk bruk av programvaren Sampro IP.

Koordinatoropplæring holdes rutinemessig annethvert år og alle ansatte i oppvekst og helse, pleie og omsorg og andre samarbeidspartnere inviteres til å delta. Møter etter behov og sakstilgang.

TAKT gruppa

TAKT står for Tilrettelegging Av Kommunalt Tjenestetilbud og det ble opprette en tverrfaglig og tverretattlig arbeidsgruppe i 2007 som en arbeidsgruppe for Koordinerende enhet. Denne gruppen er fremdeles virksom og har møter 4 - 6 ganger i året. Gruppa arbeider med rutiner, kompetanseheving, brukerundersøkelser, veiledning og tar opp store og små utfordringer.

Rehabiliteringskoordinator

Rehabiliteringskoordinator er lagt til kommunefysioterapeuten og har i denne sammenhengen som oppgave å bistå hvis bruker/pasient ikke får et hensiktsmessig rehabiliteringstilbud.

Tverrfaglig rehabiliteringsmøte ukentlig.

Habilitering barn og unge 0-20 år

Overordnet ansvar for habilitering barn og unge 0-20 år er lagt til helsesykepleier som skal ha oversikt og om nødvendig sørge for at hensiktsmessige helhetlige tiltak blir igangsatt. Tverrfaglig møte i helsestasjon/skolehelseteam ukentlig.

Habilitering voksne

Overordnet ansvar for habilitering voksne er lagt til avd.leder ved Hovteigen bofelleskap som skal ha oversikt og om nødvendig bidra til at hensiktsmessige tiltak blir satt i gang.

Voksenopplæring

Overordnet ansvar for voksenopplæring er lagt til kommunalsjefen for oppvekst som tar imot henvendelser og sørger for nødvendig utredning og tiltak blir satt i gang.

Psykisk helse og rus

Overordnet ansvar er lagt til psykiatrisk sykepleier som tar imot henvendelser og sørger for nødvendige tiltak blir satt i gang.

Individuell plan og koordinator

Overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan IP og koordinator er lagt til kommuneergoterapeuten. Dette innebærer veiledning og opplæring av koordinatorene og veiledning i bruk av IP.

Individuell plan IP

En individuell plan er et arbeidsverktøy som skal sikre at tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

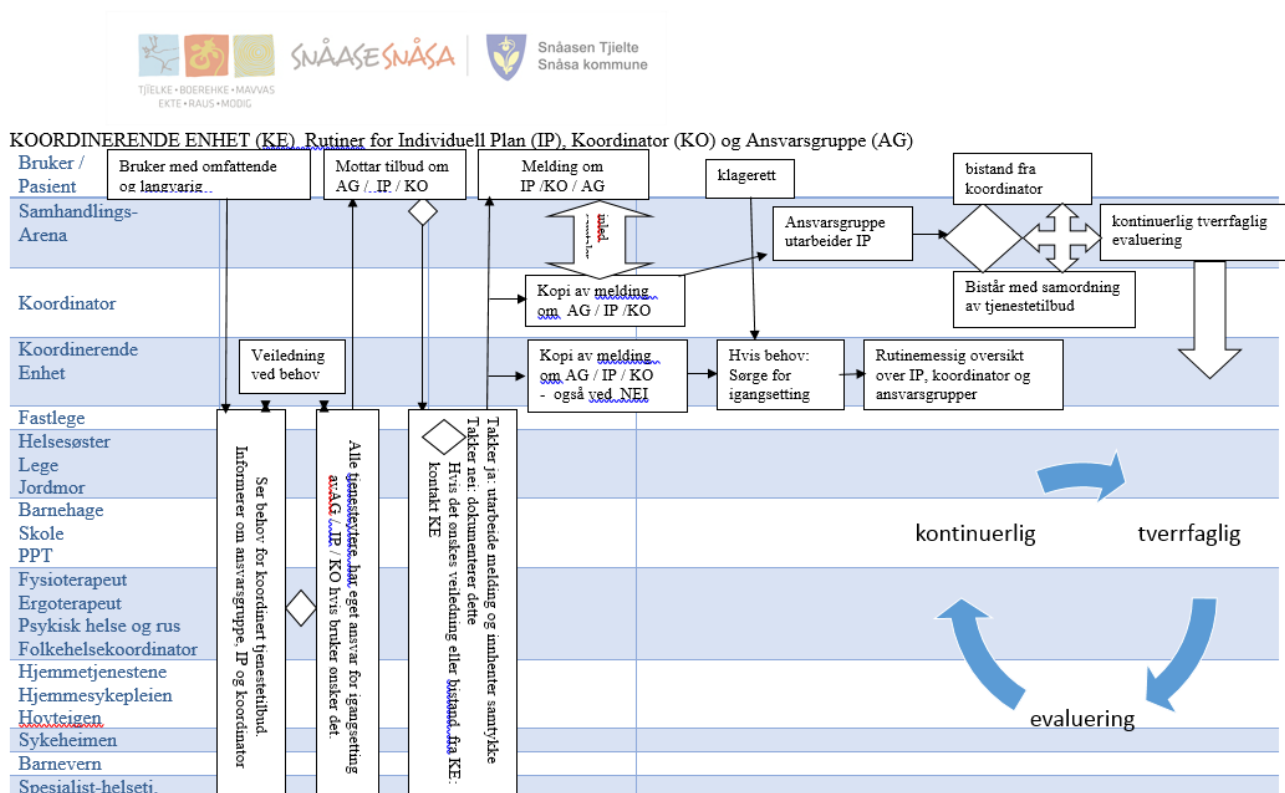
Snåsa kommune bruker programvaren Visma Flyt Sampro IP i dette arbeidet.

Koordinator

En koordinator er en tjenesteyter eller et team av tjenesteytere med hovedansvar for koordinering og oppfølging av en pasient eller bruker som mottar flere langvarige habiliterings- eller rehabiliteringstjenester.

Medisinsk koordinator

Fastlegen er medisinsk koordinator og deltar på samarbeidsmøter og/eller ansvarsgrupper når det nødvendig i forhold til medisinsk informasjon og veiledning.



Stort format; se vedlegg nr3.

5.2.2 Om koordinatorrollen

I følge Forskrift om individuell plan (§ 2) skal det til enhver tid være en ansvarlig tjenesteyter som har ansvaret for oppfølgingen av brukeren i en planprosess.

Brukere har betegnet "sin" koordinator som: rydder, lytter, samtalepartner, støttespiller og sjelesørger, veileder, pådriver og flokeløser, representant, ambassadør, advokat og ringrev.

Disse "titlene" sier noe hvor variert, innholdsrik, utfordrende og spennende, men også hvor komplisert denne rollen kan være i den praktiske hverdag.

Begrepet «rolle» brukes fordi dette ikke handler om en ny yrkesgruppe eller profesjon. Å være koordinator er en av flere roller som tjenesteytere med ulike fagbakgrunn har påtatt seg eller blitt pålagt.

Å være koordinator er å kunne lytte, men «lytte på en ny måte». Det dreier seg om kunsten å «tømme hodet» for forutinntatte faglige løsninger på brukerens problem, slik at en gir rom og oppmerksomhet til det brukeren har å fortelle om hva han eller hun tenker, ønsker eller vil.

«Individuell plan har gitt meg forståelse av at jeg er ansvarlig for min jobb, men at det er brukeren som er ansvarlig for sitt liv» sitat fra en koordinator

Koordinatorrollen rommer to dimensjoner:

- det personlige engasjement og nærhet til bruker og familie
- den profesjonelle fagutøvelsen - «håndverket»

Koordinatorenes viktigste oppgaver er:

- å bidra til å få fram brukerens egne ressurser, og ressurser i nærmiljøet og i tjenesteapparatet.
- å være *veileder*, komme med innspill og gi informasjon om systemet.

Koordinatorrollen byr på mye *balansegang*, f. eks mellom på den ene side å gi støtte og oppmuntring til økt selvfølelse og handlekraft hos bruker, og på den annen side å bli tillagt/overta ansvar. Man må trå forsiktig slik at man ikke skaper en avhengighet som kan bli vanskelig å komme løs fra for begge parter.

Rollen som brukerens ”ambassadør” eller ”advokat” innebærer å balansere mellom lojalitet til bruker og lojalitet til systemet. Det er viktig at koordinator blir respektert, ikke bare av bruker, men også av ”systemet”.

5.2.3 Situasjon i 2018 Koordinator

Alle som har koordinatorroller gjør dette som en del av det «ordinære» arbeidet, men noen opplever det som om dette er noe man må gjøre i tillegg til «ordinært» arbeide. I en ellers presset arbeidssituasjon er det fare for at koordinatorrollen blir nedprioritert. Det er derfor viktig at lederne gir rom til koordinatorrollen hos sine medarbeidere og støtter hvis behov. Det er også behov for jevnlig veiledning, slik at koordinatorene blir trygge i rollen sin og blir mer bevisst sine oppgaver.

Retten til Individuell plan og koordinator er lovfestet i helselovgivingen og ikke i oppvekstlovgivingen. Flere av barna med diagnoser eller funksjonsvansker trenger eller ønsker ikke tett oppfølging av helsetjenestene, og får sine habiliteringstjenester i hverdagen i barnehage/ på skole, alt etter hvilke behov de har. Skolehverdagen er en stor del av deres habilitering, og lærerne og assistentene er de næreste tjenesteyterne som kjenner barnet /ungdommen/familien og deres utfordringer i hverdagen.

Av og til har helsearbeidere koordinatoroppgaver for barn og familier de ellers ikke yter tjenester til, og de kan ha liten kjennskap til hvordan hverdagen fungerer for barnet og familien.

I slike situasjoner er det mest hensiktsmessig at koordinatoroppgaven legges til den tjenesteyter som kjenner barnet/ungdommen, eller det kan være aktuelt med delt koordinatorrolle – en fra oppvekst og en fra helse.

I Pleie og omsorgstjenestene har man lenge brukt primær og sekundærkontakt til å gi best mulig individuell oppfølging, og det er utarbeidet sjekkliste over hva dette innebærer. I mange situasjoner med tett oppfølging over tid blir primærkontakt i realiteten en koordinator for bruker og familie. Det kan derfor være hensiktsmessig med koordinatoropplæring også til primærkontaktene og at det vurderes en endring til at alle blir benevnt som koordinatorene.

5.2.4 Hvordan fange opp mulige behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

Det har over tid vært en utfordring å fange opp behov for habilitering og rehabilitering så tidlig som mulig, noe veilederen for habilitering og rehabilitering har fokus på.

«Melding om mulige behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering i kommuner og helseforetak er regulert i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 7»

§7 «Kommunen skal legge forholdene til rette slik at personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne melde mulige re-/habiliteringsbehov som personellet blir kjent med i tjenesten. Meldingen gis til koordinerende enhet eller dit kommunen bestemmer.»

«Personell i helse- og omsorgstjenestene og i andre velferdstjenester må lære å stille spørsmålet: «Trenger denne brukeren habilitering eller rehabilitering?» Spørsmålet må stilles ved utskrivning fra sykehus, ved konsultasjoner hos fastlegen, ved sykemelding og ved alle situasjoner der helse- og omsorgstjenesten møter brukere som har redusert funksjons- og mestringsevne». (Meld.St.26 (2014 -2015) Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet).

I Rundskriv I-5/2017 anbefaler Helse- og omsorgsdepartementet at personens behov og potensiale for rehabilitering utredes før det iverksettes tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne. Diagnose og åpenbare medisinske behov kan overskygge behov for en bredere tilnærming enn det man umiddelbart ser. På samme måte kan rusmisbruk og psykisk sykdom overskygge behov for fysisk funksjonstrening og annen somatisk oppfølging.

Melding om mulige behov skal gis til koordinerende enhet

Bestemmelsen skal sikre at helsepersonell har ett sted å henvende seg for å melde om mulige behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

«Det må utarbeides rutiner for mottak og oppfølging av slike meldinger. Meldepunktet må være synlig og lett tilgjengelig. Det anbefales at koordinerende enhet ivaretar dette.»

Bestemmelsen skal ikke forstås slik at alle henvisninger og søknader om habilitering og rehabilitering skal gå gjennom dette kontaktpunktet. Dette gjelder saker hvor personellet mener det kan være et «mulig» behov, og hvor dette bør vurderes nærmere. Koordinerende enhet kan i oppfølging av saken enten gi veiledning om videre saksgang til den som melder saken, eller selv følge opp i kontakt med pasient og bruker.

På Snåsa er det naturlig at denne funksjonen legges til rehabiliteringskoordinator som er kommunefysioterapeuten, og at meldingene vurderes tverrfaglig i de ukentlige tverrfaglige rehabiliteringsmøtene. Dette gjelder også meldinger fra andre sektorer enn helse- og omsorgstjenestens personell.

Enhetene må derfor være synlige som kontaktpunkter, og potensielle samarbeidspartnere må få god informasjon.

Ifølge Opplæringslova § 15-8 og Friskolelova § 3-6b plikter skolene å samarbeide med relevante kommunale tjenester om vurdering og oppfølging av barn og unge med helsemessige, personlige, sosiale eller emosjonelle problemer.

Kommunen og helseforetaket skal sikre helhetlige forløp med utgangspunkt i den enkeltes behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Tjenester fra utdanning, oppvekst, NAV mm er ofte sentrale i helhetlige forløp. I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, nr 5 presiseres det at kommunen også må sikre den sosialfaglige tilnærmingen, jfr. Prop 91L, (2010 - 2011), side 489.

5.3 Hva er viktige aktiviteter for deg?

Mestring gir muligheter



Kor ska båt'n gå?

Fra tradisjonell innfallsvinkel har man spurt brukeren; «Hva kan vi hjelpe deg med?» og deretter satt inn tiltak. Det var ofte kompensasjon for nedsatt funksjon som for eksempel matombrining, praktisk hjelp i hjemmet og passiviserende hjelpemidler. Kommunehelsetjenesten har tradisjonelt tatt utgangspunkt i brukerens behov for hjelp til å håndtere hverdagen.



Ved å endre tankesettet til å ta utgangspunktet i hvilke oppgaver brukeren vil og kan utføre selv, flyttes fokus på mestring av hverdagen. Brukeren blir spurt om hva som virkelig betyr noe. Kanskje det er å ta opp igjen fiskeing eller stelle hagen. For noen er det å gå på toalettet selv, for andre fortsatt å kunne gå på tur med barnebarnet eller lage middagen selv.

Perspektivet er rettet mot hvordan man kan få så stor glede av dagene som mulig, og å beholde funksjonene lenger. Der målsettingen tradisjonelt har vært å bo lengst mulig hjemme, vektlegges heller det å være aktiv lengst mulig. Dette utløser ressurser hos brukeren, nærmiljøet og for helsetjenesten.

5.3.1 Hvordan vil du delta?

Hva motivere den enkelte til å fortsette med eller ta opp daglige aktiviteter?

Det er viktig at ikke helsepersonell eller pårørende i sin hjelpeiver overtar oppgaver som brukeren klarer selv. Ringerike kommune har laget noen fine tegninger som illustrerer «hjelpfella»



Det handler altså om å endre folks tankesett.



Å hjelpe folk med å gjøre tingene selv, heller enn å hjelpe dem ved å gjøre det for dem.

5.4 Det individuelle habilitering- og rehabiliteringsarbeidet

5.4.1 Å arbeide i team

For å skape en bedre forutsigbarhet og et mer helhetlig tilbud til våre innbyggere er det opprettet team som skal ha oversikt og samarbeide om å gi helhetlige tjenester til bruker og pårørende. Teamene har samarbeidsmøter jevnlig hvor behov for nye eller endrede tiltak blir vurdert. Teamene skal bistå bruker og pårørende i å finne gode løsninger som letter hverdagen på ulike arenaer, og ha fokus på sosiale, fysiske, pedagogiske og kulturelle utfordringer.

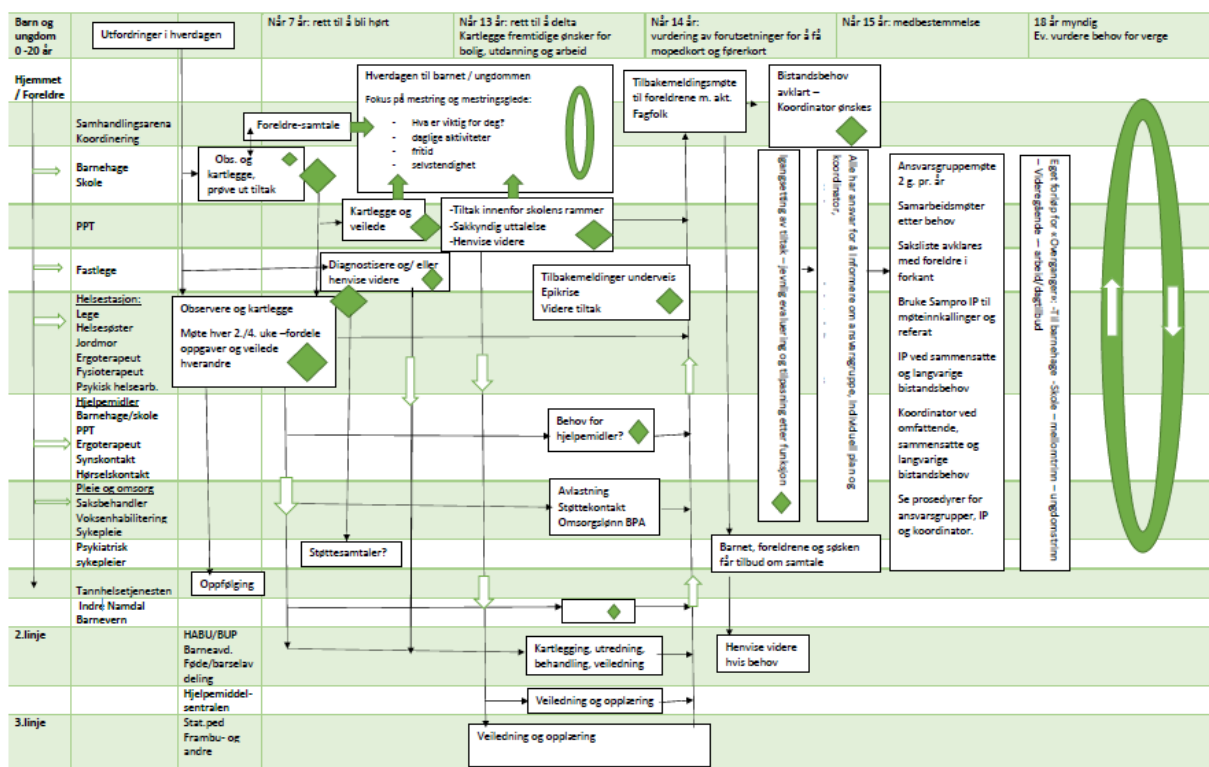
5.5 Habilitering

5.5.1 Habilitering barn og unge 0 - 20 år

Alle helsetjenester til barn og unge er lagt til helsestasjon og skolehelseteam, med helsesykepleier som leder for teamet. Teamet består av helsesykepleier, helsestasjonslege, fysioterapeut, ergoterapeut, psykisk helsefagarbeider og saksbehandler i pleie og omsorg, og har ukentlige møter for oppdatering og veiledning av hverandre. Teamet samarbeider tett med andre, m.a. skoler og barnehager, PPT, barnevern, pleie og omsorg. Dette skal sikre fokus på tidlig intervensjon og en tverrfaglig, helhetlig vurdering av alle henvendelser og tiltak.

5.5.2 Habilitering i barnehage og skole

For barn med helse og funksjonsutfordringer er tilrettelegging i barnehage og skole ekstra viktig. Det er i barnehage og skolehverdagen at de får en stor del av sitt habiliteringstilbud, og førskolelærerne, lærerne og assistentene er de nærmeste tjenesteyterne som kjenner barnet /ungdommen og deres utfordringer i hverdagen. Helsetjenestene blir støttetjenester som bistår barnet, familien og barnehage/skole med samtaler, behandling og veiledning.



Stort format; se vedlegg nr.4.

Det er utarbeidet et forløp for oppfølging av barn med ulike utfordringer i hverdagen – hvem gjør hva når. Det synliggjør hvor omfattende og sammensatt dette arbeidet er, men viser også den enkelte tjenesteyter sine oppgaver i tjenesteforløpet.

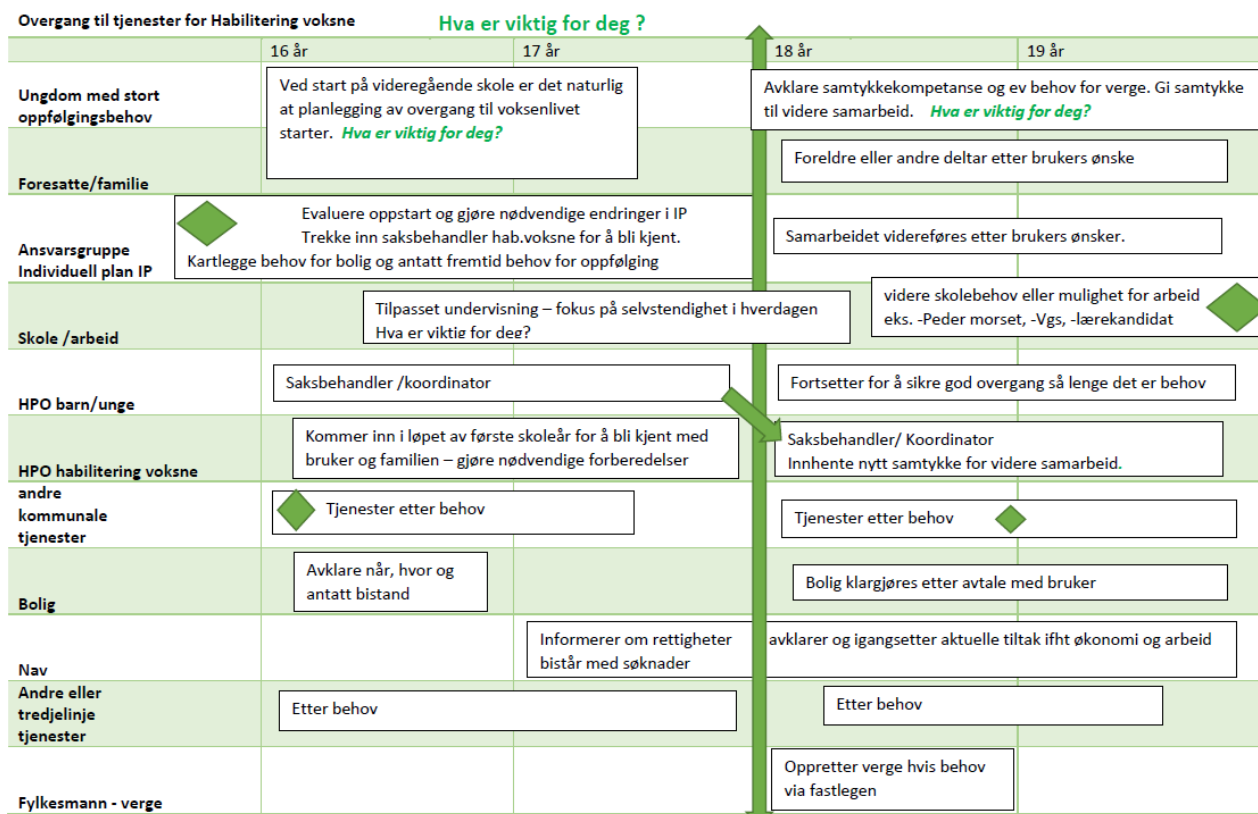
5.5.3 Oppfølging av pårørende

Hvis det oppstår noe med barna, er det en stor belastning for foreldrene. Det er viktig å ivareta foreldrene på en god måte, og de kan ha behov for å snakke med noen for sin egen del, for barnet eller for søsken. Det er ikke alltid lett å sette ord på eller etterspørre samtaler selv, derfor tilbys alle foreldre samtaler rutinemessig fra helsestasjonen eller tjeneste for psykisk helse og rus. Erfaringer viser at de fleste foreldre takker ja til dette tilbudet. En utredning kan ofte ta tid, og dette tilbys både underveis, etter utredning og senere hvis behov.

5.6 Habilitering voksne

Habilitering voksne har sin base i Hovteigen bofellesskap som også har oppfølging av brukere bosatt rundt i kommunen.

5.6.1 Fokus på overganger



Stort format; se vedlegg nr. 5

5.6.2 Ungdom og unge voksne

En del ungdommer trenger tett oppfølging for å kunne bli så selvstendig som mulig i hverdagen. De kan ha vansker med å finne sosiale møteplasser som oppleves gode og trygge, og faller utenfor det vanlige ungdomsmiljøet.

De har behov for ulike typer opplæring, f. eks kostholdsveiledning, å ivareta egen helse, trening, å bruke budsjett osv.

Den samme gruppen kan falle utenfor det ordinære arbeidslivet, og det er behov for et dagsenter eller lignende tilbud med meningsfylt aktivitet. Det er viktig at et slikt dagsenter legges i aktivt stimulerende omgivelser som gir mulighet for gradering av utfordringer til den enkeltes behov.

5.6.3 Dagsenter

Utbygging av Snåsa sykeheim er planlagt med byggestart i 2019. I Helse og omsorgsplan skal den gamle sykeheimsavdelingen i 1 etg. gjøres om til et aktivitetsområde og fysio og ergoterapitjenesten og hjemmebasert omsorg vil ha tilhold her. Her er det fremdeles areal som

ikke tatt i bruk, og det kan evt. benyttes til et dagsenterbase med oppgaver knyttet til ulike tilpassete oppdrag etter evne og funksjon Dette kan f.eks. være servering på kantina, pynting til høytider, hente og bringe-oppdrag, o.lign.

5.6.4 «Kommunal «oppgave-pool»

Denne målgruppen har vansker for å få eller nyttegjøre seg av tilbud fra Snåasprodukter, hvor det stilles krav til produktivitet. Det er utfordrende å finne gode og meningsfulle aktiviteter. Det er imidlertid mange små oppgaver rundt i kommunen som kan ivaretas sammen med en arbeidsleder, f.eks. vanne blomster, rake løv, koste, måke snø, makulere papir, servere kaffe, vaske hjelpemidler osv. Med en app for jobboppdrag, kan aktuelle oppdrag legges inn, hentes ut og kvitteres for når det er utført, - en «jobbeglass-app som kobler behov og ressurs».

5.6.5 «Hov-park»

Område mellom Hovtun, Hovteigen, Trybo-husene og Kløvertunet tilrettelegges for aktivitet og kan brukes som en sosial møte og aktivitetsplass av alle i nærområdet. Aktiviteter som man kan gjøre alene eller sammen med andre. Eks. et drivhus for å dyrke fram blomster som kan brukes til å pynte opp rundt i kommunen, en gapahuk eller eldhus med utekjøkken som kan brukes som samlingspunkt og lage mat sammen, langbord med plass til «alle», inkludert rullestolbrukere. Kjøkkenhage, bærbusker og frukttrær, treningsapparat ute, bocciabane, skotthyllbane, lekeplass, osv. området må gjerne knyttes sammen med stier opp mot sykeheimens sansehage og sti/aktivitetspark ned til Snåsa skole og Snåsa stadion. Det opprettes en bredt sammensatt arbeidsgruppe som utarbeider en plan for området.

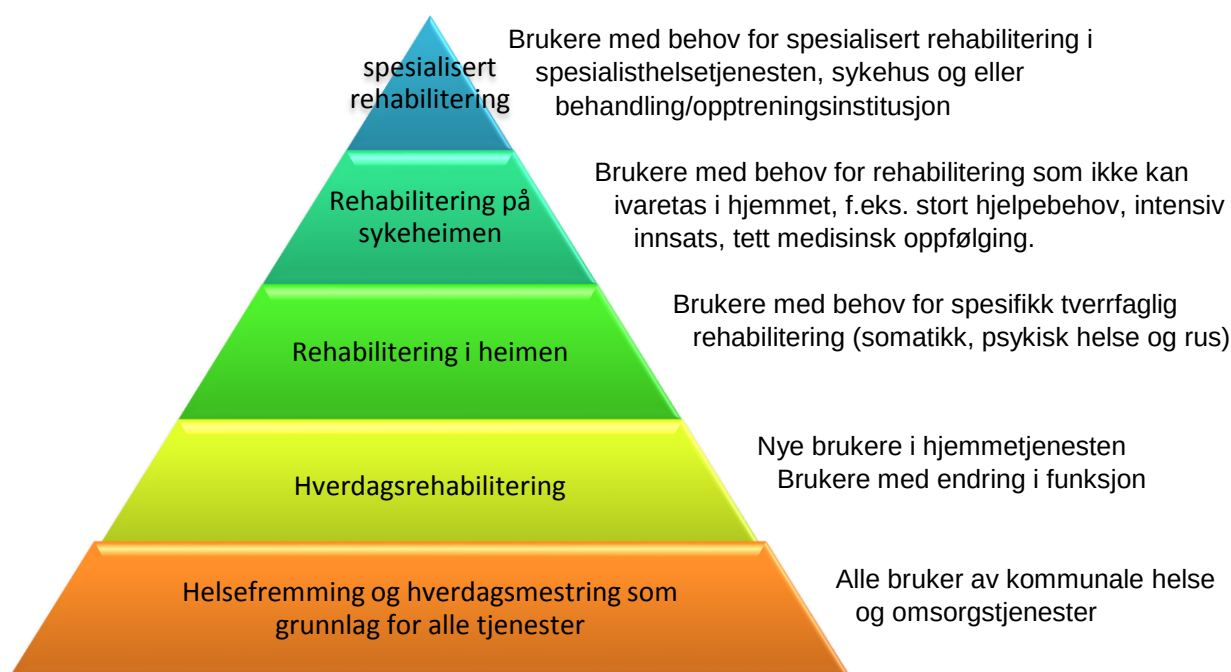
5.6.6 Kompetanseheving

Det har over tid fra sentralt hold vært fokus på kompetanseheving av habiliteringsarbeidet rundt barn og unge, men for de som arbeider innen voksenhabilitering har tilbudene vært få. En god del av brukerne er godt voksne, og det er viktig å ivareta de og gi god pleie. Det krever en annen type kompetanse å gi gode tjenester til de yngre brukerne. De yngre brukerne har behov for å være så selvstendig som mulig, være med å planlegge sin egen dag, lære å ta i bruk ny teknologi for å gjøre dagen oversiktlig, kartlegge og prøve ut ulike interesser, osv. For å kunne ivareta dette er det behov for kompetanseheving, det kan være kurs, e-læring, koordinatoropplæring, bruk av mestrings-teknologi og apper, men også mer formell kompetanse, som legges inn i kompetanseplan.

5.7 Rehabilitering

Det er ikke selvsagt at eldre på 80 og 90 år trenger sykeheims plass. Mange er fremdeles aktive og ønsker å forbli det. Hvis nærområdet tilrettelegges for aktivitet, boliger får universell utforming og det gis tilbud om tilpasset rehabilitering så tidlig som mulig, vil mange flere kunne bo og være aktiv i egen bolig hele livet.

Rehabilitering tilbys der bruker er, enten det er på sykeheim eller i egen heim.



5.7.1 Tverrfaglig rehabiliteringsteam

Teamet er tverrfaglig, fysioterapeut, ergoterapeut, rehabiliteringsarbeider fra hjemmebasert omsorg og sykeheimen. Avdelingslederne i PLO, Psykiatrisk sykepleier, ruskoordinator og lege deltar etter behov.

Fastlegene og hjemmebasert omsorg har ukentlige møter for oppfølging av felles og ev. nye felles pasienter. Her tas også brukere med rehabiliteringsbehov opp og fastlegen blir holdt orientert om utviklingen til brukere med rehabilitering i heimen. På sykeheimen er det tilsynslegen som har det medisinske oppfølgingen.

Teamet har ukentlig møter hvor henvendelser og tiltak vurderes og tilpasses, ved rehabiliteringsopphold på sykeheim, i egen heim, hverdagsrehabilitering og bruk av velferdsteknologi.

All rehabilitering tildeles etter vedtak og har en fastsatt tidsaspekt på prosessen, for eksempel 3 uker intensive tiltak, deretter evaluering og ev. videreføring av tiltak i nye 3 uker.

- det tas utgangspunkt i den enkelte brukers individuelle behov og mål.
- brukerens egne evner og ressurser er den viktigste ressurs i rehabiliteringsprosessen
- det skal foreligge en samordnende rehabiliteringsplan for den enkelte bruker.

Rehabiliteringsteamet organisering og samarbeidsstruktur - 2019

	M	T	O	Torsdag fast « Rehabiliteringsteamdag »	F	L	S
8.00							
Fysioterapeut				Team møte:			
Ergoterapeut				Raskt avklare behov og agenda for dagen			
Rehabiliteringsarbeider							
				Hjemmebesøk/ kartlegging/trening etter behov på sykeheimen eller i brukers heim			
11.30				Lunsj			
12.00				Treningsøkt/kartlegginger			
12:45				Tverrfaglig rehabiliteringsmøte med teamet, hjemmetjenestene, sykeheim og ev. tilsynslege. Psykiatrisk sykepleier og ruskoordinator deltar etter behov. Evaluere tiltak og planer til brukere i rehabilitering på sykeheimen, i heimen, kvardagsrehabilitering, velferdsteknologi			
13.15 -14.00				Inntaksmøte Oppfølgings og treningsgruppe			
				Hjemmebesøk/kartlegging/trening/ - gjennomgang av kartlegginger - utarbeiding av individuelle planer for brukere på sykeheim og i egen heim - brukermøter - Opplæring og veiledning			
15.00							

Oversikt over ressurs i rehabiliteringsarbeidet

Ressurs: torsdager er fastsatte timer – de øvrige dagene er estimert							
Fysioterapeut		3	3				6
Ergoterapeut	1	1	1	7	1		11
Rehab.arbeider				7			7
Hjemmetrener	1	1	1	1	1		5
Hjemmetj.	1	1	1	2 (brukermøte/rehab.møter)	1	1	8
Sykeheimen	1	1	1	2 (brukermøte /rehab.møter)	1	1	8
Vaktmester			1	etter behov hvis tilrettelegging i heimen.			1
Ps.helse/rus				1 (etter behov)			1
Logoped				Kjøp av tjenester etter behov			
	4	7	5	23	4	2	47

Medisinsk oppfølging av lege gjøres på hjemmesykepleiens ukentlige møter med fastlegene og av tilsynslege på sykeheimen.

Den daglige oppfølgingen ellers gjøres av hjemmetjenesten eller sykeheimen i deres ordinære tjenestetilbud.

5.7.2 Når er det rehabilitering og når er det opptrening hos fysioterapeut?

Kartlegging og vurdering er meget viktig for å kunne gi bruker riktig tilbud. Under vurderingen/kartleggingen kan det komme frem at bruker har mål som: å handle selv på butikk, dusje på egenhånd, hente posten selv, lage middag o.l.

Har bruker dette som mål, har motivasjon for å gjøre en innsats, og kan delta i et intenst

tverrfaglig tilbud som hverdagsrehabilitering, da er dette riktig tjeneste.

Hvis brukere kun sier at de har som mål: å bedre styrke i beina, få bedre gangfunksjon, bedre balansen, få mer utholdenhet/kapasitet, få opp slim fra lunger o.l.

Dette er spesifikke mål som kun går på bedre/vedlikeholde funksjon, men som ikke sier noe om hva bruker ønsker å mestre. Da er det mer riktig med opptrening hos fysioterapi.

Likevel kan man gå videre, og spørre hva bruker ønsker å mestre når de får bedre styrke, bedre balanse, bedre gangfunksjon osv. Det kan da hende at bruker svarer: da vil jeg kunne gå til butikken og handle, dusje selv. osv. (mål for å mestre hverdagslige aktiviteter)

Med andre ord: de ønsker bedre styrke, balanse, gange osv. for å kunne dusje selv, hente posten, handle osv. Da er de riktige for rehabilitering.

Hverdagsrehabilitering avhenger av målene til bruker, om de har motivasjon, og kan delta i et tverrfaglig tilbud. Gode vurderinger/kartlegginger er viktig for å gi bruker riktig tilbud.

5.7.3 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er rehabiliteringstilbud gitt i hjemmet, hovedsakelig til målgruppen eldre som har fått et brått eller langsomt fall i funksjon. Innhold og metodisk tilnærming er den samme som for øvrig rehabilitering.

Satsingen på hverdagsrehabilitering innebærer at omsorgstjenestens brukere tilbys strukturerte og målrettede tiltak for å vinne tilbake funksjons- og mestringssevne fremfor kompensierende tjenester. Valg av tiltak baseres på tverrfaglig kartlegging av behov, ressurser og mål. Dette etterfølges av tidlig oppstart av intensive treningstiltak.

Den intensive innsatsen skal redusere behovet for hjelp både på kort og lang sikt. Det er et mål å styrke brukernes muligheter for egenmestring og opprettholdelse av funksjonsnivå så lenge som mulig.

På Snåsa startet vi med utprøving av Hverdagsrehabilitering i 2013 og vi har høstet gode erfaringer. De fleste som har fått tilbudet har fortsatt å bo hjemme, eller behov for sykeheimplass ble utsatt i 1-2 år. Fra 2013 til i dag har ca. 30 brukere fått Hverdagsrehabilitering.

Når hverdagsrehabilitering startet opp, var det innenfor de eksisterende økonomiske rammene, og det ble ikke tilført ekstra ressurs. Derfor har Hverdagsrehabiliteringstilbudet hatt lav profil, og valgt en «smal» målgruppe, for ikke å gi forventninger og etterspørsel som tjenestene ikke kunne imøtekomme.

Hverdagsrehabilitering organiseres som tverrfaglig samarbeid tett integrert med de tradisjonelle hjemmetjenestene. Den tverrfaglige kartleggingen før tildeling av tjenester gjennomføres av terapeuter med rehabiliteringsfaglig kompetanse. Ved gjennomføring av tiltak kan disse følges opp av annet personell i hjemmetjenestene under veiledning av terapeut.

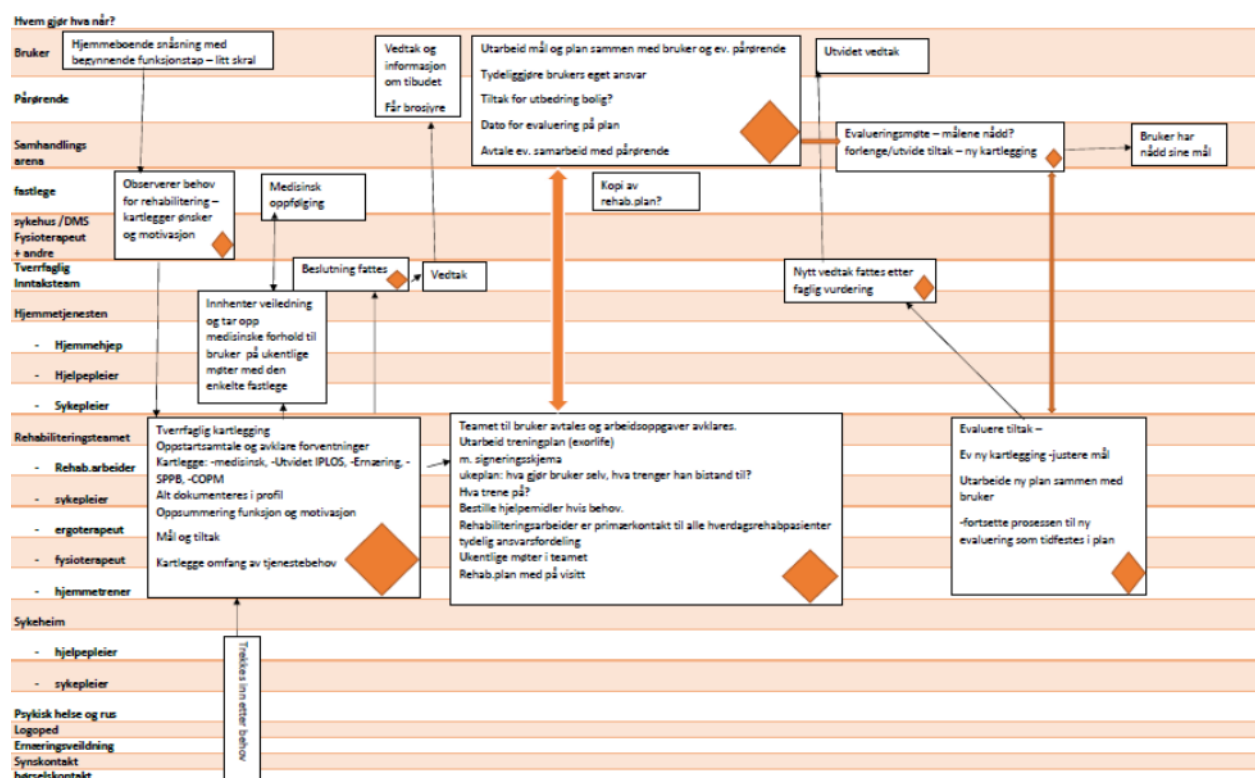
Vi ser at her er det potensiale til å nå flere med små midler, men det har så langt ikke vært kapasitet hverken hos hjemmebasert omsorg eller hos fysio- og ergoterapitjenesten.

Hjemmetrenerne

Hjemmehjelperne møter bruker i tjenesteapparatets første ledd, og har mulighet til jevnlig oppfølging av tjenestemottakerne/brukerne. De har en unik mulighet til å følge brukerne over tid, og blir godt kjent med små og store utfordringer i hverdagen.

Alle hjemmehjelpene har fått internopplæring om rehabilitering, tilrettelegging, trening i hverdagsaktiviteter og gjennomføring av treningsopplegg. Hjemmehjelpene har i arbeidet med Hverdagsrehabilitering fått rolle som hjemmetrener.

Hverdagsrehabilitering

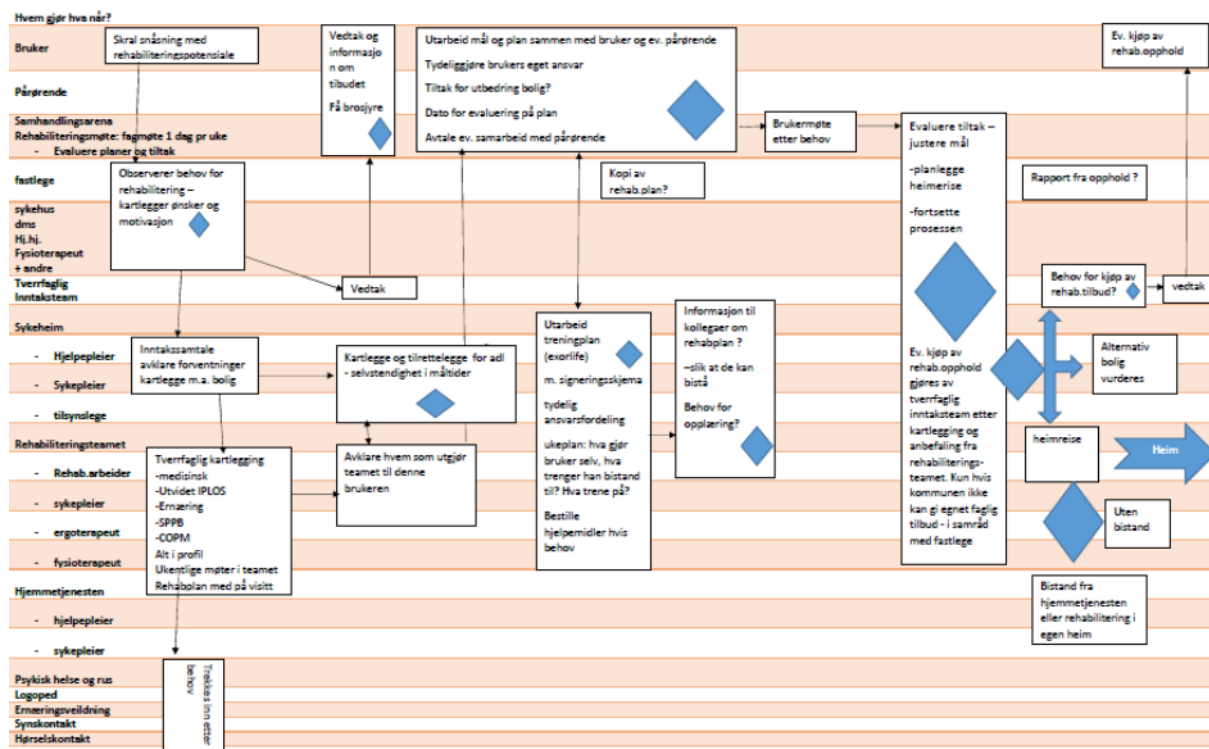


Stor kopi: vedlegg nr 6

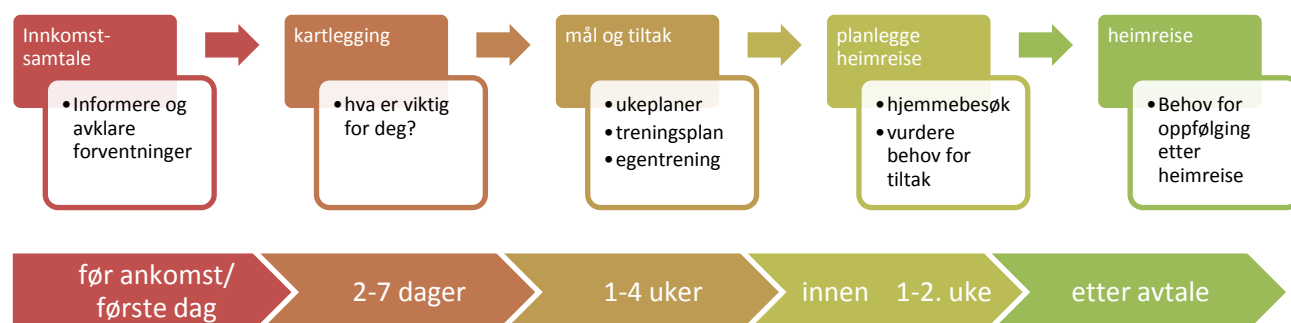
3- 4 mnd etter avsluttet tilbud, er det hensiktsmessig med retesting av brukerne. Vi vil da se effekten av Hverdagsrehabilitering over tid.

5.7.4 Rehabilitering på sykeheimen

Rehabilitering i sykeheim



Stor kopi: vedlegg nr. 7



5.7.5 Rus og psykiske helseutfordringer

Personer med rus og psykiske helseutfordringer finnes innenfor alle kommunale tjenester. For denne gruppen må en ofte tenke i et langt rehabiliteringsperspektiv.

Recovery-orientert praksis

Recovery er et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene problemet kan forårsake. Myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv er sentrale elementer i bedringsprosessen. Tiltakene som iverksettes, støtter opp under

personens egen bedringsprosess. Fokus er brukerens ressurser og hvordan han kan bruke dem for helsefremming.

Bruk av trenings-/aktivitetskontakt i rehabilitering

Trenings-/aktivitetskontakt kan brukes i rehabilitering som et **kortvarig** tiltak, med klare **mål** om hva brukeren ønsker å mestre. Det kan være som et hjelpemiddel for å komme i gang med aktivitet eller trene på å mestre ulike aktiviteter som f.eks. å gå på butikken når du har angst.

5.7.6 Kjøp av rehabiliteringstjenester i kommunal regi

Rehabilitering tilbys der bruker er, enten det er på sykeheim eller i egen heim. Pasient /bruker får tjenester fra et tverrfaglig team som består av sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeut, ergoterapeut og rehabiliteringsarbeider. Lege, hjemmetrener, psykiatrisk sykepleier, ruskoordinator og avdelingslederne i PLO deltar etter behov.

Det tverrfaglige teamet skal gi gode rehabiliteringstjenester til alle kommunens innbyggere. Det kan imidlertid oppstå svært kompliserte og kompetansekrevende problemstillinger med behov som teamet ikke klarer å imøtekomme.

Hvis denne problemstillingen er så komplisert at det er behov for å kjøpe tjenester i en rehabiliteringsinstitusjon skal vedtak om kjøp av rehabiliteringstjenester gjøres kun på kommunens inntaksmøte etter en tverrfaglig vurdering på bakgrunn av kartlegging og fastlegens anbefalinger.

Hvis det er pasienter/brukere med behov for omfattende rehabilitering som kommer fra/har tilknytning til Helseforetaket, skal det være avklart og evt. avtalt spesialisert rehabilitering på deres ansvarsområde og bekostning før overføring til kommunen.

5.8 Voksenopplæring

Målet for voksenopplæringen er å hjelpe den enkelte til et mer meningsfylt liv. Lov om voksenopplæring av 19.06.2009 (voksenopplæringsloven) skal bidra til å fremme livslang læring ved å legge til rette for organiserte læringsaktiviteter ved siden av det formelle utdanningssystemet. Loven skal bidra til motivasjon og tilgang til kunnskap og kompetanse for alle, og slik fremme den enkeltes utvikling og møte behovene i samfunns- og arbeidsliv. Kommunen har ansvar for grunnskoleopplæring for voksne, mens fylkeskommunen har ansvar for videregående opplæring.

Opplæringslovens kapittel 4A omhandler opplæring spesielt organisert for voksne. Kapittelet lovfester retten til grunnskoleopplæring (§ 4A-1) og rett til videregående opplæring for voksne (§ 4A-3).

5.8.1 Spesialundervisning

Grunnskoleopplæringen for voksne skal tilpasses den enkeltes evner, forutsetninger og behov. Men dersom personen ikke har eller kan få et tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet, har man rett på spesialundervisning jfr. § 4A-2 i opplæringsloven. Retten til spesialundervisning omhandler også de som har behov for opplæring for å kunne utvikle eller holde ved like grunnleggende ferdigheter som ADL-trening, grunnleggende kommunikasjonsferdigheter, grunnleggende lese- og skriveferdigheter, motorisk trening og lignende jfr. Ot. prp. nr. 46 (1996-1997). Det presiseres at hensikten er opplæring og ikke behandling, aktivisering, rehabilitering, opptrening, tilsyn eller annet. Dersom hensikten med

tilbudet/tilretteleggingen er behandling eller aktivisering faller dette utenfor § 4A-2. For å avgjøre om den voksne har behov for spesialundervisning, kreves det at PP-tjenesten gjør en sakkyndig vurdering og tilråding. Deretter skal kommunen fatte et enkeltvedtak som klart og tydelig tar stilling til innhold i opplæringen, organisering av tilbudet, omfanget av spesialundervisningen og kompetansekrav til de som skal gjennomføre undervisningen.

Utdanningsdirektoratet utga i mars 2012 et rundskriv "Voksnes rett til grunnskoleopplæring etter opplæringsloven kapittel 4A" som inneholder informasjon om voksnes rett til grunnskoleopplæring særskilt organisert for voksne etter opplæringsloven kapittel 4A, og hvordan loven skal forstås på dette området. Utdanningsdirektoratet har laget en veileder «Informasjon om spesialundervisning for voksne» som forteller om saksgang og rettigheter.

På Snåsa er det 3 områder hvor det er mest aktuelt med voksenopplæring i rehabiliteringssammenheng:

Språktrening etter hjerneslag, taletrening etter sykdom eller skade i taleorganene o.l.

Sansetap – sterkt nedsatt syn eller hørsel som trenger opplæring i dagliglivets ferdigheter, f.eks. lære seg å bruke å data med sterkt nedsatt syn

Unge voksne i habilitering som er ferdige på videregående skole og som fremdeles trenger opplæring for å utvikle eller vedlikeholde grunnleggende ferdigheter.

Henvendelser om voksenopplæring rettes til kommunalsjef for oppvekst, som vil innhente nødvendige kartlegginger og sakkyndige uttalelser, og fatte og igangsette vedtak.

Logoped:

Logopedtjenester til barn og unge søkes gjennom PPT.

Logoped i rehabilitering:

Kommunen inngår avtale om kjøp av tjenester hos privat logoped med refusjonsrett i Helfo.

6 Mestring sammen med andre

Å kunne delta sammen med familie og venner i nærmiljøet og lokalsamfunnet



6.1 Det sosiale påvirker helsen – å ha «nåkkå å gå åt»

Flere undersøkelser finner mindre psykiske og fysiske helseproblemer i samfunn som er preget av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold. Støtte fra familie, naboer, venner og bekjente i lokalsamfunnet er positivt i seg selv, og vil i tillegg virke som en buffer ved negative livshendelser.

Sosiale møteplasser kan oppmuntre til at folk treffes og knytter kontakt. Dersom det legges til rette for slike møteplasser rundt i kommunen, kan man styrke sosiale nettverk og dermed fremme helse og forebygge sykdom.

Trygge uteområder og uformelle møteplasser som frister til opphold og sosial kontakt, kan øke følelsen av tilhørighet til nærmiljøet. Eksempler på møteplasser er aktivitetssentre for unge og eldre, kultur- og samfunnshus, parker, turstier og lekeplasser.

Tilgjengeligheten er avgjørende for at møteplassene skal bli brukt. For eksempel kan boligområder og møteplasser bindes sammen med gang- og sykkelveier. I tillegg kan kommunale, publikumsrettede tilbud og møteplasser plasseres i nærheten av hverandre.

Resultater fra HUNT 3 viser at friluftsliv er en viktig aktivitet for innbyggerne på Snåsa. Friluftsliv gir positive effekter for både den fysiske og psykiske helse. Dette fremmer helse og forebygger tilstander som bl a, muskel og skjelett-lidelser, hjerte/kar-sykdommer, overvekt, fedme, diabetes og depresjoner.

Hvilke resultater vi får fra HUNT4 blir spennende å se.

I arbeidet med rullering av denne planen har det vært samtaler med flere lokale lag og foreninger, og tilbakemeldingene de gir er at det sosiale er viktigst.

- Å ha «nåkkå å gå åt» hvor det er trivsel, humor og mulighet til «skitprat»
- Det er viktig å ikke ta seg selv så høytidelig
- Hvis folk skal delta på f.eks. trimgrupper må det ikke bli for høytidelig og seriøst, ikke for mye krav, osv.

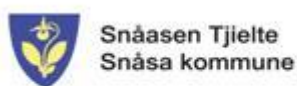
Et oversiktlig og tilgjengelig samfunn

«Et aldersvennlig samfunn, lokalsamfunn eller by kan forstås som et inkluderende og tilgjengelig miljø som fremmer aktiv aldring.» st.meld. 15 *Leve hele livet* 2017-2018
Aldersvennlig lokalsamfunn: Snåsa vil i framtiden få langt flere eldre, og kommunen må planlegge og utvikle nærmiljøer og lokalsamfunn slik at det legger til rette for aktivitet, deltakelse og å være selvhjulpen.

Det skal være enkelt for eldre å bruke turstier og gangveier, være aktive i nærmiljøet og til å delta på kultur- og aktivitetstilbud.

6.2 Hva kan du bidra med?

Kommunens motto er «tjelle – boerehke – mavvas» «ekte - raus - modig»



Hva innebærer egentlig det? Vi velger å fokusere på raus, -hvor legges fokus da?

Raushet handler om å gi noe uten å forvente å få noe tilbake. Det dreier seg om å akseptere at vi er ulike, at vi ikke er perfekte, og gi rom for egne og andres ulikheter. Begrepet knyttes til blant annet altruisme, nestekjærlighet, sjenerøsitet og uselviskhet. (mental helse)

Vi har alle mulighet til å være raus. Vi kan være rause med oss selv og med andre. Et raust samfunn styrker oss alle. Raushet smitter.

For å vise raushet må vi være villig til å se ulike perspektiver. Raushet stiller krav. Kanskje må vi gå ut av komfortsonen vår og strekke oss litt ekstra for at alle skal føle seg hjemme. «Når du gjør noe godt for andre, gjør du noe godt for deg selv» heter det. Du vil føle deg bedre sjøl ved å vise raushet.

Relasjoner blir styrket når venner, familier, kollegaer og naboer kan være rause med hverandre, vise forståelse for ulikheter, nysgjerrighet og respekt, samt gi ros og tilbakemeldinger som styrker og ikke ekskluderer.

- Alle har ressurser
- Alle kan noe....
- Alle kan bidra litt
- å få lov til å bidra
- å kunne bidra
- det er meningsfull å få gi av seg selv

Bruk av holdningskampanjer for å oppnå et modigere, rausere og mer ekte samfunn, hvor vi bryr oss om hverandre og for eksempel spør naboen om han skal være med på en gåtur, kulturelle arrangementer m.m.

6.3 Vær raus med seg selv: -gjør noe lystbetont hver dag

I Ungdata 2017 svarer mange unge at de opplever et press om å prestere og være best på mange områder, noe som kan føre til angst, stress og depresjon.

Samfunnet i dag er preget av mange oppgaver, og mange ulike arenaer man skal prestere på. Når vi ikke lever opp til alle disse forventningene, blir vi ofte vår egen verste kritiker. Forventningene vi har til oss selv er ofte de høyeste. Vi må oppfordre alle til å være rausere med seg selv. Vær fornøyd med den du er, godta egne styrker og svakheter, da vil du få en bedre hverdag.

Kathrine Aspaas, forfatter av boken «Rausheten tid», skriver:

*“Raushet er å unne andre suksess.
Raushet er å våge åpenhet.
Raushet er å lytte til andre.
Raushet er å våge å feile.
Raushet er å tillate andre å feile.
Raushet er å hjelpe andre.
Raushet er å ta et skritt tilbake før vi dømmer andre.
Raushet er å tilgi oss selv – og andre.
Raushet er å konfrontere med vennlighet.
Raushet er å sette grenser med vennlighet.
Raushet er å takke vennlig nei til det som ikke gir oss glede.”*

6.4 Frivillighet – å koble ressurs og behov

Snåsa Bygdesentral eies av Snåsa Bygdekvinnelag, Snåsa sanitetsforening, Snåsa idrettslag, Snåsa pensjonistlag og Mental helse. De støttes finansielt av m.a. Snåsa kommune. De arbeider med å bevare engasjementet og dugnadsånd i Snåsa, og gir tilbud om aktivitet til ulike grupper av bygdas befolkning, og er et supplement til eksisterende tilbud. De rekrutterer frivillige, støtter ildsjeler, og er en møteplass som skaper tilhørighet.

De har mange og varierte tilbud, Trimgrupper, Kløverkråa, Turgruppa, Dagsenter, Besøktstjeneste, m.fl.

Dette tilbudet er av stor betydning for mange i bygda i alle aldersgrupper, og er særlig viktig for å opprettholde aktivitetsnivået hos den eldre del av befolkningen. Det er imidlertid en del som ikke klarer å være med på tilbudene av ulike årsaker.

Det å miste funksjon en periode, kan gjøre at det er vanskelig å komme tilbake. Det kan være etter en sykdomsperiode eller etter rehabilitering, o.l. Det kan da være behov for en mentor en periode som kan bistå med å komme over «dørstokkmila», og ta opp gamle eller nye aktiviteter.

6.5 Transport øker deltagelse

Mange eldre er aktive og deltar i organisasjonsarbeid og i mange ulike aktiviteter. Dette gjør at funksjonsnivået holder seg høgt og man er selvhjulpen i hverdagen. Men det kommer etter hvert til det punktet at bilkjøring blir vanskelig av helsemessige årsaker. Det er da fare for at aktivitetsnivået reduseres og det oppstår ett begynnende funksjonsfall. Å kunne fortsette å

delta på sine aktiviteter er viktig og kan bidra til forbygge videre funksjonsfall. Det er derfor viktig at alle som kan, benytter seg av de ordningene som finnes.

6.6 Treffpunkter i nærmiljøet

«Turgåing er en enkel aktivitet med gode muligheter for å aktivisere dem som i dag er for lite fysisk aktive. For mange eldre er aktiviteter langt unna bostedet en utfordring. For å stimulere til fysisk aktivitet hos eldre, er det viktig med tilbud nær der de bor. Forskning viser at kort avstand til turstier og naturområder skaper mer aktivitet. Eldres bruk og behov for ivaretagelse og tilrettelegging av friluftsområder i nærmiljøet er en del av Miljødirektoratets nærmiljøprosjekt om tilrettelegging av grøntområder. I stortingsmeldingen om friluftsliv, som ble lagt fram våren 2016, er tiltak for friluftsliv i nærmiljøet prioritert. Målet er at alle skal ha tilgang på tursti eller turområde innen 500 meter fra boligen.» Fra «Flere år – flere muligheter» Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn 2016

På Snåsa er det også behov for slike turstier og uformelle møteplasser som er tilrettelagt der folk bor, slik at alle kan delta. Tradisjonelt har det å samles rundt et bål vært viktig for oss mennesker, og enkelte grender har etablert felles bål plass der alle i grenda kan samles – på tvers av generasjoner.

Slike bål plasser, gapahuk eller lignende treffpunkt er noe som alle grender kan ha nytte av, det styrker fellesskap, samtidig som det ikke forplikter ikke noen. Treffpunktene må være tilrettelagt slik at alle kan komme dit, benker og bål plass tilpasset slik at alle kan delta. Skotthyll er en sport med tradisjoner, er samlende og har lave kostnader. En skotthyllbane (eller lignende) på hvert treffpunkt gir aktivitet, underholdning og god trening.

6.7 Treffpunkt som binder sentrumsområdet sammen

«Hov-park», En folkehelsesti kan tilrettelegges for aktiviteter, sosialt samvær og møteplasser på tvers av generasjoner. Det kan være gang og sykkel om sommeren og gang og ski om vinteren, hoppbakke, orgeltramp og skileik, bål plass og benker, gapahuk eller eldhus, treningsapparater og trappetrening, amfi og scene, blomstereng osv.

6.8 Snåsaturer – med noen tilrettelagte turmål

Det har vært fokus på toppturer de senere årene som engasjerer mange og er blitt et godt folkehelse tiltak. Det er imidlertid ikke alle som kan delta på toppturer fordi helsen ikke er bra nok. Det kan nedsatt gangfunksjon, hjerteproblemer eller andre vansker som gjør at man kvier seg for toppturer. 20 % av turene legges slik at det mulig å kjøre elektrisk rullestol og barnevogn, for å kunne nå flere.

Tiltaket er et samarbeid mellom Snåsa kommune v. folkehelsekoordinator og Snåsa IL v. trimgruppa.

6.9 Oversikt over tilgjengelige turmål og aktiviteter for bevegelseshemmede

Det er behov for en oversikt på over hvilke turmål som er tilgjengelig for bevegelseshemmede, barnevogner, behov for korte turer, o.l. Denne oversikten må gjøres i samarbeid med grunneiere og gi informasjon over badeplasser, fiskeplasser, turmål, hvor kan man bruke båt, hvor kan man sette ut båt, og hva som er mulige aktiviteter på de ulike stedene. f.eks. Leirsjøen har gapahuk, båt og gratis fiske eller fiskeplassene ved Jørstad-elva.

6.10 Flere tilgjengelige områder

Det er kommet ønsker om en rullestolløype, som går rundt ett vann eller tjern, med gapahuk og fiskeplass. Det er også kommet ønsker om bedre tilgjengelighet til Snåsavatnet, både langs og på Snåsavatnet med stier, båt og fiskeplasser. Dette er noe som det bør arbeides videre med, og det sette ned en arbeidsgruppe.

6.11 Kultur er helsefremmende!

Kulturelle aktiviteter er viktige virkemidler i folkehelsearbeidet. Kultur gir trivsel og livslyst, uansett alder og førlighet. Kulturaktiviteter kan tilby deltakelse, mestring og opplevelse, og virke identitetsskapende, inkluderende og visker ut sosiale skiller.

Kulturelle aktiviteter drives både av frivillige lag og foreninger og kommunen, og utfyller således hverandre og gir et bredere tilbud som når flere interessegrupper. Det arbeidet som mange lag og organisasjoner gjør på frivillig basis har uvurderlig verdi for fremming av folkehelsen og må fremheves.



7. Deltagere i arbeidet med rullering av rehabiliteringsplanen:

Styringsgruppa har bestått av:

Marte Aftret	Leder, Funksjonshemmedes råd
Ester Brønstad	Kommunalsjef helse, pleie og omsorg
Roger N. Sætre / Åge Eriksen	Kommunalsjef oppvekst
Anne Rita Riseth	Hovedtillitsvalgt Fagforbundet
Klara A. Pettersen	Prosjektleder/ergoterapeut

Ellers har følgende deltatt i utarbeidingen:

Aasum, Ingrid	Avd.leder Habilitering voksne
Aasum, Kristine	Avd.leder Sykeheimen
Aasum, Siv Anita	Psykiatrisk sykepleier
Agle, Ragnhild Moum	Enhetsleder, Familiesentralen
Bostad, Ina	Hjemmehjelp/hjemmetrener
Bratlie, Astrid Finsås	Snåsa Bygdesentral (rep. frivillige lag og organisasjoner)
Eriksen, Åge	Enhetsleder, Snåsa skole
Hanem, Anne	Avd.leder Hjemmebasert omsorg
Hermansen, Eirin	Folkehelsekoordinator
Hjelde, Elisabeth	Helsefagarbeider, Habilitering voksne
Johannessen, Britt Martha	Sykepleier, hjemmetjenestene
Jørstad, Mimi Lise	Enhetsleder, Pleie og Omsorg
Kjensteberg, Anita	Enhetsleder, Snåsa Barnehage
Moen, Kurt	Økonomisjef
Nordgård, Brit	Sykepleier, sykeheimen
Nyås, Inger Lise	Snåsa idrettslag, trimgruppa
Opheim, Tone Lise	Helsesykepleier
Sandstad, Marianne	Sykepleier, sykeheimen
Seem, Jon Martin	Driftsleder, teknisk etat
Skaftnes, Wenche Beate	Sykepleier, hjemmetjenestene
Tomter, Are	Enhetsleder, Teknisk enhet
Vedal, Unn Kristin	Psykisk helsearbeider, barn og unge
Viem, Inga Lill	Fysioterapeut
Vold, Synnøve Himo	Ergoterapeut
Westerfjell, Per Martin	Fysioterapeut, SANKS
Øverli, Ann- Elin	Sykepleier, sykeheimen
Ånonli, Gunn	Helsefagarbeider, rehabilitering
Åsvold, Sonja	Koordinator for barn og unge