

OMSORGSPLANEN 2015 - 2019



Plan for medisinsk rehabilitering

VEDTATT 16.06.2011
REVIDERT 26.02.2015

Innhald

1.	Innleiing	2
1.1	Sentrale føringar.....	2
1.2	Lokale føringar.....	3
2	Omgrepsavklaringar og ramevilkår.	3
3	Organisering i forhold til medisinsk rehabilitering.....	5
3.1	Koordinerande eining.....	6
3.2	Syn- og hørsel kontakt.....	6
3.3	Brukarmedverknad, ansvarsgrupper og individuell plan.	7
3.4	Samarbeid med andre instansar. (spesialisthelsetenesta.).....	7
3.5	Korleis sikrar kommunen overgangsfasane born – ungdom, ungdom – vaksen?.....	8
4	Status på tilbodet om medisinsk rehabilitering.	9
5	Befolkningsframskriving i forhold til medisinsk rehabilitering.....	11
5.1	Ressursmessige betydingar.	11
5.2	Årsverk fysio- og ergoterapeutar i Hå samanlikna med nabokommunane. (Kostra tal).....	13
6	Utfordringar i planperioden og anbefaling av tiltak.....	14
	KJELDER:	17

1. Innleiing

Omsorgsplanen som gjeld for perioden 2011 – 2014 inneheld mellom anna eit eige kapittel i forhold til medisinsk rehabilitering. I november 2013 vart det politisk vedteke, ei rullering for omsorgsplanen 2015 – 2019, der medisinsk rehabilitering vart ein eigen delplan.

Plan for medisinsk rehabilitering tek utgangspunkt i sentrale og kommunale føringar, som regulerer habiliterings- og rehabiliteringsarbeid. Den skal bidra til at fagfeltet for medisinsk rehabilitering vart prioritert i kommunen i planperioden, og vil peika ut utfordringar og naudsynte innsatsområde. Den skal gje føringar for kva retningslinjer Hå kommune skal arbeida ut i frå i forhold til dette området.

Planen har fokus på at prinsippa for tenesteyting er deltaking og mestring, og at den moglegheita skal vera lik for alle. Med deltaking og mestring forstår ein i denne samanheng den enkeltes brukar sin moglegheit og evne til å delta og meistre aktivitetar som gjev meningsfull kvardag, gjennom å utnytta eigne ressursar.

1.1 Sentrale føringar.

Det kommunale ansvaret i forhold til medisinsk rehabilitering er heimla i lov om kommunale helse og omsorgstenestar. I tillegg legg «Forskrifta om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator» sentrale føringar. Lovverket skal sikra at pasientar og brukarar vart ivaretekne både ut i frå sosial, psykososial og/eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator har følgjande formål:

§1: «Formålet med forskriften er å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Formålet er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Forskriften skal vidare sikre at tjenestene tilbys og ytes

- 1. ut fra et pasient- og brukerperspektiv,*
- 2. i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø,*

3. *samordnet, tverrfaglig og planmessig,*
4. *i en for pasientens og brukernes meningsfylt sammenheng.»*

1.2 Lokale føringar.

I Hå kommune er ein opptekne av at innbyggjarane skal få eit så godt tilbod som mogleg, ut i frå behov og føresetnadar. Kommuneplanen legg føringar for korleis tenesta medisinsk rehabilitering skal gjevast. Kommuneplanen inneheld same punkter som forskrifta pålegg kommunane å følgja. Tilbodet skal difor gjevast ut i frå eit brukarperspektiv og i nærleik av heimen. Vidare skal tilbodet vera tverrfagleg, samordna og planlagd på ein slik måte at det vert gjeve i ein meningsfull samanheng for tenestemottakar.

2 Omgrepssavklaringar og ramevilkår.

Habilitering og rehabilitering dekker eit stort felt, difor har Hå kommune valt at det som omhandlar rus og psykiatri inngår i eigne planar. For å avgrensa planen til å omhandla medisinsk rehabilitering vert det i denne delen formålstenleg med definering av ulike omgrep som vert sentrale i planen.

Den overordna definisjonen av habilitering og rehabilitering, henta frå forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 2, seier at:

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

Habilitering og rehabilitering er to omgrep som har vore brukt ved sidan av kvarandre og som bygger på same ideologi og fagleg forståing. Rehabilitering inneber at ein tapt funksjon vert betra eller gjenoppteken. Habilitering inneber å utvikla funksjonar/utvikla nye funksjonar etter medfødd skade. Det har dei seinare åra vorte meir vanleg, også på nasjonalt nivå, å bruka rehabilitering som eit samleomgrep for både habilitering og rehabilitering. Det vert også vidare praksis i denne planen.

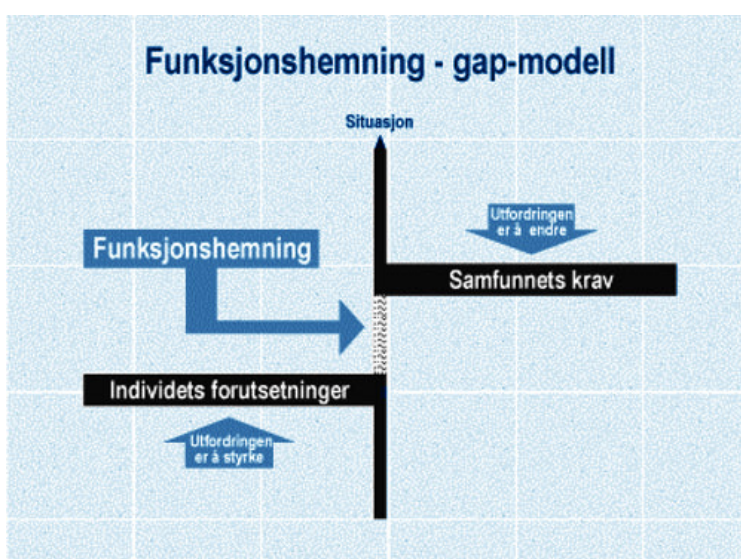
Vidare ser ein av definisjonen at det vert vektlagt at rehabilitering er ein prosess med brukaren/pasienten i sentrum, difor vert brukarmedverknad eit sentralt omgrep i denne planen. Det kan også nemnast at tenesta er tidsavgrensa, då i periode, ikkje for tal på gonger ein kan ta imot den.

Rehabilitering inneber, som nemnt innleiingsvis, fleire element. Lov om kommunale helse- og omsorgstenestar §3-1 seier at kommunen skal tilby naudsynte helse og omsorgstenestar til dei som bur og oppheld seg i kommunen. Vidare seier lova, i § 3-2 punkt 5, at for å sikra dette så skal kommunen mellom anna tilby medisinsk rehabilitering.

Medisinsk rehabilitering vert definert som helsetenesta sitt planlagde arbeid for at den som er funksjonshemma skal gjenvinna, bevare eller utvikla funksjonsevna og mestringssevna med sikte på styrst mogleg grad av sjølvstende og livskvalitet på eigne premiss. Personar med behov for langvarige og koordinerte tenestar har rett å få utarbeida ein individuell plan. Dette vil verta presentert seinare i planen.

Funksjonshemma er den som grunna varig sjukdom, skade eller lyte eller grunna avvik av sosial art er betydeleg hemma i sin praktiske livsføring i forhold til det samfunnet som omgir han. Dette kan blant anna gjelda utdanning og yrke, fysisk eller kulturell aktivitet. Ein kan seia at funksjonshemming oppstår først når det føreligg eit gap mellom individet sine føresetnader og utforminga av omgjevnadane eller krav til funksjon. «Gap-modellen» illustrerer at utfordringane ligg i å redusera gapet. På den eine sida må samfunnet sine krav verta meir inkluderande, på den andre sida må individet sine individuelle føresetnader styrkjast for å møte desse krava.

Gap-modellen:



Innanfor modellen si forståing skal funksjonshemming reduserast ved å endra omgjevnadane sin utforming, og samstundes støtta opp under enkeltmenneske sin individuelle føresetnadar, til dømes, rehabilitering. Modellen synleggjer både funksjonshemmingsomgrepet og dei prosessane som inngår i eit rehabiliteringsforlaup. Gapet beskriv misforholdet mellom individets personlege føresetnad på den eine sida og omgjevningen sine krav og tilpassing på den andre sida. Ulike tiltak er tenkt skal byggja bru over denne avstanden. Ved hjelp av tilrettelegging av miljøet og individuelle tiltak vil gapet kunne reduserast.

Ein måte å redusera gapet på er å fokusera på universell utforming. Ein god kommune legg til rette for at alle skal kunne ta del i samfunnslivet. Med universell utforming meiner ein planlegging og utforming av produkt og omgjevningar for å oppnå eit inkluderande samfunn med full likestilling og deltaking for alle.

Universell utforming skal betre tilgangen for alle. Universell utforming har særleg fokus på personar med nedsett funksjonsevne knytt til mellom anna syn, hørsel, rørsle, forståing og varleik for miljøpåverknad. Gjennom fokus på universell utforming vert innsatsen samla og styrka for å auka tilgang til bygningar, ute miljø, produkt og andre viktige samfunnsområde.

I kommuneplanen til Hå kommune (2007 – 2022) har ein sett seg som mål at alle innbyggjarar i Hå skal ha god tilkomst til bygningar, ute miljø, produkt og tenestar. Strategien for å oppnå målsetjinga er at prinsippet for universell utforming skal leggjast til grunn for nybygg, innkjøp og kommunal planlegging.

3 Organisering i forhold til medisinsk rehabilitering.

Etter forskrift om habilitering og rehabilitering har kommunen følgjande oppgåver:

- Ha ein generell oversikt over behov for rehabilitering i kommunen.
- Sørgja for at alle som bur eller oppheld seg i kommunen, vert tilbydd utgreiing og oppfølging ved behov for rehabilitering.
- Tilbodet skal verta gitt uavhengig av brukaren si bu form.
- Identifisera og følgja opp personar med skade eller sjukdom som har ført til funksjonshemming.

- Peika på tiltak av miljømessig og teknisk art med sikte på å førebyggja problem og optimalisera livssituasjonen for funksjonshemma.
- Koordinera og sørgja for kontinuitet i det medisinske rehabiliteringsopplegget.

Målsetninga til Hå kommune er at alle som har samansette behov for tenester, skal få eit heilskapleg og individuelt tilpassa tenestetilbod. Arbeidet med medisinsk rehabilitering skal bidra til aktiv brukardeltaking, større tryggleik og føreseieleg for brukaren, avklara ansvarsforhold og sikra samordning. Det skal vera tilpassa den enkelte person, og bidra til meir langsiktig og heilskapleg tenking i forhold til brukaren sine behov.

3.1 Koordinerande eining.

Forskrift om habilitering og rehabilitering pålegg kommunane å ha ei koordinerande eining. Eininga skal sikra heilskapleg tilbod til pasientar og brukarar med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Dei har også eit overordna ansvar når det gjeld individuell plan.

Koordinerande eining skal vera ein stad ein kan venda seg, ei tydeleg adresse for enkeltpersonar, eit kontaktpunkt for interne og eksterne samarbeidspartnarar og ein pådrivar for utvikling av rehabiliteringstilbodet.

Den koordinerande eininga består i Hå av leiar for pleie og omsorg, kommuneoverlækjar, leiar for fysio- og ergoterapitenesta og leiar psykiatrien. Leiar i PPT og NAV vert innkalla ved behov. Det er leiar for pleie og omsorg er leiaren av gruppa.

Pr. i dag har den koordinerande eininga nokre faste møter i året, elles ved behov.

3.2 Syn- og hørsel kontakt.

Lowverket seier at kommunane skal vidareutvikla ordninga med koordinerande eining. Samstundes oppmuntras kommunane å knyta syn- og hørsel kontakten nærare den koordinerande eininga. Hå kommune har løyst dette ved at kommunens syn- og hørsel kontakt er plassert i ansvarsområde til leiar fysio- ergoterapitenesta. Leiar fysio- ergoterapitenesta har ei stor og viktig rolle i koordinerande eining. Pr. i dag har syn- og hørsel kontakten 30 % stilling. Arbeidsoppgåvene er av stort omfang, og brukarane aukar. Hå kommune har liten stillingsstorleik på denne stillinga ut frå innbyggjartal, samanlikna med nabokommunane. Storleiken på stillinga gjev utfordringar i forhold til å kunne

imøtekoma pågangen. Ein ser difor eit behov for å auka denne stillinga frå 30 % til 50 %. Dette for å få nok ressursar og betre kontinuitet til å yta kvalifiserte tenestar.

3.3 Brukarmedverknad, ansvarsgrupper og individuell plan.

Kommunen si oppgåve er å leggja til rette for brukarmedverknad på ulike nivå. Brukarmedverknad på systemnivå vert søkt ivareteke gjennom representasjon i styrer og utval, samhandlingsmøter med brukarorganisasjonen og innbyggjarrådet. Pr. i dag har ikkje Hå nokon representant på desse type møte. Men ein tenkjer seg at leiar av koordinerande eining skal delta på innbyggjarrådet nokre gonger i året. På individnivå er det eit mål at alle brukarar deltar aktivt i eigen rehabiliteringsprosess. Alle med rehabilitering og samordningsbehov skal gjevast tilbod om individuell plan.

Hå kommune har utarbeida rutinar for oppretting av ansvarsgrupper og individuell plan. Målgruppa er personar som har samansette vanskar av fysisk, psykisk og sosial art. Ei ansvarsgruppe vert oppretta for arbeida tverrfagleg og heilskapleg rundt brukaren over tid. Individuell plan vert utarbeida for å sikra og styrka samhandlinga mellom dei ulike aktørane som skal samarbeida kring brukaren. Både ansvarsgrupper og individuell plan vert danna i eit samarbeid med brukaren sjølv eller hans/hennar pårørande/verje. Ein har stort fokus på brukarmedverknad i dette arbeidet.

3.4 Samarbeid med andre instansar. (spesialisthelsetenesta.)

Samhandlingsreforma sin intensjon om rett behandling – på rett stad – til rett tid, medførte auka arbeidsbelastning på kommunane. Andre linjetenesta legg no meir over til den koordinerande eininga. Ein fekk auka stillingar i fysio- og ergoterapi tenesta for å imøtekoma desse utfordringane. Og dette er pr. i dag handterbart.

Det framkjem som viktig å ha eit godt samarbeid med spesialisthelsetenesta. Fleire oppgåver vert gitt til kommunane, men ein er avhengig av samarbeid for å kunna ivareta brukarane på alle ulike nivå. Innan medisinsk rehabilitering er det ofte samansette problemstillingar, der ein må arbeida tverrfagleg, og på tvers av nivå. Stavanger universitetssjukehus sine rehabiliteringsavdelingar på Lassa og Østerlide er viktige samarbeidspartnarar. Mobilt innsatsteam (MIT) er eit ambulerande team frå Lassa som ein har moglegheit til å nytta seg av i forhold til vegleiing og vurdering knytt til brukarar. Pr. nå har ikkje dette vert særleg nytta i Hå kommune, då me ikkje har eiga miljøteneste.

I kommunen ligg det ein privat rehabiliteringsinstitusjon, Krokeidesenteret Rehabilitering, avdeling Nærland. Dei har avtale med Helse Vest og gir tilbod om kursopphald til pasientar med kronisk lungesjukdom, hjartesyjukdom og kreft. Dei deltar også i ordninga «Raskare tilbake» for pasientar

med sjukemelding. Det er eit godt og nært tilbod, og dei har lagt vekt på samarbeid med helsepersonell som arbeidar i kommunen.

For barn og unge er barnehage, skule, PPT viktige, og fagfolk derifrå deltek i ansvarsgrupper og individuell plan. Samarbeid med NAV er viktig ved tilrettelagt arbeid der dette er naudsynt. Frivillige organisasjonar for funksjonshemma kan utfylla det offentlege ved at dei kan gi praktisk informasjon til nye brukarar. Tilbod om fritidsaktivitetar vert ofte gjeve gjennom frivillige organisasjonar, og dette er eit område der ein vil utvida samarbeidet, til dømes i samarbeid med idrettsrådet.

Hå kulturtorg har eit tilbod på fritida som er tilrettelagt for ulike aldrar og funksjonshemmingar. Dei gjev tilbod både på eiga hand og også saman med Nærbø idrettslag. Gjennom Nærbø idrettslag kan ein til dømes spela kjelkehockey, tilrettelagt for funksjonshemma. Kulturtorget arrangerer også aktivitetar ut av kommunen, der ein dreg på bowling og i nabokommunen. Det vert også arrangert leir på Holmavatn, og andre dagsturar. På sjølve kulturtorget vert det arrangert kafe kvar veke, konsertar. Det er også etablert eit samarbeid mellom dei fire jærkommunane på området tilrettelagt fritid, noko som har resultert i fleire og meir varierte tilbod.

3.5 Korleis sikrar kommunen overgangsfasane born – ungdom, ungdom – vaksen?

Hå kommune har valt å ha ein rådgjevar for heimebuande funksjonshemma, uavhengig av alder. Denne rådgjevaren deltek i dei fleste ansvarsgrupper, samt har eit koordinerande ansvar for individuelle planar. Tidperioden frå barn til vaksen inneber ulike fasar, der ein ofte vil møta på store utskiftingar. Hå kommune sikrar denne sårbare kvardagen ved at ein har tilknytt moglegheit for å ha ein stabil person i ansvarsgruppa. Det vert ansvarsgruppa som i det store og heile sikrar at brukar vert ivareteke både når det gjeld behov, endringar og livsfaseovergangar. Det vert stabilt for brukar og eins pårørande å forholde seg til ein rådgjevar, samstundes som det også vert sårbart. Sårbart for tenestemottakarane, og ikkje av kvalitet kommunen ynskjer å gje, grunna kapasitet mangel til å gjennomføra grundige gjennomgangar med alle som ynskjer.

4 Status på tilbudet om medisinsk rehabilitering.

I førre planperiode vart det varsla at ein vurderte å ta i bruk nettbasert IP. Dette er gjort, ein har teke i bruk Acos IP. Fordelen med å ha IP nettbasert er at fagfolk vil ha tilgang uavhengig av journalsystem, samt at det vert eit høgare fokus på brukarmedverknad og medråderett, sidan brukar og pårørande også må delta aktivt for å halda planen levande. Dette set samstundes visse krav og forventningar til alle deltakarane i planen, som kan gje utslag i nokre utfordringar.

Erfaringane me har gjort oss i løpet av åra med nettbasert IP er at, bruk og aktivitet, er svært varierende. Og mange har etter kvart takka nei til individuell plan. Årsaker til dette er at ein kjenner seg ivareteken i ansvarsgruppe, og ser difor ikkje same nytten av individuell plan no. Det kan sjølvstg også hengja saman med at kravet til brukar og pårørande om involvering og deltaking gjer at ein ikkje ynskjer og nytta seg av det på same måten lenger.

Tal frå 2011 og 2014 viser følgjande tal for individuell plan og ansvarsgruppe:

Årstal	Personar med individuell plan	Personar med ansvarsgruppe	Personar med IP og ansvarsgruppe
Pr. 01.01.2011	104	58	
Pr. 01.07.2014	36	131	30

Forklaringane til desse tala heng saman med fleire faktorar. Ei forklaring kan synast å vera at ein har teke i bruk nettbasert IP. Dette endra noko på krav og forventningar til deltakarane i planen. Der plankoordinator før hadde gjort mesteparten av planarbeidet åleine, er nå alle deltakarar ansvarlege for sin del, alle må fysisk inn i planen for å følgja opp sin del. Det betyr vidare at der foreldre/verjer/pårørande før berre har hatt munnleg deltaking, vert ansvarlege for delane som naturleg høyrer til hjå dei. Som til dømes å skriva om heim og fritid. Dette ser ein kan vera ein faktor som har medført at ein enklare takkar nei til IP, eller vel å avslutta eksisterande.

Ved innføring av den nettbaserte måtte alle aktive planar evaluerast, for så å førast inn i den nettbaserte utgåva. Under denne evalueringa var ein meir kritisk enn tidlegare. Dette fordi ein såg at det var fleire planar ein berre «hadde for å ha ein plan», og som då ikkje var brukt formålstenleg. Årsaka til at ein ved evaluering konkluderte med å avslutta planar var at ein såg behovet til tenestemottakar og den sin familie vart dekkja gjennom ansvarsgrupper. Som ein ser av tala i tabellen har ansvarsgrupper auka betrakteleg.

Nedgangen på IP er ikkje nødvendigvis negativt. Det viser at det ynskja fokuset på medråderett og brukarmedverknad verkar til si hensikt i Hå kommune. Ved at brukarar og den sin familie får nytt innsyn i kva planarbeid inneber, og får vera med sjølve å avgjera om ein skal ha ein plan eller ikkje. Det vert brukar og pårørande som har siste ord i saka om å avslutta ein plan eller ikkje.

Jæren er kjent for si handlekraft og praktiske tenking, denne kulturen sit sterkt i Hå kommune. Dette kan sjåast i samanheng med vala som vart tekne i forhold til IP og ansvarsgruppe. Ansvarsgrupper vert sett på som ein viktig samarbeidsarena. Der treffes alle som har eit ansvarsområdet kring brukaren. Der får alle seia sitt, pårørande/brukar kan stilla spørsmål direkte og få svar der og då. Ein kan nok oppleve og sjå ein større nytteverdi av ei ansvarsgruppa, handling og resultat er meir synleg, og difor vert IP ikkje formålstenleg på same måte som ei ansvarsgruppa.

Det som også er ein viktig forklaringsfaktor i desse tala er at ein må sjå på organiseringa me har pr. i dag i forhold til IP. Ein har ein veg å gå for å få alle aktørar med i planarbeidet. Det er ofte tungt å sitja som koordinator, mykje fell på den, for andre instansar ikkje er på banen i den grad ein kan forventa. Ein har difor sett at nokre rutinar på tvers i kommunen kan vera naudsynt for å einas om korleis ein skal arbeida med individuell plan i Hå kommune. Det er viktig at planen vert lagt til ein koordinator som har største del av tenestelevering til brukaren det gjeld. Det krev ressursar å oppretthalda planar, og det krev kunnskap og kompetanse for å gjera planane fagleg gode.

5 Befolkningsframskriving i forhold til medisinsk rehabilitering.

Kommunen har i 2014, 167 personar, som tek imot tenestane IP og/eller ansvarsgruppe, i alle aldrar. Dette utgjer 0,9% av befolkninga. I 2019 vil dette utgjera 186 personar. Noko som til svarar ein auke på 19 personar i planperioden. Dette betyr altså at ein kan forventa ein auke med ca. 5 personar i året.

Sum of Antall Radetiketter	2014	2015	2016	2017	2018	2019
0 år	277	286	293	300	307	314
1-2 år	563	559	578	595	609	623
3-5 år	939	930	908	880	888	915
6-12 år	1849	1930	2007	2064	2131	2179
13-15 år	762	775	771	804	808	817
16-19 år	1077	1076	1073	1065	1043	1064
20-44 år	6623	6779	6957	7133	7297	7427
45-66 år	4427	4553	4653	4785	4934	5027
67-79 år	1373	1430	1524	1582	1631	1712
80-89 år	458	469	462	467	479	509
90+ år	135	131	134	131	131	129
Totalsum	18483	18918	19360	19806	20258	20715

5.1 Ressursmessige betydingar.

Tala som framkjem under, i forhold til fysio- og ergoterapi, er den totale bruken av desse tenestane uavhengig om det fell innanfor medisinsk rehabilitering. Med nokre unntak, for å få visa den generelle pågangen som har vore på desse tenestane dei siste åra.

Syn- og høyrsel kontakt:

Som nemnt tidlegare ser ein eit behov for å auka opp denne stillinga med 20%, då frå 30 % til 50 %. Denne stillinga har relativt mange brukarar og henvisningar samanlikna med stillingsstorleik. Stillinga er også lågare enn det nabokommunane har. Om ein ser på utviklinga dei 3 siste åra ser det slik ut:

Årstall	Tal på henvisningar	Tal på konsultasjonar	Tal brukarar	Stillingsstorleik
2011	55	45	55	20%
2012	53	62	70	30%
2013	60	55	66	30%

Ein har desse åra erfart at det er utfordrande å imøtekoma behov på ein tilstrekkeleg måte. Samt ivareta krav i forhold til dokumentasjon og oppfølging. Pågangen er relativt stabil, ein ser ein auke frå 2011 til 2012, då fekk ein også auka stillinga med 10 %. Tal på brukarar har gått ned frå 2012 til 2013, medan talet på henvisningar og konsultasjonar held seg stabile. Med dagens pågang ser ein allereie eit behov for å auka opp stillingsstorleiken. Om ein då ser på kva forventna auke vert for denne brukargruppa dei komande 4 åra, ser ein det som naudsynt å anbefala at denne stillinga må aukast til 50 %.

Fysioterapi og ergoterapi:

Kommunen har både kommunale og private fysioterapeutar. Nedanfor vert pågangen på fysioterapitenesta dei siste 3 åra presentert.

Fysioterapi: (kommunale)

Årstall	Tal på henvisningar	Tal på konsultasjonar	Tal brukarar	Stillingsstorleik
2011	667	6503	672	6 årsverk
2012	770	7163	721	7 årsverk
2013	762	7128	745	7 årsverk

Fysioterapi: (private)

Årstall	Tal på henvisningar	Tal på konsultasjonar	Tal brukarar	Stillingsstorleik
2011	1334	17748	1334	6 årsverk
2012	1414	16209	1414	6 årsverk
2013	1411	18147	1411	6 årsverk

Om ein reknar 30 minutt pr. konsultasjon, ser ein ut frå tala at arbeidsbelastninga er stor for dei private fysioterapeutane.

Ergoterapi:

I 2012 fekk ergoterapitenesta tilført eit årsverk som vert lagd under Hå sjukeheim. For at tala skal vera samanliknbare, har ein her teke dei 2 siste åra, sidan år 2011 også inneheld Hå sjukeheim. Desse 2 stillingane dekkjer behovet elles i kommunen. Då både i forhold til heimebuande funksjonshemma, eldre, og andre med behov.

Årstall	Tal på henvisningar	Tal på konsultasjonar	Tal brukarar	Stillingsstorleik
2012	377	536	327	2 årsverk
2013	413	439	295	2 årsverk

Ergoterapeuten ved Hå sjukeheim dekkjer heile ergoterapibehovet ved sjukeheimen. Deltek også i tilrettelegginga når pasientar skal heim frå rehabiliteringsopphald. Utfører trening, kartlegging og observasjonar av pasientar. Har også ansvar for opplæring og kontroll av hjelpemiddel i alle avdelingane ved sjukeheimen.

Pr. 2013 hadde eit årsverk kommunal fysioterapeut gjennomsnittleg 106 brukarar. Medan dei private hadde 235 brukarar. Eit årsverk ergoterapeut gjennomsnittleg 148 brukarar. Det er tilstrekkelege ressursar pr. no, samstundes som ein ser at behovet er aukande og fleire brukarar kjem til. Difor tenkjer ein at med den antekne auken tenestemottakarar vil ein anbefala at ein i laupet av planperioden aukar opp fysioterapitenesta med 1 årsverk.

5.2 Årsverk fysio- og ergoterapeutar i Hå samanlikna med nabokommunane. (Kostra tal)

OVERSIKT OVER ÅRSVERK FYSIOTERAPI PR. 10 000 INNBYGGJAR. (både kommunale og private)				
ÅRSTAL	HÅ	TIME	GJESDAL	KLEPP
2011	7,0	6,3	5,8	5,4
2012	7,4	5,8	5,7	6,7
2013	7,2	5,4	5,6	6,8

Desse tala viser at Hå og Klepp, som også er nærast innbyggjarmesseg, ligg jamt.

OVERSIKT OVER ÅRSVERK ERGOTERAPI TOTALT (kommunehelse og plo)				
ÅRSTAL	HÅ	TIME	GJESDAL	KLEPP
2011	4,99	3,03	3,00	4,61
2012	4,00	5,83	3,00	5,01
2013	3,53	5,06	2,00	5,85

Samanliknar ein tala for 2013 ser ein at Hå ligg betydeleg under både Time og Klepp i tal på stillingsheimlar.

6 Utfordringar i planperioden og anbefaling av tiltak.

Det vert viktig framover å ha fokus på korleis ein kan i møtekomma ventande utfordringar. Grappa med behov for IP og ansvarsgrupper veks i tritt med befolkningsveksten. Samarbeid internt mellom etatane vert avgjerande. Samt trygge og gode plankoordinatorar som har kunnskap om tenestetilbod på tvers av nivå og avdelingar. Ein må utnytta dei ressursar ein allereie har på ein best mogleg måte, samstundes som ein ser det som absolutt naudsynt å auka opp nokre områder for å vera rusta til å imøtekoma framtida. Det er også ynskjeleg at me får på plass eit prøveprosjekt i forhold til kvardagsrehabilitering innanfor planperioden. (jf. Eldreplanen)

Koordinerande eining.

Fokusområde i planperioden:

1. Ein lyt ha fokus på å trygga koordinatorar med opplæring og oppfølging slik at ein innehar forventna kunnskap og kompetanse til å dekkja rolla. Kartleggja opplæringsbehov, og sjå på måtar å gjera dette på.

Tiltak: 1-2 fagdagar i året der alle plankoordinatorar samlast saman med koordinerande eining.

2. Det vert anbefalt at leiar av koordinerande eining deltek på samhandlingsmøte med innbyggjarrådet i Hå kommune. Dette for å kvalitetssikra at brukarmedverknaden er ivareteken, samt at tilbod står i samsvar til behov. Dette vil også gje innbyggjarrådet moglegheit til å medverka til korleis kommunen vel å organisera tilbodet sitt.

Tiltak: Leiar for koordinerande eining delta på innbyggjarrådet nokre gonger pr. år.

- Ein anbefaler at det i løpet av planperioden vert gjennomført brukarundersøking når det gjeld IP og ansvarsgrupper. Dette særleg med tanke på den store differansen i tala, om våre antekne forklaringar stemmer med det innbyggjarane tenkjer kring dette.

Tiltak: Brukarundersøkingar.

Samarbeid mellom interne og eksterne samarbeidspartnarar.

Fokusområde i planperioden:

1. Rutine for samarbeid mellom etatane.

Det lyt framkoma tydelege retningslinjer mellom skule og helse og sosial korleis samarbeidet skal vera når det gjeld IP. Retningslinjene lyt også visa kva ansvar PPT og NAV har i dette, samt eksterne samarbeidspartnarar. Ein må tydeleggjera koordinatorrolla. Denne må fordelast ut på den som yt mest tenester til tenestemottakar.

Tiltak: Utarbeida felles rutinar for å stadfesta ansvarsfordeling i forhold til koordinatorrolla.

Tiltak: Rutinar for ansvarleg for opplæring av eksterne samarbeidspartnarar.

Kvardagsrehabilitering.

Fokusområde i planperioden:

1. Innføring

Kvardagsrehabilitering tek utgangspunkt i kva brukarane meistrer sjølve og kva dei ynskjer og gjera. Innan eigen heim og nærmiljø. Fokus på kva brukar tykkjer er viktige aktiviteter i livet sitt her og no, og ikkje på kva hjelp han/ho treng. Fokusera på å hjelpa i heimen, stå best mogleg rusta til å møte framtida. Det viktigaste i planperioden er å koma i gang med prosjektet.

Tiltak: Det vert tilrådd at ein etablerer eit kvardagsrehabiliteringsteam på fire årsverk, som eit prøveprosjekt i 2 år. Etter det rår ein til å evaluera resultatata før ein avgjer om ordninga skal innførast permanent. To årsverk kjem frå eiga rame, og to årsverk vert finansiert gjennom auke i økonomiplanen. Totalkostanden er anslått til 3 mill. kroner, kor halvparten vert teke av eiga rame. (Eldreplanen 2015 – 2019). Dette er fremma som tiltak i eldreplanen, og vert teke med her berre som informasjon.

For å imøtekoma åra i planperioden i forhold til forventa vekst for gruppa innanfor medisinsk rehabilitering vert følgjande ressursauke anbefalt:

Syn og høyrsel kontakt anbefalt auke med 20 %, slik at ein totalt oppnår 50 % stilling.

Kostnad: 100 000 kr.

Fysio-/ergoterapiavdelinga anbefalt auke med ei 100 % fysioterapeut stilling i løpet av planperioden. Ut frå dagens behov vert denne stillinga truleg oppretta på Vigrestad, men ein ynskjer å ta ei endeleg avgjerd på plassering ut frå behova som føreligg i 2016.

	2015	2016	2017	2018
Auke syn og høyrsel kontakt	100'			
Driftstilskot Fysioterapeut			450'	

Dette må samordnast med andre behov i kommunen og eventuelt vedtakast i økonomiplanen.

KJELDER:

Arbeidsnotat Eldreplanen 2015 - 2019

Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven av 21.06.2013

Helse og omsorgsdepartementet: «*Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*», 2011.

Hå kommune: «*Kommuneplan*» (2007 – 2022)

Hå kommune: «*Omsorgsplan*» (2011 – 2014)

Lov om kommunale helse og omsorgstenester av 24.06.2011

Store norske leksikon: <http://snl.no/gap-modellen>, lasta ned 2014

St.meld. nr. 34: http://www.regjeringen.no/nb/dep/asd/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-34_1996-97/2.html?id=191144 lasta ned 2014

St.meld.nr.47 Samhandlingsreformen:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201> lasta ned 2014