

# **Rehabiliteringsplan for Sirdal kommune**

**2015 - 2018**



## Innhold

<b>Rehabiliteringsplan</b>	1
<b>for</b>	1
<b>Sirdal kommune</b>	1
1 Innledning	2
2 Målsetting for rehabilitering	2
3 Organisering av planarbeidet og planprosessen	2
4 Lovgrunnlag og føringer	5
5 Relevante kommunale planer	6
6 Aktuelle målgrupper	6
7 Habilitering og rehabilitering	7
7.1 Definisjoner og begreper	7
7.1.1 Habilitering og rehabilitering	7
7.1.2 Brukermedvirkning	7
7.1.3 Funksjonshemming	8
7.1.4 Universell utforming	8
8 Ansvar og oppgaver	8
8.1 Kommunens ansvar	8
8.2 Helseforetakenes ansvar	9
9 Kommunale tjenester innen rehabilitering	9
9.1 Enhet for helse	10
9.1.1 Legetjenesten	10
9.1.2 Avdeling psykisk helse	10
9.1.3 Helsestasjonen	10
9.1.4 Kommunefysioterapi – og /ergoterapitjenesten	10
9.1.5 Fysioterapi med driftstilskudd	11
9.1.6 Hjelpemidler og ergonomiske tiltak	11
9.1.7 Avdeling for funksjonshemmede	11
9.1.8 Brukerstyrt personlig assistent (BPA)	11
9.1.9 Folkehelse/frisklivssentral	11
9.1.10 Diabetesarbeid	11
9.2 Enhet for pleie- og omsorg	12
9.2.1 Rehabiliteringsavdelingen	12
9.2.2 Langtidsopphold i sykehjem	12
9.2.3 Hjemmesykepleie	12
9.2.4 Hjemmehjelp	12
9.2.5 Dagsenter	12
9.2.6 Dagopphold	12
9.2.7 Trygghetsalarm	12
9.2.8 Omsorgslønn	12
9.2.9 «Hilseminister»	13
9.2.10 Annet	13
9.3 Bolig	13
9.3.1 Omsorgsbolig	13
9.3.2 Trygdebolig	13
9.4 Barnehage og skole	13
9.4.1 Førskolealder	13

9.4.2	Rett til spesialundervisning.....	13
9.4.3	Fremmedspråklige.....	13
9.4.4	Lister PPT .....	13
9.5	Fritid /kultur .....	14
9.5.1	Lag og foreninger i Sirdal .....	14
9.5.2	Frivillighetstjeneste.....	14
9.5.3	Organisasjoner for funksjonshemmede.....	14
9.5.4	Ledsagerbevis .....	14
9.5.5	Svømmetilbud.....	14
9.6	NAV Sirdal.....	14
9.6.1	Parkeringstillatelser for funksjonshemmede.....	15
9.6.2	Transporttjenesten for funksjonshemmede/ TT- kort .....	15
9.7	TLM .....	15
9.8	Råd og utvalg i Kommunen .....	15
9.8.1	Råd for funksjonshemmede .....	15
9.8.2	Eldrerådet.....	15
10	Andre samarbeidsarenaer.....	15
10.1	ASVO Sirdal.....	15
10.2	Helsenettverk Lister.....	16
10.2.1	Velferdsteknologi og telemedisin .....	16
10.2.2	Psykisk helse og rus.....	16
10.2.3	Funksjonshemmede.....	16
10.2.4	Lister pårørende og brukerutvalg.....	16
10.2.5	Andre prosjekter.....	16
10.3	Læringsnettverk .....	17
10.4	Lister barnevern.....	17
11	Organisering av rehabiliteringsarbeidet i kommunen.....	17
11.1	Koordinerende enhet.....	17
11.2	Koordinator for rehabilitering. ....	18
11.3	Individuell plan.....	18
11.4	Ansvarsgruppe .....	19
11.5	Koordinator.....	20
12	Antatt behov og utfordringer .....	20
12.1	Befolkningsutvikling .....	21
12.1.1	Forekomst av kroniske lidelser/ livsstilssykdommer.....	22
12.2	Aktuelle utfordringer i forhold til rehabilitering .....	23
12.2.1	Fallforbyggendegrupper.....	23
12.2.2	Hverdagsrehabilitering.....	23
12.2.3	Fysio – og ergoterapitjenesten .....	23
12.3	Rullering av handlingsplanen .....	23
13	Økonomi .....	23
13.1	Oppfølging av handlingsplanen.....	23
	Vedlegg: Handlingsplan for perioden 2015 – 2018.....	25

# 1 Innledning

Sirdal kommune har hatt to tidligere rehabiliteringsplaner og den siste var for perioden 2009 – 2012. Planen har nå vært til revidering og det er et mål å utarbeide en informativ og praktisk plan som er tilpasset lovverket og ulike avtaler.

Planen skal gi innsikt i det helhetlige rehabiliteringstilbudet som finnes i Sirdal kommune, og øvrige tilbud. I planen blir det benyttet linker til aktuelle nettsteder.

Sirdal kommune er befolkningsmessig liten og oversiktlig og det er utviklet ulike former for samarbeid mellom enhetene. Imidlertid kan det tverrfaglige samarbeidet bli satt mer i system og forplikte alle parter i forhold til individuellplan, personlige koordinatore og ansvarsgrupper.

I det daglige arbeidet med re-/habilitering legges det vekt på at brukere/pasienter av tjenester har drømmer og mål for sine liv. Disse målene skal være utgangspunkt for tjenestetilbudet. Tjenestene gis uavhengig av om søker bor hjemme eller på institusjon.

## 2 Målsetting for rehabilitering

- Legge til rette for at personer som har behov for re-/habilitering tilbys tjenester som bidrar til best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.
- Rehabiliteringsvirksomheten skal involvere alle enheter i kommunen.
- Tilbys på en hensiktsmessig arena nærmest brukerens vante miljø.
- Utarbeide prosedyrer, rutiner og dokumentasjonsverktøy.
- Utvikle kompetanse og faglig utvikling.
- Universell utforming.

Målene med tilhørende tiltak vil bli beskrevet nærmere i handlingsplanen som koordinerende enhet utarbeider årlig. Kostnadskrevende tiltak innarbeides i kommunens årlige budsjett.

## 3 Organisering av planarbeidet og planprosessen

Det ble nedsatt en tverrfaglig arbeidsgruppe som har bestått av:

Rehabiliteringskoordinator/ergoterapeut Inger Marie Rokstad  
Plan og utviklingsleder Kent Seland  
Enhetsleder helse Ruth Lillian Hompland  
Enhetsleder pleie og omsorg Sara Mandel Birkeland  
Avdelingsleder rehabiliteringsavdelingen Inger Johanne Ousdal  
Kommunefysioterapeut Marianne Horve

Kommuneoverlege Ivan Jovic har vært rådgiver i planprosessen

Gruppa møttes første gang 30.04.14 og har hatt flere møter.

## 4 Lovgrunnlag og føringer

Rettigheter og plikter om habilitering- og rehabiliteringsvirksomhet er i hovedsak hjemlet i helselovgivning, men helhetlig re-/habilitering vil involvere tjenesteytelse i forhold til alle livets arenaer. Re-/habiliteringsarbeidet (blir heretter omtalt som rehabilitering) befinner seg i et skjæringspunkt mellom flere lovverk og tjeneste – og fagområder.

Viser til: [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no).

Samhandlingsreformen: Er styrende for rehabiliteringsarbeidet og er et av områdene det skal legges økt vekt på. Samhandlingsreformens hovedmål er å gi helse – og omsorgstjenesten en ny retning med satsning på forbyggende og helsefremmende arbeid. Tidlig innsats skal lønne seg. Flere av tjenestene skal utføres i kommunen folk bor i. De spesialiserte tjenestene skal overlates til spesialisthelsetjenesten og det skal i større grad skapes helhetlige tjenestekjeder mellom kommunen- og spesialisthelsetjenesten. I tillegg skal brukermidvirkning styrkes.

Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 – 2015: Påpeker at kommunen skal ha et tydeligere ansvar for habilitering og rehabilitering. Det gjelder både tilstrekkelige ressurser og faglig bredde og kvalitet. Lovverket er forsterket i forhold til bedre koordinering gjennom individuell plan, koordinerende enhet og koordinator m.m.

Helse- og omsorgstjenesteloven: Omtaler rehabiliteringstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Loven inneholder også mange nye bestemmelser i forhold til individuell plan, koordinator og koordinerende enhet.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator: Forskriften gjelder for habiliterings – og rehabiliteringstjenester som ytes etter Helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven.

### Andre lover og forskrifter m.m.

- Spesialisthelsetjenesteloven
- Helseforetaksloven
- Lov om folkehelse
- Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen
- Opplæringsloven
- Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne
- Lov om spesialisthelsetjenesten
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Helsepersonell loven
- Psykisk helsevernlov
- Forskrift om kommunal med finansiering av spesialhelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
- St. melding nr. 21 (1998 – 1999) Ansvar og meistring – Mot en heilskapeleg rehabiliteringspolitikk
- Veileder til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (Høringsforslag juni 2014)
- FNs standardregler om like muligheter for mennesker med funksjonshemming

## 5 Relevante kommunale planer

- Folkehelseplan for Sirdal kommune 2014 – 2017
- Plan for helsestasjonstjenesten i Sirdal kommune 2014 – 2017
- Plan for psykisk helsearbeid i Sirdal kommune 2011 – 2014
- Rusmiddelplan for Sirdal kommune 2009 – 2013
- Kommunedelplan for idrett og fysisk aktivitet
- Plan for turstier og turveier i Sirdal 2013
- Plan for bosetting og integrering av flyktninger
- Kvalitetsplan for barnehagene i Sirdal kommune 2014 - 2019
- Smittevernplan for Sirdal kommune

## 6 Aktuelle målgrupper

Rehabilitering skal favne alle innen kommunen fra fødsel til livets slutt. En betydelig del av befolkningen har en eller flere varige reduserte funksjonsevner på enkelte områder. Disse kan være medfødte eller ervervete, som følge av skade og sykdom, eller av den naturlige aldringsprosessen. I gjennomsnitt vil en innbygger være funksjonshemmet i 14 år av livsløpet og de fleste pga. aldring.

Følgende tabell illustrerer målgruppene utfra årsak:

Medfødte og ervervede individuelle forutsetninger som kan bidra til funksjonshemming:					Fysiske og psykososiale forhold i miljøet som kan bidra til funksjonshemming:	
<u>Medfødt:</u> Redusert funksjonsnivå v/kroniske sykdommer og tilstander	<u>Ervervet:</u> Brått fall i funksjonsnivå med mulighet til å gjenvinne tilnærmet all funksjon	<u>Ervervet:</u> Brått fall i funksjonsnivå uten mulighet for å gjenvinne all funksjon	<u>Ervervet:</u> Langsamt fall i funksjonsnivå som følge av kroniske eller progredierende sykdommer	<u>Usikre årsaker:</u> Gradvis redusert funksjonsnivå	<u>Fysiske forhold:</u> Ikke-tilrettelagt fysisk bevegelsesmiljø	<u>Psykososiale forhold:</u> Spesielle endringer i psykososialt miljø
Eksempel: personer med medfødte/tidlig ervervede hjerneskader, syndromer, Muskel-sykdommer	Eksempel: personer med brudd, eller som blir immobilisert etter annen akutt skade eller operasjon, eller med akutt (reaktiv) psykisk sykdom	Eksempel: personer med amputasjoner, hjerneslag, skader etter ulykker	Eksempel: personer med kreft, leddgikt, MS, andre kroniske muskel/skjelett sykdommer, alvorlige psykiske lidelser	Eksempel: Personer med rusproblemer, sosial funksjonshemming	Eksempel: personer som skal benytte offentlige bygg og institusjoner, flytte til annen bolig, ny arbeidsplass mv.	Eksempel: personer som opplever personlig krise, f.eks. dødsfall eller annet tap

Sirdal kommune har brukere fra alle målgrupper for rehabilitering.

## 7 Habilitering og rehabilitering

Kommunene skal i forhold til sentrale føringer ha et tydelig ansvar for tjenesteområdene habilitering og rehabilitering. Tjenestene skal forstås som flere tjenester satt sammen til en helhet. En enkelt tjeneste, selv om denne har som mål å gjenvinne funksjon, er dermed ikke å anse som rehabilitering. Måltrettete treningstiltak er imidlertid ofte deler i et rehabiliteringsforløp (Kilde: helsedirektoratet).

### 7.1 Definisjoner og begreper

I rehabiliteringsplanen er det nødvendig med avklaring av noen sentrale begreper for rehabiliteringsarbeidet.

#### 7.1.1 Habilitering og rehabilitering

*«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.»*

(Forskrift om habilitering og rehabilitering Kap. 2 § 3)

- Definisjonen vektlegger at habilitering og rehabilitering er en prosess med brukeren/pasienten i sentrum.
- Den skal være planlagt og målrettet.
- Brukeren/pasientens individuelle mål skal være utgangspunktet for tjenesteyternes bidrag.
- Brukermedvirkningen skal være optimal og tilpasset den enkeltes forutsetninger i alle deler av prosessen.
- Tjenesteytere skal bistå brukeren/pasienten i å optimalisere eller vinne tilbake sin evne til selvstendighet og deltakelse.
- Tjenester fra ulike fag og sektorer må sees i sammenheng og bidra til å realisere brukerens mål. Skal omhandle både fysisk, psykisk og sosial funksjon.
- Samhandling mellom tjenesteytere og bruker er primært for å lykkes.

#### 7.1.2 Brukermedvirkning

##### Individnivå

Det er en forutsetning at bruker selv er delaktig i og medvirker ved sin egen rehabiliteringsprosess. Når bruker ikke er i stand til å representere seg selv for eksempel pga av lav alder, kognitiv svikt, sterke utviklingshemninger eller alvorlig psykisk sykdom kan pårørende eller verge tale brukers sak. Det må innhentes samtykke fra bruker, såfremt bruker ikke er umyndiggjort eller er under 18 år.

Det er kommunens ansvar for at brukermedvirkning kan gjennomføres og her beskrives noen enkle retningslinjer.

- Bruker skal selv bestemme over egen deltakelse.
- Opprette ansvarsgruppe hvor bruker er den mest sentrale aktøren.
- Sørge for god informasjon til bruker.

- Gi bruker god tid til å sette egne mål.
- Utarbeide individuell plan.

#### Systemnivå

Representanter for brukeren i råd og utvalg skal inkluderes i alt arbeid i en kommune og fylkeskommune, som inngår i planlegging av virksomheten. Involvering bør skje på et så tidlig tidspunkt som mulig.

### **7.1.3 Funksjonshemming**

Det er et misforhold (gap) mellom personens forutsetninger (kompetanse) og miljøets/samfunnets krav til funksjon på områder som er vesentlige for å etablere og opprette selvstendighet og sosial tilværelse.

### **7.1.4 Universell utforming**

Det betyr at produkt, byggverk og uteområde, som er i vanlig bruk, skal utformes på en slik måte at alle mennesker skal kunne bruke disse på en likestilt måte så langt som mulig uten spesielle tilpasninger og hjelpemidler. Utformingen går ut på å skape forståelse og kunnskap omkring funksjonshemmedes forhold og formidle kunnskap om universelle løsninger.

## **8 Ansvar og oppgaver**

Samarbeid mellom kommunen, helseforetakene og andre spesialisthelsetjenester er viktige for å lykkes med rehabiliteringsarbeidet.

Det er utarbeidet gjensidig forpliktende avtaler mellom kommunen og Sørlandet sykehus HF.

### **8.1 Kommunens ansvar**

Kommunen har basisansvar for og har den viktigste koordineringsrollen i rehabiliteringsarbeidet. Den enkelte skal hjelpes til å fungere best mulig i sitt nærmiljø.

#### Oppgaver:

- Utarbeide kommunale planer for rehabiliteringsarbeidet.
- Etablere en fast koordineringsfunksjon.
- Identifisere og følge opp personer med skade eller sykdom som kan føre til funksjonshemming.
- Utarbeide og bruke individuelle planer.
- Koordinere tiltak og sørge for kontinuitet i rehabiliteringsopplegget for hver enkelt bruker, ved bl.a. å utpeke en personlig koordinator til personer med rehabiliteringsbehov.
- Peke på tiltak av miljømessig og teknisk karakter med sikte på å forebygge problemer og optimalisere funksjonshemmede livssituasjon.



## **8.2 Helseforetakenes ansvar**

Helseforetakene og landsdekkende spesialisthelsetjenester har ansvar for å sørge for et rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten. Ansvarer gjelder tjenester både i institusjon og ambulerende tjenester.

Rehabiliteringstilbudet i spesialisthelsetjenesten er en samlebetegnelse på den typen rehabiliteringstjenester som krever en slik grad av spesialisering at det ikke er hensiktsmessig å legge disse inn under det kommunale ansvaret. Dette kan være tilfeller der bistanden må knyttes nært opp mot medisinsk behandling eller at kravet til kompetanse overstiger nivået som kan forventes fra kommunen.

- Nødvendig undersøkelse og utredning.
- Sørge for trening og oppøving av funksjon og ulike individuelle ferdigheter som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning.
- Sørge for intensiv trening som inngår i individuellplan, eller som et nødvendig spesialisert tilbud etter behandling.
- Sørge for tilrettelagt opplæring og tilrettelagte rammebetingelser som kan bidra til økt mestring.
- Gå råd og veiledning og samarbeide med kommunen rundt enkeltbrukere.
- Gi generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen.
- Samarbeide med andre etater ved behov.

### Delavtaler:

I planen vises det spesielt til den overordnede avtalen, avtalen som omhandler habilitering og rehabilitering og avtalen angående forebygging.

Delavtale 1 mellom Sørlandet sykehus HF og Sirdal kommune.

*Oppgave- og ansvarsfordeling. Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre.*

Delavtale 2 mellom Sørlandet sykehus HF og Sirdal kommune:

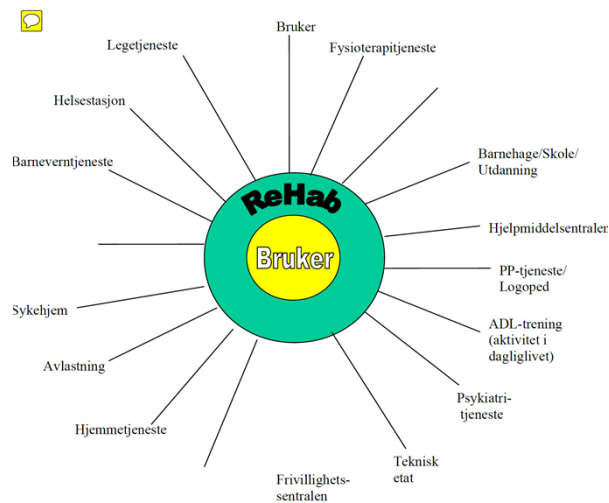
*Om samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende omsorgstjenester til pasienter med behov for langvarige, sammensatte og koordinerte tjenester.*

Delavtale 10. Samarbeid om forebygging.

## **9 Kommunale tjenester innen rehabilitering**

Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig rehabiliteringstilbud. Dette skal gjøres i samarbeid med skole, barnehage, kultur, NAV og TLM alt etter brukerens behov.

Figuren illustrer dette, i tillegg Nav og ergoterapitjenesten



## 9.1 Enhet for helse

### 9.1.1 Legetjenesten

Sirdal kommune har tre kommunale legestillinger, en turnuslege og kommunal legevakt. I tillegg til vanlig pasientarbeid er det legetilsyn på Sirdalsheimen / rehabiliteringsavdelingen fast to ganger pr. uke og ellers ved behov.

Sykehusene har innført kortere liggetid for pasientene og innføring av samhandlingsreformen øker belastningen kommunehelsetjenesten.

### 9.1.2 Avdeling psykisk helse

Psykisk helse/rus tilbyr individuelle tjenester som samtaler, koordinering av individuelle planer, ansvarsgrupper, dagtilbud/dagsenter, støttekontakt/fritidskontakt og miljørettede tiltak i egen bolig. Psykisk helse er aktiv i tverrfaglig samarbeid i forhold til rehabilitering av ulike brukergrupper.

Det tilbys forebyggende arbeid til barn/unge og familier innen psykisk helse og innen rus. Blant annet programmer i skolene som Zippy`s venner, «Kjærlighet og grenser» og MOT.

### 9.1.3 Helsestasjonen

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har som mål å fremme god helse blant barn og unge og vil bidra i tverrfaglig samarbeid angående rehabilitering. Helsestasjonen kan også være støttespillere og bidra med individuell oppfølging ved behov.

### 9.1.4 Kommunefysioterapi – og /ergoterapitjenesten

Fysioterapi - og ergoterapitjenesten består av fysioterapeut og ergoterapeut.

Tjenesten gir tilbud til voksne og eldre som er i risiko for, eller har vanskeligheter med, å mestre eller utføre daglige aktiviteter pga. funksjonsnedsettelse, eller har behov for opptrening etter skade/operasjon.

Videre gis det tilbud til barn/unge og deres familie. Det ytes forebyggende tjenester for å forhindre utvikling av sykdom og skade.

Tjenesten ytes som ambulerende tjenester til hjemmeboende og til personer på institusjon og rehabiliteringsavdelingen i kommunen, Tjenesten gis også på helsestasjonen, i barnehage og skole samt grupper og poliklinisk virksomhet.

Kommunefysioterapeut og kommuneergoterapeut har kontor på Sirdalsheimen.

### **9.1.5 Fysioterapi med driftstilskudd**

I Sirdal Kommune er det en fysioterapeut med kommunal driftsavtale. Fysioterapeuten leier lokaler i helsehuset på Tonstad.

Fysioterapeuten behandler pasienter som er henvist til behandling, eller opptrening på grunn av plager eller skader i muskel- skjelettsystemet, eller har gjennomgått kirurgiske inngrep på sener, muskler eller ledd.

### **9.1.6 Hjelpemidler og ergonomiske tiltak**

Hjelpemidler er et av flere alternative tiltak på grunnlag av brukerens samlede behov. Disse er nødvendige for å kompensere for funksjonstap og for å tilrettelegge for miljøet rundt den enkelte. Kommunen har inngått en samarbeidsavtale med NAV hjelpemiddelsentral i Vest-Agder om formidling av tekniske hjelpemidler. Avtalen gjelder også opplæring av lokale kontaktpersoner for bevegelse, syn, hørsel og kognitive hjelpemidler. I tillegg ambulerende vaktmester som sørger for montering, utkjøring og reparasjoner ved behov.

Kommunen har i tillegg et korttidsutlån av tekniske hjelpemidler for å avhjelpe et mer kortvarig funksjonsproblem.

### **9.1.7 Avdeling for funksjonshemmede**

Personer med funksjonshemming får tilrettelagte tjenester slik at den enkelte kan bli mest mulig selvhjulpen i hverdagen.

Tjenestene omfatter blant annet sosial trening, deltakelse i kultur- og fritidsaktiviteter, matlaging, rengjøring og annen praktisk bistand i hjemmet. Avdelingen kan gi avlastningstilbud og avlastningshjem.

### **9.1.8 Brukerstyrt personlig assistent (BPA)**

Brukerstyrt personlig assistent er for personer som har behov for personlig assistanse for å fungere i dagliglivets gjøremål. I tillegg kan det legges til rette for blant annet deltakelse i arbeidsliv, foreldreoppgaver og fritidsaktiviteter.

### **9.1.9 Folkehelse/frisklivssentral**

Frisklivssentralen gir tilrettelagte tilbud for personer som har behov for å endre levevaner i forhold til fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt, individuelt og i grupper.

I tillegg er det prosjekter i forhold til barn og unge.

### **9.1.10 Diabetesarbeid**

Kommunen innehar spesialkompetanse innen diabetesarbeid. Sammen med fastlegen gis det tilbud om et individuelt opplegg for å følge opp personer med diabetes. I tillegg gis det kostveiledning, gruppetilbud, og undervisning i samarbeid med frisklivssentralen.

## **9.2 Enhet for pleie- og omsorg**

### **9.2.1 Rehabiliteringsavdelingen**

Rehabiliteringsavdelingen består samlet av 10 plasser derav 5 rehabiliteringsplasser og 5 korttidsplasser inkludert kommunal øyeblikkelig hjelp plasser, avlastning/rulleringsopphold og terminalpleie. Rehabiliteringsplassene brukes til gjenopptrening etter sykehusinnleggelser og skader i hjemmet. Det blir gitt tilbud om observasjon, utredning og kartlegging ved funksjonstap og sykdom. Hovedhensikten med oppholdet er at pasienten skal bli mest mulig selvhjulpent for å kunne klare seg selv i eget hjem. I den aktive opptreningsfasen er det avgjørende at det legges til rette for målrettet trening. Mengde, intensitet og varighet må være tilpasset pasientens mål. Både fysioterapeut og ergoterapeut er direkte tilknyttet avdelingen.

### **9.2.2 Langtidsopphold i sykehjem**

Tjenestene ytes ut fra brukerens funksjonsnivå. Langtidsopphold i sykehjem tildeles brukere med omfattende hjelpebehov, der hjemmebaserte tjenester ikke lenger vurderes som tilstrekkelig.

### **9.2.3 Hjemmesykepleie**

Alle som har behov for nødvendig helsehjelp hjemme, har rett til hjemmesykepleie. Hjemmesykepleien kan gi hjelp til for eksempel personlig hygiene, tilrettelegging av måltider, av- og påkledning, assistanse til legemiddelhåndtering, sårbehandling og smertebehandling med mer.

### **9.2.4 Hjemmehjelp**

Praktisk bistand, og hjelp i daglige rutiner i hjemmet. Det er viktig at hjelpen som blir gitt ikke erstatter brukerens egenaktivitet. Individuell vurdering.

### **9.2.5 Dagsenter**

Det er dagsenter på Tjørhom og dagsenter lokalisert til Sirdalsheimen. Oppholdet skal være med å opprettholde og bedre livskvaliteten til brukeren gjennom å redusere praktiske vansker i hverdagen, bryte ensomheten og isolasjon samt å øke mestringsevnen. Oppholdet tilbyr aktiviteter som skal tilpasses alle, sosiale samvær og måltider.

### **9.2.6 Dagopphold**

Dagopphold på sykehjem tildeles søker med behov for pleie og omsorg på dagtid som ikke kan dekkes opp av hjemmesykepleien. Dagopphold kan også gis som avlastning for pårørende og da er oppholdet vederlagsfritt.

### **9.2.7 Trygghetsalarm**

Utleie av trygghetsalarmer til hjemmeboende som bor alene. Dette for at brukeren skal føle seg tryggere i eget hjem. Alarmen er direkte koblet mot hurtig kontakt med Sirdalsheimen.

### **9.2.8 Omsorgslønn**

Det er mulig å søke om omsorgslønn for personer med særlig tyngende arbeidsoppgaver i hjemmet.

### **9.2.9 «Hilseminister»**

En sykepleier gir tilbud til kommunens 75 åringer om hjemmebesøk i kommunen. Hensikten er å informere om tjenestetilbudet, velferdsteknologi og andre hjelpemidler, gi råd og veiledning mht. bolig og aktivitet. Besøket vil også kartlegge fremtidige ønsker og behov. Dette bidrar til å forebygge ulykker og avdekke helseutfordringer på et tidlig stadium.

### **9.2.10 Annet**

Øvrige tjenester er bl.a. ambulerende vaktmester og matombringing. Det er også frisør og fotpleie tilknyttet Sirdalsheimen.

## **9.3 Bolig**

### **9.3.1 Omsorgsbolig**

Omsorgsbolig er for personer som har behov for trygghet ved å bo i nærheten av tjenestebase pleie og omsorg eller helse.

### **9.3.2 Trygdebolig**

Trygdebolig er for uføre- og/eller alderspensjonist som av helsemessige årsaker trenger en tilrettelagt bolig.

## **9.4 Barnehage og skole**

### **9.4.1 Førskolealder**

Barn med nedsatt funksjonsevne har rett til prioritet ved opptak i barnehage. Det skal foretas en sakkyndig vurdering for å vurdere om barnet har nedsatt funksjonsevne. Barn som det er fattet vedtak om etter lov om barnevernstjenester har rett til prioritet ved opptak i barnehage. Barn som går i barnehage har også rett på spesialpedagogisk hjelp etter opplæringsloven.

### **9.4.2 Rett til spesialundervisning**

Elever som ikke har, eller som ikke kan få, tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet har rett til spesialundervisning. Det samme gjelder elever i videregående skole. Elevene skal ha tilfredsstillende utbytte av opplæringa og ha opplæringsmål som er realistiske for den enkelte.

Voksne med behov for fornyet grunnskoleopplæring på grunn av skade eller sykdom har rett til spesialopplæring. Det samme gjelder voksne som tidligere har manglet, eller har hatt et mangelfullt grunnskoletilbud. Voksne har også rett til videregående opplæring.

### **9.4.3 Fremmedspråklige**

Det gis tilbud om norsk opplæring for fremmedspråklige både kveldskurs og dagskurs.

### **9.4.4 Lister PPT**

Sirdal kommune er tilknyttet Lister PPT som foretar sakkyndige vurderinger og deltar i tverrfaglig samarbeid.

## **9.5 Fritid /kultur**

### **9.5.1 Lag og foreninger i Sirdal**

I kommunen er det mange ulike lag og foreninger. Disse favner et vidt spekter av aktiviteter, fra de helt yngste til de eldste. Lagene kan hvert år søke om driftstilskudd fra kommunen samt støtte til ulike arrangement og utstyr.

Sirdal har mange gode tilbud når det gjelder fysisk aktivitet for grupper som tradisjonelt ikke er så fysisk aktive.

### **9.5.2 Frivillighetstjeneste**

I Sirdal kommune er det etablert en frivillighetstjeneste. Frivillige kan hjelpe og støtte personer som trenger besøk/noen å prate med, handling, følge til sykehus, tannlege og så videre.

Grappa har hjemmebesøk hos enslige og andre som trenger en person å snakke med.

Tjenesten er frivillig og er i tillegg til andre lovpålagte tjenester som kommunen har ansvar for.

### **9.5.3 Organisasjoner for funksjonshemmede**

Gir medlemmene et fellesskap med likesinnede, service og hjelp til å leve med funksjonshemming, og samtidig være deres talerør utad. Funksjonshemmede i kommunen er tilknyttet ulike organisasjoner sentralt og nyter godt av deres tilbud. Det kan for eksempel være likemannsarbeid som er organisert kontakt mellom to eller flere personer med mest mulig likhet i diagnose, funksjonshemming eller livssituasjon.

### **9.5.4 Ledsagerbevis**

I kommunen finnes en ordning med ledsagerbevis. Det gjelder for personer som har behov for en ledsager for å kunne delta i fritidsaktiviteter. Det søkes om ledsagerbevis på et eget skjema i kommunen. Søknaden behandles i enhet for kultur. Ledsageren vil dermed kunne gå gratis eller får redusert pris.

### **9.5.5 Svømmetilbud**

Svømmebassenget ved Sinnes skole og Tonstadbadet har åpningstider som er tilpasset behovet. Det er vanngymnastikk i regi av kommunefysioterapeut for personer med ulike problematikk. I tillegg er det faste tider for psykisk helse.

## **9.6 NAV Sirdal**

Sirdal kommune har eget NAV kontor. NAV's overordnede mål er å gi mennesker muligheter til arbeid og aktivitet, og samtidig sikre rettigheter til velferdsytelser. Sosialtjenesten i kommunen er organisert i NAV.

Tjenester i forhold til rehabilitering er blant annet tett oppfølging av langtidssykemeldte, yrkesrettet attføring, kvalifiseringsprogrammet, trygdeordninger og introduksjonsprogrammet. I tillegg ytes stønad til livsopphold, gjeldsrådgivning, bostøtte, lån og tilskudd i Husbanken og boliger til vanskeligstilte.

NAV Sirdal har PC til bruk for selvbetjeningsløsninger.

### **9.6.1 Parkeringstillatelser for funksjonshemmede**

Nav Sirdal gir etter søknad parkeringstillatelse for forflytningshemmede som har særlige behov for parkeringslettelse i forbindelse med bosted, arbeid, og/eller annen aktivitet.

### **9.6.2 Transporttjenesten for funksjonshemmede/ TT- kort**

Transporttjenesten for funksjonshemmede i Vest Agder er et tilbud til alle godkjente brukere som ikke er i stand til å benytte buss som transportmiddel. Tilbudet er ikke rettighetsbasert og tilbudets omfang fastsettes i fylkeskommunens årlige budsjett.

## **9.7 TLM**

Plan- og bygningsloven sier bl.a. følgende om tilrettelegging for alle:

Gjennom planlegging og ved særskilte krav til det enkelte byggetiltak skal loven legge til rette for at arealbruk og bosteder blir til størst mulig nytte for den enkelte og samfunnet.

Tilgjengelighet for alle skal tas vare på ved all planlegging.

Brukermedvirkning skal ligge til grunn i hele planprosessen fram til den politiske behandlingen. Det blir spesielt oppfordret til å trekke funksjonshemmede og deres organisasjoner mer aktivt med i planleggingen.

Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven)

## **9.8 Råd og utvalg i Kommunen**

### **9.8.1 Råd for funksjonshemmede**

Rådet skal fungere som pådriver i arbeidet for funksjonshemmede og se til at den enkelte bruker får den nødvendige hjelp og støtte. Rådet arbeider etter prinsippet om funksjonshemmedes fulle deltaking og likestilling i samfunnet. Rådet er et samarbeids og rådgivende organ for kommunen i saker som angår funksjonshemmede. I politisk organisering blir dette ivaretatt med 3 medlemmer, og personlige varamedlemmer, valgt av Oppvekst og levekårsutvalget. Rådet reguleres av Lov om råd for funksjonshemmede.

### **9.8.2 Eldrerådet**

Eldrerådet reguleres av Lov om kommunale og fylkeskommunale eldreråd og skal være et rådgivende organ for kommunen. Eldrerådet skal få til behandling alle saker som omfatter livsforholdene til eldre, men kan også selv ta opp saker som omfatter eldre i kommunen. Kommunen har i ny politisk organisering videreført eldrerådet i nåværende ordning. Rådet består av fem medlemmer med varamedlemmer. To av medlemmene oppnevnes av sektorutvalget og tre av medlemmene oppnevnes av pensjonistene i kommunen.

## **10 Andre samarbeidsarenaer**

### **10.1 ASVO Sirdal**

ASVO er en arbeidsmarkedsbedrift med 10 varig tilrettelagte arbeidsplasser. Dette er et viktig tiltak i forhold til rehabilitering for de som på tross av nedsatt arbeidsevne ønsker å være i et

arbeidsforhold. ASVO benyttes også for kartlegging av egen arbeidsevne, og for avklaring mot ordinært arbeid eller ufør.

## **10.2 Helsenettverk Lister**

Helsenettverk Lister er et interkommunalt samarbeid om helse og velferd. Det består av kommunene Flekkefjord, Lyngdal, Kvinesdal, Farsund, Hægebostad og Sirdal. Det er en satsing på enkelte fyrtårn i tillegg til andre prosjekter.

### **10.2.1 Velferdsteknologi og telemedisin**

Satsingsområdet er et samarbeid om implementering av velferdsteknologi og innovasjon i helse – og omsorgssektoren. Telemedisin er avstandsmedisin. Informasjons - og kommunikasjonsteknologi som benyttes for å yte medisinske tjenester når pasient og helsepersonell ikke er på samme sted til samme tid. Sirdal deltar i fagforum og prosjekter.

- [Fagforum velferdsteknologi og telemedisin](#)
- [Trygghetspakken](#)
- [Lenger i eget liv](#)

### **10.2.2 Psykisk helse og rus**

Helsenettverket ønsker å være med å utvikle best mulig tjenester til personer med psykiske lidelser og rus. Sirdal deltar i fagforum.

- [Fagforum psykisk helse og rus](#)

### **10.2.3 Funksjonshemmede**

- [Fagforum for mennesker med funksjonshemminger](#)

### **10.2.4 Lister pårørende og brukerutvalg**

Helsenettverket fikk midler fra helsedialog og i den forbindelse ble Lister pårørende- og brukerutvalg etablert.

### **10.2.5 Andre prosjekter**

- [Diabetessykepleier i Lister](#)
- [Liste Rehabilitering](#)
- [Telemedisinsk kols – prosjekt i Lister](#)
- [E-Læringskurs i geriatrik rehabilitering:](#)  
Kurset er for helsepersonell som jobber med rehabilitering og geriatri. Kurset kan gjennomføres på nettet eller det kan brukes som en oppslagsbok.
- [Kurstilbud for personer med KOLS og diabetes type 2 kommunalt:](#)  
Det er et samarbeid mellom frisklivssentralene i kommunene, diabetessykepleier og kolssykepleier i Lister for å få bygge kompetanse i den enkelte kommune.



### **10.3 Læringsnettverk**

Sirdal kommune og flere andre kommuner deltar i et nasjonalt nettverk for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp. Læringsnettverket er i regi av kunnskapssenteret (KS). Kommunene har fått tilbud om å delta i nettverk psykisk helse og rus både i forhold til voksne og barn/unge. Foreløpig satses det på følgende nettverk:

- Læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp i kommunene

### **10.4 Lister barnevern**

Sirdal kommune deltar i det interkommunale barnevernssamarbeidet i Lister. Enhet for helse holder lokalt barnevernskontor og enhetsleder helse er kommunens kontaktpunkt overfor Lister barnevern og er med i referansegruppa.

Det er faste samarbeidsmøter med Lister barnevern og aktuelle faggrupper i kommunen 2 – 3 ganger pr. år.

## **11 Organisering av rehabiliteringsarbeidet i kommunen**

Kommunen skal planlegge sin rehabiliteringsvirksomhet. Rehabiliteringstjenesten er en del av kommunens helse- og omsorgs tjenester.

Kommunen skal sørge for at det tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk rehabilitering jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 1 og § 3. Tjenesten gis uavhengig av om søker bor hjemme eller på institusjon.

### **11.1 Koordinerende enhet**

Viser til helse- og omsorgstjenesteloven § 7 – 3 som gir følgende føringer:

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

I tillegg Forskrift for habilitering og rehabilitering, individuellplan, og koordinator (heretter «Forskriften») § 6

Medlemmer i koordinerende enhet i Sirdal kommune:

- Koordinator for rehabilitering
- Kommuneoverlege
- Plan og utviklingsleder
- Enhetsleder helse
- Enhetsleder pleie og omsorg
- Enhetsleder NAV
- Kommunefysioterapeut
- Kommuneergoterapeut
- Andre fagpersoner innkalles ved behov

Enheten bør synliggjøres som et sentralt kontaktpunkt og være en pådriver for samhandling på tvers av fag, nivåer og sektorer. Den må være et fast kontaktpunkt for tverrfaglig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Koordinerende enhet skal også bidra til at de forskjellige tjenesteyterne samarbeider ved planlegging og organisering av rehabiliteringstilbudene, og legge til rette for brukermedvirkning.

*Jf. Veileder til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (Høringsforslag juni 2014)*

Koordinerende enhet har følgende oppgaver:

- Kommunens faste meldepunkt for individuell plan (heretter IP i planen) og koordinator.
- Utarbeide rutiner for mottak av meldinger om behov for sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering og oppfølging.
- Overordnet ansvar for arbeidet med IP og for oppnevning, opplæring og veiledning av individuelle koordinatorene.
- Sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeidet med IP.
- Sørge for at tjenestene sees i sammenheng og sikre et helhetlig tilbud.
- Sørge for at hver enhet i kommunen har tilstrekkelig med fagpersoner som kan være personlig koordinatorene.
- Oversikt over hvem som har koordinatorene, IP og ansvarsgruppe.
- En oppdatert oversikt over kommunens tjenestetilbud innen rehabilitering.
- Fremme plansaker, tekniske og miljømessige endringer og tiltak som kan øke muligheten for deltakelse og tilgjengelighet for alle.
- Være oppdatert på det som skjer innen rehabiliteringsfeltet lokalt, regionalt og nasjonalt.
- Møtehyppighet vil variere ut fra henvendelser og minimum to ganger pr år.

## **11.2 Koordinator for rehabilitering.**

### Koordinators oppgaver

- Være kommunens adresse for individuell plan og koordinator.
- Lede koordinerende enhet.
- Ta imot henvendelser fra eller om personer som har et rehabiliteringsbehov.
- Innkalle til møter ved søknad om IP m.m.
- Sørge for at møtereferat skrives og sendes ut til alle medlemmer.
- Oppfølging av personlige koordinatorene og ansvarsgrupper.
- Være pådriver innen rehabiliteringsfeltet i kommunen og gjøre tilbudet kjent for innbyggerne og øvrige samarbeidspartnere.

## **11.3 Individuell plan**

Viser til helse- og omsorgstjenesteloven § 7 – 1.

*«Kommunen skal utarbeide en individuellplan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. Dersom pasienten eller bruker har behov for tilbud etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres.»*

Planen skal inneholde følgende hovedpunkter jf. «Forskriften § 19»

- En oversikt over brukerens mål, ressurser og behov for tjenester.
- En oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen.
- En angivelse av hvem som er koordinator.
- En oversikt over hva bruker, tjeneste – og bidragsyterne og eventuelt pårørende vil bidra med i planarbeidet.
- En oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle, omfanget av dem og hvem som skal ha ansvaret for disse.
- En beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres.
- En angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen.
- En oversikt over nødvendig og ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner og etater.
- Planen skal styrke samhandling mellom tjenesteyter og bruker eventuelt pårørende og etater innen enheten, eller på tvers av enheter og helseforetak og landsdekkende spesialisthelsetjeneste.
- IP er en overordnet plan. Andre planer må samordnes og tilpasses denne. For eksempel individuell opplæringsplan.
- Retten til tjenester følger av lovverk og ikke av IP.
- Dersom det utarbeides IP for et barn, skal planen omfatte tjenester til hele familien.
- Brukeren samtykker i at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger.
- Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til brukers etniske, kulturelle og språklige forutsetninger.
- Det benyttes samme søknadsskjema for individuell plan som for øvrige tjenester innen enhetene.
- Sirdal kommune har utarbeidet en mal for IP som benyttes, men målet er at denne skal bli nettbasert. Se vedlegg.

## **11.4 Ansvarsgruppe**

- Ansvarsgrupper kan opprettes for brukere med sammensatte behov for tjenester. Hensikten er å sikre tverrfaglig samarbeid.
- Sammensettes av tjenesteytere som har mest kontakt med brukeren. Gruppen skal bestå av så få som mulig, og mindre bidragsytere innkalles ved behov.
- Brukermedvirkning må stå i forhold til personlige og helsemessige ressurser og kan endres over tid. I de tilfellene brukeren ikke kan representere seg selv, kan andre representere brukeren.
- Ansvarsgruppa og personlig koordinator skal utarbeide IP i samarbeid med brukeren, og sørge for at tiltakene blir igangsatt av den enkelte instans til avtalt tid.

## 11.5 Koordinator

Viser til helse- og omsorgstjenesteloven § 7 – 2.

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

- Kommunen har et antall personer som er aktuelle som personlig koordinatore. Disse skal ha oversikt over tilbud, muligheter og kunnskap om planarbeid.
- Hvor personlig koordinator er ansatt vil variere ut fra brukers behov.
- En bestemt tjenesteyter skal være brukerens støtte i hjelpeapparatet bla. følge opp innspill fra bruker og pårørende, spesialisthelsetjenesten. –Et «sømløst» tilbud.
- Kalle inn ansvarsgruppen og evt. andre aktører i overensstemmelse med brukeren.
- Ansvar for å lede ansvarsgruppemøtene i samarbeid med bruker.
- Bruker kan ha koordinator uavhengig av om bruker ønsker IP.

## 12 Antatt behov og utfordringer

Sirdal kommune har i henhold til «Forskrift om habilitering og rehabilitering» krav om å ha en generell oversikt over behovet for rehabilitering.

Anonymiteten og antall innbyggere gjør at planen må vise varsomhet med tallfesting utad i forhold til ulike brukergrupper. Det er benyttet tall fra statistisk sentralbyrå og folkehelseprofilen.

Nasjonale myndigheter peker på følgende hovedutfordringer:

1. At det blir flere yngre brukere med nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsevne.
2. At det blir flere eldre kombinert med en knapphet på tjenesteytere (personale).
3. At det trengs bedre medisinsk tverrfaglig samarbeid for å sikre koordinerte tjenester.
4. At det er behov for å forebygge og begrense mer - og behandle mindre.
5. At det må legges mer vekt på aktivitet i omsorg og på å møte psykososiale behov.

De siste årene har det i kommunen vært en vekst i nye brukergrupper, og en vekst i antall yngre brukere med nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsevne som vil kreve betydelige ressurser. Synet på hvilke behov det offentlige skal i vareta og i hvilket omfang tjenestene skal gis, er i endring. Hovedtendensen er forventninger om mer hjelp til flere på et tidligere tidspunkt enn før. Det kan være i form av forebyggende innsats, tilpasning av bolig og hjelpemidler for å sikre at den enkelte kan bo hjemme så lenge som mulig.

Utfordringsbildet for Sirdal kommune er basert på folkehelseprofilen 2014, den viser bl.a. at noen av våre utfordringer er;

- Andel eldre over 80 år er høyere enn landet for øvrig
- Overvekt ser ut til å være en større utfordring
- Plager og sykdom knyttet til muskel – og skjelett er mer utbredt
- Kreftsykdom

## 12.1 Befolkningsutvikling

Sirdal kommune er en liten kommune i Norsk målestokk, med 1835 innbyggere. (SSB, sept. 2013)

Beregninger viser at antall personer over 67 år, nasjonalt, vil øke fra 614 000 i 2008 til 1,6 millioner i 2060. I dag er det omlag fem yrkesaktive per pensjonist. I 2040 år er dette tallet redusert til om lag 2,5.

Diagram 1: Aldersfordeling i befolkningen i Sirdal kommune.

År		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Geografi	Alder							
Sirdal	<a href="#">alle aldre</a>	1 740	1 737	1 757	1 739	1 790	1 791	1 816
	<a href="#">0-14 år</a>	338	332	341	338	350	353	352
	<a href="#">15-24 år</a>	229	231	233	233	249	244	246
	<a href="#">25-44 år</a>	438	441	447	439	449	451	453
	<a href="#">45-64 år</a>	419	422	437	437	444	443	449
	<a href="#">65-74 år</a>	122	130	122	129	135	138	157
	<a href="#">75-79 år</a>	51	45	53	42	48	53	55
	<a href="#">80 år +</a>	143	136	124	121	115	109	104
	<a href="#">90 år +</a>	23	24	26	25	24	34	32
<a href="#">100 år +</a>	0	0	0	0	1	0	1	

Befolkningsstørrelsen i kommunen har endret seg noe de siste årene. Statistikken viser at det har vært en økning i folketallet fra 2006 – 2012.

I følge Statistisk sentralbyrå vil befolkningsutviklingen i perioden 2013 – 2040 bli som det fremgår av diagram 2.

Det som skiller seg ut i Sirdal er at alderssammensetningen fram mot 2025 vil være noe annerledes enn i 2013. Det vil være en stor økning blant aldersgruppen 65 – 79 år, en mindre økning i aldersgruppen over 80 år. Fram mot 2040 vil det derimot være en økning i de over 80 år.

Diagram 2: Befolkningsframskriving for Sirdal kommune

Årstall		2012	2015	2020	2025	2030	2040
Geografi	Alder						
Sirdal	<a href="#">alle aldre</a>	1 816	1 892	2 012	2 135	2 251	2 444
	<a href="#">0-14 år</a>	352	380	403	442	456	473
	<a href="#">15-24 år</a>	246	234	252	258	283	320
	<a href="#">25-44 år</a>	453	472	490	497	509	524
	<a href="#">45-64 år</a>	449	453	502	546	566	594
	<a href="#">65-74 år</a>	157	201	212	191	211	264
	<a href="#">75-79 år</a>	55	58	63	103	84	102
	<a href="#">80 år +</a>	104	94	90	98	142	167

Som for landet for øvrig vil vi kunne forvente at innbyggerne i Sirdal vil leve lenger enn før, Sirdal kommune har 137 personer over 80 år i 2012. I 2040 forventes dette tallet å ha steget til 167 personer.

Det er flere undersøkelser som viser at flere vil bo hjemme i egen bolig enn det de gjør i dag. Det kan dermed bli slik at kommunen må styrke hjemmetjeneste tilbudet på grunn av at det er

blant den eldre del av befolkningen at det hyppigst oppstår behov for hjemmetjenester og rehabilitering.

For Sirdal kommune gir dette utfordringer i 2030 da antall eldre over 80 år øker fra 71 i 2020 til 125 i 2030. Samtidig vil arbeidsdyktige synke fra dagens, det vil bli en utfordring å ivareta tjenestetilbud til et økt antall hjelpetrequende.

### 12.1.1 Forekomst av kroniske lidelser/ livsstilssykdommer

Når både befolkningstall og antall eldre øker vil det sannsynligvis bli stadig flere som lever med kroniske lidelser og livsstilssykdommer, både somatiske og psykiske.

Livsstilssykdommer kan enkelt defineres som enhver sykdom som har sammenheng med hvordan en person lever. Dette er sykdommer som trenger lang tid for å utvikle seg, og når sykdommen er etablert er det vanskelig å helbrede den. Samtidig er dette sykdommer som vi i høy grad kan forebygge eller forsinke gjennom å endre livsstil.

Noen av de mest utbredte livsstilssykdommene er:

- Hjerte- og karsykdommer (hjerteinfarkt og angina, hjerneslag, høyt blodtrykk)
- Type 2 diabetes
- Stress og stressrelaterte lidelser
- Enkelte lungesykdommer
- Visse typer kreft
- Overvekt
- Benskjørhet

Tabellen nedenfor illustrerer mulige scenarier for utviklingen av disse sykdommene. Frem mot 2030 blir de største utfordringene for kommunene økningen av diabetes, kreft, kols, demens og slag, både når det gjelder kostnader og behov for helsepersonell og rehabiliteringstjenester. Dette er de utfordringene som vil komme uansett og som samhandlingsreformen kan betraktes som et forsøk på å mestre.

	2010			2020			2030		
	Prosent	Vest-Agder Antall	Aust-Agder Antall	Prosent	Vest-Agder Antall	Aust-Agder Antall	Prosent	Vest-Agder Antall	Aust-Agder Antall
<b>Diabetes</b>	6,60 %	11 250	7 150	8,20 %	15 550	9 950	9,90 %	20 050	12 800
<b>Kreft</b>	3,90 %	6 650	4 250	4,80 %	9 100	5 900	5 %	10 150	6 500
<b>Kols</b>	4,10 %	7 000	4 450	5,60 %	10 600	6 750	7 %	14 200	9 050
<b>Demens*</b>	1,40 %	2 450	1 550	1,40 %	2 650	1 700	1,90 %	3 850	2 450
<b>Slag</b>	1,20 %	1 950	1 250	1,60 %	3 050	1 950	2,05 %	4 150	2 650

Kilder: Sosial- og helsedirektoratet, SSB og Helse- og omsorgsdepartementet

## **12.2 Aktuelle utfordringer i forhold til rehabilitering**

### **12.2.1 Fallforbyggendegrupper**

- Det er kostnadsbesparende på sikt og forebygger fall og hoftebrudd.
- Målet er å starte opp fall forebyggende grupper og primært som et tilbud til eldre som opplever redusert helse og funksjonsnivå med påfølgende inaktivitet. Dette medfører risiko for fall.
- I tillegg tilbud om kartlegging av boligen og informasjon om forebyggende tiltak/fallfeller.
- Primært for de som kan ha nytte av dette på Sirdalsheimen, brukere av dagsentrene og etterhvert til hjemmeboende eldre.

### **12.2.2 Hverdagsrehabilitering**

- Dette er et Nasjonalt satsningsområde som foregår i brukerens hjem. Sirdal kommune vil i planperioden vurdere behovet for denne tjenesten.
- Det finnes ulike modeller for dette og det kan søkes prosjektmidler gjennom helsedirektoratet, Kompetanseløftet – Fylkesmannen i Vest – Agder og Sirdal kommune.

### **12.2.3 Fysio – og ergoterapitjenesten**

Ergoterapi og fysioterapitjenesten i Sirdal kommune har mange rehabiliteringsoppgaver. Samhandlingsreformen har stadig større fokus på forebygging, hverdagsrehabilitering i hjemmene, opptrening og universellutforming. Det blir derfor viktig å se på det fremtidige ressursbehovet i forhold til oppgaver som skal løses.

## **12.3 Rullering av handlingsplanen**

Det gjøres en årlig rullering og evaluering av handlingsplanen og planen blir endret dersom utfordringene endres.

## **13 Økonomi**

### **13.1 Oppfølging av handlingsplanen**

Flere av tiltakene i handlingsplanen vil ha økonomiske konsekvenser i forhold til kommunens budsjett og økonomiplan. I enkelte saker kan det bli nødvendig med mer utredning og kostnadsberegninger dersom kommunen satser på nye tiltak.

Viser til handlingsplanen og de økonomiske konsekvenser de ulike tiltak medfører for de prioriterte tiltak som er uthevet i planen.

- **Innkjøp av Web-basert fagsystem for IP**

Kommunen ønsker å starte opp med Sampro som verktøy for nettbaserte planer. Løsningen er kostnadsberegnet etter antall innbyggere i kommunen med en årlig bruksrett for IP på kr. 15000 (eks mva)

I tillegg kommer kostnader i forhold til innføringsprosjekt og nødvendig opplæring både for de som skal administrere løsningen og koordinatører.

- **Faglig oppdatering i henhold til kompetanseplanen**

Sikre nødvendig ressurs til en god grunnbemanning av fagpersoner med rehabiliteringskompetanse i forhold til behov og omfang. Kompetansen bør styrkes på en slik måte at andre tjenester ikke svekkes.

- **Videreutvikle dagens rehabiliteringstilbud tverrfaglig i institusjon og hjem. Økte ressurser**

Frikjøpe ressurser for å koordinere de ulike tverrfaglige rehabiliteringstjenestene og individuelle planer i samsvar med gjeldende lover og forskrifter. I tillegg må ressursene sees i sammenheng med samhandlingsreformen og gjeldende delavtaler.

- **Tilskuddsordninger**

Det er mulighet å søke om prosjektmidler gjennom Helsedirektoratet, Vest - Agder Fylkeskommune, Fylkesmannen i Vest - Agder, og kompetanseløftet.

Aktuelle nettsteder:

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no),

[www.lovdatabank.no](http://www.lovdatabank.no), [www.lister.no](http://www.lister.no)

[www.fylkesmannen.no/va](http://www.fylkesmannen.no/va), [www.sidal.kommune.no](http://www.sidal.kommune.no)

Vedlegg:

Mal Individuell plan

Handlingsplan for perioden 2015 - 2018



## Vedlegg: Handlingsplan for perioden 2015 – 2018

Tiltakene i handlingsplanen er valgt ut fra utfordringer kommunen har i forhold til rehabilitering og for å kunne gi den enkelte bruker en helhetlig tjeneste. Tiltakene er i samsvar med gjeldene lover og forskrifter.

Sak	Tiltak	Ansvar	Opp start	Budsjett - økonomi
Organisering	Koordinerende enhet med koordinator er organisatorisk plassert under rådmannen med egen kontakt tlf. og adresse.	Rådmannen	2015	
Behov for Re-habilitering	Utarbeide en oversikt over antatt behov for rehabilitering i kommunen	Koordinerende enhet/ Rehabiliterings koordinator	Årlig	
Individuell-plan	<b>Innkjøp av Web-basert fagsystem for IP</b>  Opplæring/veiledning av personlige koordinatører	Rådmannen  Koordinerende enhet/rehabiliterings - koordinator	2016  Årlig	<b>Oppstart: kr 55 000</b> <b>Årlig: kr 19 000</b>
Bruker - medvirkning	Samarbeid med kommunale rådsorgan, brukerorganisasjoner og Lister Brukerutvalg Bedre pasient/bruker forløp Sikre at bruker med rett til IP og behov for ansvarsgruppe får tilbud om det	Koordinerende enhet / rehabiliterings koordinator	Videre - føres	
Informasjon	Informasjon om koordinerende enhet og IP på kommunens hjemmeside	Koordinerende enhet	2015	
Kompetanse utvikling	<b>Faglig oppdatering i henhold til kompetanseplanen</b>	Koordinerende enhet	Hele perioden	
Habilitering Re-habilitering	<b>Videreutvikle dagens rehabiliteringstilbud tverrfaglig i institusjon og hjem. Økte ressurser</b> <b>Søke prosjektmidler</b>	Enhetsledere: pleie /omsorg helse Koordinerende enhet m/ koordinator	Hele plan perioden	<b>Kommunale midler Kr. 150 000</b>  <b>Tilskudds midler</b>
Universell Utforming	Rehabiliteringskoordinator deltar i kommunalt plan- og utviklingsarbeid Fokus på nærmiljøanlegg	Rehabiliterings koordinator  Koordinerende enhet/ kultur og TLM	Hele plan perioden	I budsjett

