

27.01.17

## REHABILITERINGSTJENESTEN

Strategi- og handlingsplan 2017-2020.

Rehabiliteringstjenesten er en «ung» tjeneste. I vår kommune kan vi si at 90-tallet var en viktig periode i forhold til å bygge opp tjenesten. Bystyret fattet et «rehabiliterings»-vedtak i 1996, som ga sterke føringer. Rehabiliteringsavdelingen (sengeavdeling) ble opprettet i 1997.

Rehabiliteringssenteret, med Dag- og oppsøkende rehabilitering samt Rehabiliteringsavdelingen, flyttet inn i nybygde Gamle riksvei 18, i 2001. ( I 2015 ble barne- og familieenheten etablert i OK-avdelingen, og da ble ergoterapeutene og fysioterapeutene som arbeider med barn og unge, overført dit).

Et annet dokument som ble viktig for oppbyggingen av rehabiliteringstjenesten i vår kommune, var boka «Det handler om verdighet» (2002), som ble skrevet av personer i det sterke faglige rehabiliteringsmiljøet i Trondheim (Bredland, Linge og Vik). Bokas innhold var «ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid».

På 90-tallet var det sykehus-miljøene som dominerte innenfor rehabiliteringsfeltet. På nasjonale rehabiliteringskonferanser var kommunerepresentantene i klart mindretall; dette er nå snudd på hodet. Og gir en viktig pekepinn om hvem som etter hvert er blitt «navet» i rehabiliteringsarbeidet. At kommunene er blitt den dominerende aktør er uttrykk for en villet nasjonal politikk, men er også faglig forankret.

Rehabiliteringstjenesten i Bodø kommune har alltid vært opptatt av faglig forankring. Og vi har vært opptatt av å følge nasjonale føringer. Et avgjørende dokument i den sammenheng er «Rehabiliterings»-meldingen fra 1998. (St.meld. nr 21 (1998-99): Ansvar og meistring).

Regjeringa skrev i Stortingsmeldingen: «Målet med denne meldinga er å fremme sjølvstende og deltaking, og å medverke til *eit verdig liv og like sjansar* for menneske med funksjonsproblem eller kronisk sjukdom».

Videre:

«Rehabilitering krev samarbeid mellom ulike faggrupper, etatar og forvaltningsnivå. Rehabilitering må ta utgangspunkt i mennesket sin rett til sjølv å bestemme over vitale livsforhold og til å formulere egne mål. Rehabiliteringsverksemda skal motverke sjukdomsfokusering og passive pasientroller, og fremje personleg ansvar og eigenmeistring. Tenestene skal medverke til å få innsikt i egne behov, høve og avgrensingar, og sikre størst mogeleg grad av eigen kontroll over rehabiliteringsprosessen. I tillegg til krav om ein open prosess og god kommunikasjon, føreset eit brukarperspektiv at ein legg til rette for aktiv deltaking og medverknad».

Om brukarmedverking og ansvar skreiv regjeringen: «Brukarmedverknad inneber at den enkelte sjølv har eit *medansvar*. Eit viktig utgangspunkt for rehabilitering er at ein kan oppnå gevinstar når menneske blir oppmoda til å vere aktive og sjølv ta ansvar».

Dette synet deler vi, samtidig som vi slutter oss til følgende:

«Eit brukarperspektiv inneber at hovudvekta må leggjast på lokale og fleksible løysingar nær brukaren sin heim og kvardag. Det er i kommunane ein best kan utvikle tiltak som motverkar passivitet og sosial isolasjon. Eit viktig formål med stortingsmeldinga er å påverke og opp-prioritere den lokale rehabiliteringsverksemda. For å sikre ei god rehabiliteringsverksemd på lokalnivået må det mellom anna etablerast koordineringsfunksjonar og ein instans for tilmelding av rehabiliteringsbehov. Samstundes må innsatsen på meir spesialiserte nivå innrettast slik at dei i stor grad støttar opp under rehabiliteringsprosessane på lokalt nivå».

Stortingsmeldingen inneholdt også en definisjon på rehabilitering. Rehabilitering blir forstått som

***«tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best moglege funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet».***

Stortingsmeldingen sier at målgruppene for rehabilitering i utgangspunktet er *alle* med funksjonsproblem og som har behov for assistanse til å nå eller holde ved like sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle, psykiske og sosiale funksjonsnivå. Vanlige funksjonsproblem som medfører behov for rehabilitering kan f.eks være knyttet til psykiske lidelser, psykisk utviklingshemming, muskel- og skjelettlidelser, sansetap, sykdommer i nervesystemet, kreft, hjerte- og lungelidelser, hodeskader og kognitive funksjonshemminger.

Videre: «Det er problematisk å avgrense målgruppene for rehabilitering på ein presis måte. Medisinske diagnosar gir få haldepunkt. Ein diagnose er berre eit utgangspunkt for ein rehabiliteringsprosess, der fokus vil vere på funksjonsnivå og -potensiale og ikkje på sjukdom og sjukdomsårsak. Variasjonane i funksjonsnivå innanfor ei diagnosegruppe vil vere store. Behova vil også vere situasjonsavhengige. Dei kan bli utløyste av noko som skjer i individet, eller av noko som skjer i omgivnadene rundt den enkelte».

Rehabilitering handlar både om å endre individet sine forutsetningar for å fungere, og å kompensere for funksjonstap ved tilrettelegging og tekniske tiltak. Men det handlar også om endring av omgivelsene, dvs arbeid på systemnivå, universell utforming mv.

Samfunnsplanen for Bodø kommune ble vedtatt av bystyret i 2014 – den har en tidshorisont fram til 2030. Og er en del av kommuneplanen med samme tidsperspektiv.

Overordnet visjon i Samfunnsplanen er: Bodø 2030 – **Attraktiv hovedstad i Nord.**

Samfunnsplanen har tre hovedmål; hovedmål nr 2 er: **Byen det er godt å bo i – mangfold, levekår og livskvalitet**

«Satsingen på forebygging og tidlig innsats skal videreutvikles. Det er et mål å nytte de ressurser, evner og muligheter den enkelte selv har for å mestre hverdagen. Derfor må habilitering og rehabilitering være en naturlig og sentral del av all omsorg og pleie.

Frisklivssentralen og hverdagsrehabilitering er gode eksempler på tiltak som bidrar til økt livskvalitet og bedre funksjonsnivå hos innbyggerne.

Bodø kommune vil bidra til et samfunn som fremmer folkehelse. En bred samfunnsmessig tilnærming innebærer at det tas hensyn til påvirkningsfaktorer i alle samfunnssektorer i tråd med prinsippet «helse

i alt vi gjør», for eksempel både i skole, - barnehage, - bolig-, nærings og vegsektoren. For å få ut effektene av byens mangfold er det nødvendig å legge til rette for at alle – uavhengig av etnisitet, trosretning og funksjonsnivå – opplever byen som sin og får mulighet til å bidra.

Bodø vil ta del i nasjonal frivillighetsstrategi innenfor omsorg som skal utvikles. Det ligger gode muligheter til å engasjere flere i frivillig omsorgsarbeid. For å få dette til må det utvikles en lokal frivillighetspolitikk i omsorgssektoren.

Samfunnsplanen inneholder 6 **satsningsområder**:

## **Frisk befolkning - lenge i jobb**

### **God helse er viktig for de fleste mennesker. Helse sier noe om forutsetningen for deltagelse, både i arbeidsmarkedet og på andre arenaer.**

«Ettersom den yrkesaktive andelen av befolkningen går ned blir det viktig at disse er i jobb lengst mulig.

Vi løser ikke dagens helseutfordringer kun med økt kapasitet og kvalitet i behandlingstilbud. Når ca.70 % av årsakene til for tidlig død skyldes ikke-smittsomme kroniske sykdommer (hjerte/ kar, kreft, diabetes, kroniske luftveissykdommer m.m.) må det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet i Bodø intensiveres».

«Barnehage og skole har ansvar for å fremme en helhetlig læring som omfatter både fysisk, psykisk og sosial helse. Sentrale tema bør være mat, fysisk aktivitet, psykososialt miljø og fysisk miljø. Med Bodøs naturkvaliteter, inkludert STImuli – prosjektet, er det viktig å vektlegge betydningen av disse for fysisk og psykisk helse, trivsel og tilhørighet. Det er også her det legges til rette for sosiale relasjoner, medvirkning, inkludering, likeverd og å bli stolt av egen kommune. Dette krever stimulerings- og motiveringstiltak overfor de gruppene man ønsker å nå».

«I Bodø var det ca.2600 uføre i 2012, av disse 90 personer under 30 år. Samtidig har hvert 9.barn en psykisk diagnose. Barn og unge med særlige behov stiller ekstra store krav til kommunal tilrettelegging, da de ofte har behov for sammensatte og koordinerte tjenester. For brukerne må det kommunale tjenestetilbudet oppleves som helhetlig og hensyn til barn og unges levekår på tvers av avdelinger og alle virksomheter må ivaretas. Den kommunale organisasjonen bør derfor intensivere arbeidet med å tilby helhetlige tjenester».

«Ettersom andelen eldre øker er utviklingen av morgendagens omsorgstjenester viktig. Det å være ressurs i eget liv, å få leve livet i eget hjem på tross av helse – eller funksjonssvikt, er forankret i befolkningen i Bodø gjennom mange år. Hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi er neste skritt i denne strategien – fra hjemmehjelp til hjemmetrener og bruk av digitale hjelpemidler. Utviklingen av morgendagens omsorgstjenester bør gjøres i samarbeid med kompetansemiljøene på UiN».

«Arbeidet for mobilisering av frivillighet ligger foran oss og vil være et viktig utviklingsområde. Frivillighet er på dagsorden både hos nasjonale og lokale aktører. Nasjonal frivillighetsstrategi i omsorgssektoren er i ferd med å bli lansert, og kommunen må ta oppgaven med å bli en del av denne strategien».

**Samfunnsplanen** konkretiserer satsningen bl.a. på følgende måte:

Slik vil vi ha det: **MÅL**

Dette vil vi gjøre: **STRATEGIER**

Bodø har en frisk befolkning som er lenge i jobb

- Prioritere forebyggende og helsefremmende aktivitet
- Fokus på gjennomføring i videregående skole og høy yrkesdeltagelse
- Tidlig innsats som et gjennomgående prinsipp
- Legge til rette for at flest mulig kan gå eller sykle på jobb
- Redusere antall unge uføre gjennom systematisk samarbeid med NAV

Et folkehelsearbeid som inkluderer alle

- Ha et fysisk aktivitetsnivå hos innbyggerne over landsgjennomsnittet
- Analysere og ta hensyn til positive og negative påvirkningsfaktorer i alle samfunnssektorer
- Lavterskeltilbud med nærmiljøanlegg og bydelsparker med fokus på fysisk aktivitet.- Legge til rette for enkel tilgang til naturen og grønne områder for alle ved utvikling av nye og eksisterende boligområder
- Bodø opprettholder sin posisjon som nasjonal foregangskommune for oppvekst for barn og unge

Et bysamfunn der mangfold er en ressurs

- Inkludere tilflyttere og innvandrere slik at de blir aktive samfunnsdeltagere, og kommer raskt i jobb
- Tilpasse kommunale tjenester med tanke på nye befolkningsgrupper

Bodø er et samfunn der den enkelte innbygger kan nytte de ressurser, evner og muligheter han/ hun har for å mestre hverdagen

- Bidra til at innbyggerne kan bo lengst mulig hjemme i eget hjem
- Utvikle hverdagsrehabilitering med tidlig innsats
- Stimulere til engasjement i frivillig sektor. Utvikle en strategi for frivillige omsorgsytere

Helse- og Omsorgsavdelingen – HO - er forpliktet til å følge opp Samfunnsplanens satsningsområder.

Dette er gjort i Økonomiplan 2016 – 2019:

«Det viktigste satsningsområdet for Helse- og omsorgsavdelingen er «Frisk befolkning -lenge i jobb». Alle tjenesteområdene i avdelingen har en aktivitet som understøtter dette. Blant strategiene er forebyggende og helsefremmede aktivitet, med tidlig innsats som et gjennomgående prinsipp. Hverdagsrehabiliteringstankegangen med tidlig innsats skal integreres og gjennomsyre alle tjenestene. Folkehelsearbeidet inkluderer alle, og har et gjennomgripende fokus i tjenesteproduksjonen. NAV Bodø bidrar til å bedre levekårene for vanskeligstilte, og bidrar til sosial og økonomisk trygghet».

Videre:

«Det er et mål at mangfold skal være en ressurs i kommunen. Avdelingens tjenester skal tilpasses til nye befolkningsgrupper. Tjenestene skal bidra til at innbyggerne kan bo lengst mulig hjemme i eget hjem. Det skal stimuleres til engasjement i frivillig sektor, og en egen strategi for frivillige omsorgsytere utarbeides».

«Tjenestene er i hovedsak vedtaksbetinget og tildeles ut fra en individuell vurdering med mål om å nå tidligere funksjon eller så nært ønsket funksjonsnivå som mulig. Innenfor helse- og omsorgssektoren pågår det et paradigmeskift der innsatsen i større grad går fra passiv hjelp og omsorg til en aktiv rehabiliterende innsats i brukerens egen bolig eller nærmiljø. Brukerne skal bli mest mulig selvhjulpne slik at de kan leve selvstendige liv».

#### **«Mål og måleindikatorer**

Gjennom arbeidet med prosjekt «Framtida vårres» utviklet helse- og omsorgsavdelingen en visjon om «*Ny virkelighet – ny velferd*». Visjonen har vært og er styrende for valg av tiltak for å oppnå reduksjon av kostnader, samtidig som kvalitet og omfang av tjenester til den enkelte søkes beholdt i så stor grad som mulig innenfor økonomisk ramme.

Overordnede målsettinger til HO-avdelingen er:

1. Helse- og omsorgsavdelingen skal levere tjenester av god kvalitet innenfor gjeldende lovverk og økonomiske rammebetingelser.
2. Tjenestene har som overordnet mål å forebygge, behandle og legge til rette for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne.
3. Tjenestene skal bidra til økonomisk og sosial trygghet slik at den enkelte får mulighet til å bo selvstendig, og bistå i overgang til arbeid og aktiv deltakelse i samfunnet».

Helse- og omsorgsavdelingen har over tid hatt som strategi å redusere antall virksomheter og skape større driftsenheter. Dette for å skape tverrfaglighet, robuste enheter, fleksibilitet, og samarbeid på tvers av tjenesteområder. Aktivitet/tjenesteproduksjon samles der det er hensiktsmessig for å oppnå stordriftsfordeler innenfor samme tjenesteområde. Trinnene i omsorgstrappen skal tilpasses behov og den økonomiske situasjonen. Prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå (LEON) legges til grunn ved tildeling av tjenester».

#### **«Omsorg 2020**

I møtet med fremtidens omsorgsutfordringer er kommunene oppfordret til å sette fornyelse og forbedring av omsorgssektoren på dagsorden i kommunalt plan- og utviklingsarbeid. Hovedsatsingsområder er løftet frem fra sentralt hold, og avdelingen vil følge opp satsingsområdene i økonomiplanperioden innenfor de rammebetingelser som avdelingen blir gitt. Følgende satsingsområder legges til grunn for videreutvikling av omsorgsfeltet i Bodø kommune:

- Brukermedvirkning: helse- og omsorgstjenester skal utvikles sammen med pasienter, brukere og deres pårørende.

- Kompetanseutvikling; faglig omstilling med endret og høyere kompetanse, nye arbeidsmetoder og nye faglige tilnærminger.
- Infrastruktur; sykehjem og omsorgsboliger utformes ut fra de behov brukere har. Dette krever et mangfold av boformer.
- Hjemmebaserte tjenester; både kvalitets- og ressursmessig ligger det et stort potensial i en enda sterkere utbygging av hjemmetjenestene. Dette kan bidra til målet at tjenestemottakerne kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfull hverdag i fellesskap med andre.
- Innovasjon; ny teknologi og nye faglige metoder skal tas i bruk.
- Frivillighet; samarbeid mellom de frivillige, frivillige organisasjoner og den familiebaserte omsorgen videreutvikles».

### «Velferdsteknologi 2016-2019.

Av IKT handlingsplan for helse- og omsorgssektoren fremgår det en stor satsing på velferdsteknologiske løsninger innenfor pasientbehandling, trygghet, kommunikasjon, mestring og sosialisering. Sammen med allerede påbegynte og meget vellykkede satsninger som elektronisk meldingsutveksling, mobil pleie, elektronisk e-lås og elektroniske pasientrom vil dette gi en langt mer effektiv og optimal leveranse av helse- og omsorgstjenestene. En helhetlig velferdsteknologisk plattform vil også bidra til en langt mer helhetlig oppfølging og dokumentasjon av det enkelte pasientforløp».

### «Frivillighet

Helse- og omsorgsavdelingen har som mål i planperioden at samarbeidet mellom de frivillige, frivillige organisasjoner og den familiebaserte omsorgen skal videreutvikles».

«Hjemmetjenesten: (Rehabiliteringstjenesten er organisert i hjemmetjeneste-nettverket)

For å møte fremtidens utfordringer (flere eldre med hjelpebehov/kognitiv svikt og færre hjelpere) har avdelingens strategi siden 2013 vært å øke tverrfaglig innsats/samarbeid, forebyggende arbeid og brukermedvirkning. Alle tjenestene skal legge til rette for at bruker selv tar ansvar for egen helse gjennom økt egenmestring, bruk av teknologi, nettverksbygging og bruk av frivillige. For brukeren gir dette helsegevinst, bedre hverdag og mindre tjenestebehov. Den langsiktige gevinsten for kommunen med redusert vedtaksvekst vil komme i fremtiden».

Primærhelsemeldingen, St.meld. 26, som ble lagt fram i 2015 inneholder mange vyer om framtidens kommunehelsetjeneste.

Primærhelsemeldingen er en oppfølging av Samhandlingsreformen, som ble iverksatt 01.01.12.

I denne sammenheng drar vi fram 3 hovedelementer: Sitert direkte fra Helse- og Omsorgsdepartementets kortversjon.

## 1.Teamorganisering

«Mange brukere opplever helse- og omsorgstjenestene som dårlig koordinerte og lite tilgjengelige. Det gjelder særlig for personer med store behov. Mange av disse kunne hatt en lettere hverdag og færre sykehusinnleggelses dersom tjenestene var bedre organisert. Helsetjenestene må i større grad utvikles

ut fra pasientens behov og ikke ut fra diagnoser og profesjoner. Meldingen beskriver hvordan det kan legges til rette for bedre koordinerte tjenester hvor helsepersonell arbeider i flerfaglige team».

## **2. Kompetanse**

«De kommunale helse- og omsorgstjenestene står overfor utfordringer med å tiltrekke seg nok personell med riktig kompetanse. Stadig mer komplekse helse- og omsorgstjenester skal ytes i kommunene. Pasienter og brukere har sammensatte behov. Disse må møtes med sammensatt kompetanse. Det er behov for flere med høyere kompetanse og bredere kompetanse».

## **3. Ledelse**

«Tilsyn viser at det flere steder er mangler i ledelsen av helse- og omsorgstjenestene. For at brukerne og pasientene skal få koordinerte helse- og omsorgstjenester av god kvalitet kreves god ledelse. Dagens komplekse helse- og omsorgstjenester stiller høye krav til ledelse. Det gjelder ikke bare i den enkelte deltjeneste, men på øverste nivå i kommunen».

# **Rehabiliteringstjenesten i Bodø kommune.**

Så langt i dette dokumentet har vi sett på det faglige grunnlaget for rehabilitering slik det fremkommer i Rehabiliteringsmeldingen fra 1998. Dette grunnlaget står støtt også i dag.

Vi har også sett på Samfunnsplanen som setter klare føringer, og som viderefører mye av den tenkning som ligger i Stortingsmeldingen om rehabilitering; med vekt på mestring, selvstendighet og deltakelse.

Vi har videre sett at Helse- og Omsorgsavdelingen gjennom Økonomiplanen setter fokus på tidlig intervensjon, tverrfaglighet og hverdagsmestring.

Og endelig ser vi at nasjonale myndigheter via Primærhelsemeldingen blinker ut hovedutfordringer som ligger på kompetanse, teamorganisering og ledelse.

Det går derfor en linje fra bystyrets vedtak om rehabilitering i 1996 og Rehabiliteringsmeldingen fra 1998 – og opp til vår tid i 2016.

I Rehabiliteringstjenesten i vår kommune skal medarbeiderne vite at de står solid plantet i denne virkeligheten og at de alle bidrar til å oppfylle de visjoner, mål og strategier som er omtalt. I vår kommune har tjenesten vektlagt både det humanistiske og det økonomiske

moment. Våre tjenester er et gode for den enkelte; at individet gis mulighet for å komme tilbake etter skade, sykdom eller ulykke. Enten ved å øke sin funksjon eller ved kompensierende tiltak. Samtidig bidrar vi til samfunnsgevinster ved det forebyggende arbeidet. Vi reduserer behovet for hjemmetjenester. Vi reduserer presset på sykehjemsplassene.

Vi slutter oss til ideene bak empowerment. Dette handler om myndiggjøring av funksjonshemmede, og om å gi styringen til brukerne.

Vi slutter oss til prinsippet om universell utforming som vil øke tilgjengeligheten i samfunnet, og dermed mulighet for deltakelse.

## **Rehabiliteringstjenestens verdigrunnlag**

Bodø kommunes overordna verdigrunnlag KOR – kvalitet, omsorg og respekt – danner grunnlaget for Rehabiliteringstjenestens verdier.

Vårt utgangspunkt er et helhetlig menneskesyn preget av respekt for brukerne som samarbeidspartnere.

Et overordna mål er å bidra til at brukerne opprettholder verdighet og egenansvar.

Brukerne av tilbudet i Rehabiliteringstjenesten er individer med forskjellig utgangspunkt.

Utfordringene er ulike og krever derfor individuell tilnærming.

Vi vil møte mennesker der de er, og vårt motto er: **«Hva er viktig for deg?»**

Eller som Søren Kirkegaard sier det: ***”Finne han der hvor han er, og begynne der.”***

Brukermedvirkning er en viktig del av Rehabiliteringstjenestens arbeidsform, og det tverrfaglige samarbeidet står sentralt. Vi er opptatt av likeverdighet blant de ansatte, og er bevisst på hverandres ulike fag- og ansvarsområder. Vi ønsker å ta i bruk alle de ulike fagperspektivene for å sikre best mulig kvalitet på tjenestene.



## **Rehabiliteringstjenestens etiske grunnlov!**

1. Jeg tar utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte.
2. Jeg utforsker den enkeltes ressurser og muligheter.
3. Jeg omtaler brukere, pårørende og medarbeidere på en respektfull måte.
4. Jeg vet at støtte og motivasjon er viktig i rehabiliteringsarbeidet.
5. Jeg gjør mitt beste.
6. Jeg gir konstruktiv tilbakemelding i stedet for å kritisere.
7. Jeg lytter.
8. Jeg er trygg nok til å spørre hvis noe er uklart.
9. Jeg er engasjert, og søker kunnskap og samarbeid for å bidra til god kvalitet på tjenesten.

**Slik skaper jeg arbeidsglede og bidrar til gode rehabiliteringsprosesser!**

## **Handlingsplan 2017 – 2020 – Rehabiliteringstjenesten.**

**Våre** visjoner vil være en **konkretisering** av de visjoner og strategier som ligger i Samfunnsplanen.

1. Bruk av kunnskapsbaserte metoder. Bruke verktøy for å se om tjenesten har effekt. Kartleggingsverktøy: bevisstgjøring av førstegangssamtalen.
2. Alle ansatte vil få et kurs i MI – motiverende intervju. Enkelte vil få mer opplæring; fordypningskurs.
3. Mer omfattende samhandling mellom Rehabiliteringstjenesten og den ordinære Hjemmetjenesten, samt Miljøtjenesten og Oppfølgingstjenesten rus og psykisk helse.
4. Ta i bruk ny tiltaksplan i Gericia.
5. Delta aktivt i arbeidet med å forbedre de helhetlige pasientforløpene.
6. Økt fokus på samhandling med avtalefysioterapeutene.
7. Migrasjonshelse. Bygge opp kompetanse og samarbeidsrelasjoner. Spisskompetanse hos enkelte medarbeidere (etablere et team?).
8. Fortløpende vurdering av kapasitet i de enkelte deltjenester. Ventelister. Fokus på metoder/flyt ang. selektering og slusing av brukere – hva er riktig nivå? Videreutvikle

dagens rutiner samt inkludere Seniorhelse, Frisklivssentralen og Hukommelsesteamet.  
Fortsette utviklingen av gruppetilbud.

9. Vurdere igangsetting av Innsatsteam ved å innhente erfaringer fra andre kommuner.
10. Utvikle syn/hørselsområdet (kompetanse/muligheter ift teknologi/samarbeid).
11. Arbeidsrettet rehabilitering. I samarbeid med NAV.
12. Prosjekt «Aktivitetsvenn demente» - frivillighetsprosjekt. Frisklivssentralen.
13. Prosjekt «Treningskompis» - alternativ til støttekontakt. Frisklivssentralen.
14. Prosjekt «Friskliv Ung» - kraftig utvidelse. Frisklivssentralen er nå sammen med samarbeidspartnere i barnefysio- og ergo og Helsesøstertjenesten.
15. Integrert arbeidsmodell i Hverdagsrehabilitering. Utvikle nye rutiner for samhandling mellom Hjemmetjenesten og Hverdagsrehabilitering.
16. Vår plass i «Velferdsteknologi-prosjektet». Vi deltar i arbeidsgruppe HO/IKT. Hjelpemiddelteamets rolle i innføring av velferdsteknologi
17. Etablering av Vågønes Helsepark. Deltakelse i planarbeid.
18. Flere fagpersoner får være koordinatører i individuelle rehabiliteringsprosesser.
19. Gode rapporteringssystem.
20. Vi bruker kapasitet når vi blir invitert til å delta i planarbeid.
21. Ny hjemmeside for Rehabiliteringstjenesten. Ny logo for Rehabiliteringstjenesten.
22. Utvikle Hukommelsesteamet. Rutiner for henvisning, utredning og oppfølging.
23. Fokus på sikkerhet i hjemmet – eget prosjekt?
24. Prosjekt fagdag for hjemmetjenesten, i ernæring hos hjemmeboende, i regi av Frisklivssentralen – behov for klinisk ernæringsfysiolog vurderes. Tilbudet utvides til Miljøtjenesten og Institusjon.
25. Økt samarbeid med frivillige for å etablere møteplass for bl.a. afatikere og andre målgrupper.
26. Vurdere andre yrkesgrupper inn i Rehabiliteringstjenesten: Sosionom, synspedagog, audiopedagog, aktivtør, klinisk ernæringsfysiolog og psykolog.
27. Vi prioriterer å bidra til forskning.
28. Drive nettverk for ergonomiombudene i hjemmetjenesten og i institusjon.
29. Fokus på samarbeidsrelasjoner mellom sykehuset og Rehabiliteringstjenesten. Årlig felles fagdag mellom sykehuset og oss?
30. Utvikle brukermedvirkning på systemnivå.
31. Drive nettverk for treningsombud på dagsentrene/dagplass.
32. Fokus på pårørende / barn som pårørende. Barneansvarlig?

