



**Visjon:**

*Kommunens befolkning skal  
være i stand til å mestre egne  
liv.*

*I kommunen skal alle som har  
behov for habilitering og  
rehabilitering bli gitt et  
tverrfaglig tilbud.*

*Kvalitativ god oppfølging skal  
sikre at målene oppnås.*

# RE-/ HABILITERINGSPLAN

2018-2022

## Innhold

1. Formål.....	3
2. Innledning.....	3
3. Nasjonal og kommunal ambisjon .....	4
4. Hva er rehabilitering? .....	4
4.1 Ny definisjon fra 2018 .....	4
4.2 Rehabilitering .....	5
4.3 Habilitering .....	5
4.4 Fagressurser i kommunen .....	5
4.5 Fagressurser utenfor kommunen .....	5
4.6 Målsetting.....	6
4.7 Målgruppe .....	6
5. Begreper innenfor rehabilitering.....	7
5.1 Brukermedvirkning:.....	7
5.1.1 Ivaretagelsen av brukermedvirkning .....	7
5.2 Tverrfaglig arbeid: .....	7
5.3 Helhetlig samarbeid: .....	7
5.4 Ansvarsgruppe.....	7
5.5 Koordinerende enhet: .....	8
5.5.1 Koordinerende enhets oppgaver og organisering i Drangedal: .....	8
5.6 Individuell Plan .....	9
5.6.1 Individuell plan i Drangedal.....	9
5.7 Personlig koordinator.....	9
5.7.1 Eksempler på koordinators oppgaver i kommunen: .....	10
6 REHABILITERING – Etablerte tilbud i Drangedal.....	11
6.1 Bakgrunn: .....	11
6.2 Tilbudene til voksne: .....	11
6.3 Lavterskeltilbud .....	11
6.3.1 Utfordringer- lavterskeltilbud voksne .....	12
6.4 Arbeidsrettet rehabilitering.....	13
6.4.1 Utfordringer– arbeidsrettet rehabilitering.....	13
6.5 Dagsentertilbud for eldre og demente.....	14
6.6 Støttekontakt, avlastning, BPA:.....	14
6.3.1 Utfordringer.....	14

6.7	Hverdagsrehabilitering og rehabilitering i hjemmet:.....	15
6.8	Voksenopplæring.....	15
6.9	Hjelpemidler/velferdsteknologi .....	16
6.10	Ambulant boligteam.....	16
6.11	Korttidsopphold på sykehjemmet.....	17
6.12	Rehabiliteringsopphold på sykehjemmet.....	17
6.12.1	Utfordringer - ulike opphold på sykehjemmet.....	17
7	HABILITERING – Etablerte tilbud i Drangedal? .....	18
7.1	Lavterskeltilbud .....	18
7.2.1	Utfordringer.....	18
7.3	Støttekontakt, avlastning, BPA.....	19
7.3.1	Utfordringer.....	19
7.4	Habilitering i barnehage og skole.....	19
7.4.1	Utfordringer habilitering i barnehage og skole.....	20
7.4.2	Utfordringen med “drop-outs” i skolesystemet og unge uføre .....	20
7.5	Voksenhabilitering.....	21
7.5.1	Utfordringer voksenhabilitering.....	21
7.6	Hjelpemidler/velferdsteknologi .....	21
8	OPPSUMMERING.....	21
8.1	Rehabilitering .....	21
8.2	Habilitering .....	22
8.3	Hva må jobbes med videre? .....	22
9	Tiltak.....	23
9.1	Styrking av koordinerende enhet i arbeidet med Individuell Plan.....	23
9.2	Økt fokus på arbeidet med IP og koordinator i hele kommunen.....	23
9.3	Rekruttering av kompetanse .....	24
9.4	Kartlegge ressursbruk i sykehjemmet.....	24
9.5	Bedre bruken av kompetanse på tvers av sektorer og avdelinger.....	24
9.6	Ta i bruk Frivilligsentralen .....	24
9.7	Ta i bruk funn/tiltak fra “Talenter for Framtida” .....	24
9.8	Utrede samarbeidsmuligheter for å bedre LMS-tilbudene .....	24
VEDLEGG: .....		25
Plandokumentet har tatt utgangspunkt i følgende lover, forskrifter og veiledere, bl.a.:.....		25

## 1. Formål

Formålet med planen er å ivareta kommunens lovpålagte plikt rundt rehabilitering, og å legge føringer for arbeidet videre. Kommunen ønsker å sikre at brukere med sammensatte behov får tjenester som er forsvarlig både når det gjelder den enkelte tjeneste og ved koordinering av et sammensatt tjenestetilbud. Det endelige målet er at brukere med sammensatte behov skal kunne mestre og delta likeverdige i samfunnet ut fra de forutsetninger den enkelte har.

## 2. Innledning

Det er i kommunene mennesker bor og lever sine liv. Derfor har kommunene fått hovedansvaret for koordinering av rehabiliteringstjenester.

Denne planen tar utgangspunkt i dagens tilbud, og ser hva kommunen vil trenge videre for å oppfylle både kravene i lovverket og dekke behovene som finnes i befolkningen.

Kommunen har nedsatt en planansvarlig, og noen faste deltakere i en arbeidsgruppe. Basert på hvilke temaer som har vært diskutert, har vi invitert aktuelle deltakere inn i møtene:

Den faste arbeidsgruppa har bestått av:

Marie Grova Olsen- brukerrepresentant fra Eldrerådet

Ole Johnny Kjørholt – brukerrepresentant FFO (Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon)

Aud Elin Øygarden – leder Tjenestekontoret

Elin Reiersdal – fysioterapeut/fagleder Rehabiliteringsteamet

Eldbjørg Lia Ettestad – leder Fysioterapi, Friskliv, Rehabiliteringsteam

I oppstarten av planarbeidet var det viktig å få kartlagt alle fagområder innenfor rehabiliteringsområdet. For å få hele kommunen på banen og å involvere alle i planprosessen kalte vi inn til et møte i begynnelsen av arbeidet med den nye rehabiliteringsplanen. Innkallingen gikk bredt ut til alle som er involverte i rehabilitering på en eller annen måte.

I tillegg til å ha fokus på lovfestede krav ble det kartlagt ulike områder som skulle ha fokus under planarbeidet. Dette var områder hvor kommunens ansatte eller andre aktører opplever at det ikke fungerer optimalt. Under oppstartsmøtet kom det opp flere punkter og disse ble jobbet med videre i egne arbeidsmøter. I hvert møte ble aktuelle aktører kalt inn for å diskutere gjennom temaene.

### 3. Nasjonal og kommunal ambisjon

Nasjonal opptrappingsplan, reformer, meldinger og veiledere gir føringer for økt ansvar for rehabilitering i kommunen. En slik oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene krever økt kompetanse og endret kompetansesammensetning for håndtering av pasientgruppen. Kommunene skal ta et større ansvar for rehabilitering og sikre samsvar mellom behov og tilbud. Regjeringen la i 2016 fram en opptrappingsplan for rehabilitering.

Målet med opptrappingsplanen er:

- Ruste kommunene til å ta et større ansvar for rehabilitering ved:
  - Å legge inn krav om ulik kompetanse i kommunen
  - Økonomisk styrking og øremerkede midler til rehabilitering
- Å styrke brukerperspektivet
- Å bedre kvalitet, samhandling og koordinering mellom tjenestenivåene og innenfor disse

### 4. Hva er rehabilitering?

#### 4.1 Ny definisjon fra 2018

Gir en bredere forståelse av habilitering og rehabilitering enn tidligere:

*"Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i brukerens livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser mellom bruker, pårørende, tjenesteytere og på relevante arenaer. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak fra aktørene. Formålet er at brukeren, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet."*

Tradisjonelt har rehabilitering hatt fokus på helsetjenester og det å bli «frisk igjen». Det har vært mindre fokus på at målet med rehabilitering skal være økte muligheter for deltagelse og mestring og at dette omfatter deltagelse på arenaer som skole, arbeid, kultur og nærmiljø.

Denne definisjonen har luket vekk tidsavgrensningen i den forrige, i tillegg legger den vekt på at tiltak skal være relatert til brukerens hele livssituasjon, og inkludere både den fysiske, psykiske og sosiale funksjonsevnen.

Vektlegging av at tiltakene både skal bidra til å løfte funksjonsnivået og samtidig øve opp evnen til mestring er også et stort fokus. Som tidligere er fokuset på mestring innenfor alle arenaer i livet.

## 4.2 Rehabilitering

Rehabilitering har til formål å gjenvinne fysisk, mental eller sosial funksjonsevne som er tapt på grunn av sykdom eller skade. Målet er å gjøre den enkelte bruker i stand til å fungere så godt som mulig i dagliglivet ut fra sine forutsetninger og ønsker. Rehabiliteringsvirksomheten tar i hovedsak utgangspunkt i individuelle mål og behov, og ikke i sykdomsgrupper.

Rehabilitering har selvstendighet og deltagelse som formål og det gjør at andre sektorer enn helsetjenestene må komme på banen i forhold til den enkelte bruker. Dessuten trenger en samfunnsmessige tiltak slik at det tilrettelegges for alle. Det er dette tverretatlige aspektet som ligger til grunn for den nye rehabiliteringspolitikken.

## 4.3 Habilitering

Planmessig arbeid for at den som er funksjonshemmet pga. sykdom, skade eller lyte, skal utvikle funksjonsevnen og/eller mestringsevnen med sikte på størst mulig selvstendighet og livskvalitet på egne premisser. Brukes ofte om prosessene rundt barn, ungdommer og unge voksne. Naturlige arenaer for habilitering i tillegg til hjemmet er blant annet barnehage og skole

## 4.4 Fagressurser i kommunen

I prinsippet er alle tilsatte i Drangedal kommune å regne som ressurspersoner. Noen yrkesgrupper er som oftest sentrale i rehabiliteringstiltakene, som sykepleiere, hjelpepleiere, vernepleiere, omsorgsarbeidere, hjemmehjelper, assistenter i pleie, fysioterapeuter, ergoterapeuter, leger, logopedier, spesialpedagoger, lærere, barnehagelærere og assistenter. I noen tilfeller er det nødvendig at også andre yrkesgrupper deltar.

Alle profesjoner og institusjoner kan fange opp rehabiliteringsbehov. Alle kommunens ansatte har plikt til å videreformidle behov slik at kommunen kan sette i gang med rehabiliteringstiltak.

## 4.5 Fagressurser utenfor kommunen

I tillegg til kommunens ansatte har en eksterne ressurser som 2.-3. linjetjenester, ambulante team, rehabiliteringsinstitusjoner og frivillige instanser/ nettverk.

Det finnes mange eksterne tilbud og samarbeidsforum som er etablert mellom kommunen og andre aktører innenfor rehabilitering. Kommunen har mange forpliktende samarbeidsavtaler med Sykehuset Telemark HF. Oppdatert oversikt er tilgjengelig på sykehusets hjemmesider. Oversikten viser noen sentrale samarbeidspartnere og – forum i vårt nærområde:

- Samarbeid mellom Drangedal kommune og Distriktpsikiatrisk senter (DPS)
- Ambulante team (følger opp pasienter utskrevet fra STHF)
- Habiliteringsenheten for barn og unge (HABU)- utredninger og veiledning til kommunen
- Habiliteringsenheten for voksne (HAVO)- utredninger og veiledning til kommunen
- NAV Hjelpemiddelsentral. Det finnes en gjensidig forpliktende avtale mellom Drangedal kommune og NAV Hjelpemiddelsentral i Telemark om formidling av hjelpemidler.

#### 4.6 Målsetting

Habilitering- og Rehabiliteringsarbeidet skal bidra til å bevare eller bedre menneskers mulighet for deltagelse i eget liv. Fokus skal endres til å forebygge. Rehabilitering skal settes inn tidlig og etter mindre funksjonsfall, og på den måten gjøre mennesker i stand til igjen å ta ansvar for sitt eget liv.

#### 4.7 Målgruppe

Målgruppene for rehabilitering er i utgangspunktet alle med fall i funksjon og som har behov for sammensatte, planlagte og koordinerte tiltak for og nå eller å vedlikeholde sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle, psykiske og sosiale funksjonsnivå, uavhengig av diagnose og alder. Påførende vil i mange tilfeller også være med i målgruppen, særlig der det dreier seg om barn.

St. Meld. 26 (2014-2015) Fremtiden primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Primærhelsemeldingen) antyder behov for kommunal rehabilitering for disse gruppene:

- Personer som har gjennomgått hjerneslag
- Personer med nevrologiske lidelser eller hjerneskader
- Personer med syn- og/eller hørselstap
- Personer med brudd og andre skader
- Personer med langvarige eller kroniske sykdommer, f.eks. kols, diabetes, hjertekar-sykdom, kreft og reumatiske lidelser
- Personer med sosiale problemer, atferdsproblemer, psykiske lidelser og rusproblemer
- Eldre med sammensatt sykdomsbilde og funksjonstap
- Personer med muskel-skjelettplager som står i fare for å falle ut av arbeidslivet
- Barn med medfødte eller ervervede funksjonstap

## 5. Begreper innenfor rehabilitering

### 5.1 Brukermedvirkning:

*”Med brukermedvirkning i medisinsk rehabilitering forstås en organisert samarbeidsprosess mellom bruker og tjenesteyter der brukeren har innflytelse på planleggingen og den faktiske utformingen av rehabiliteringstilbudet”*

(Helsedir. Veil. Serie 3-91)

Brukeren er selvskreven deltager i arbeidet med egen rehabiliteringsplan. Både under formuleringen av selve planen og i ansvarsgruppemøter. Brukeren skal også gis mulighet til å ha med seg personer han ønsker skal være med. For å lykkes med rehabilitering må brukeren være motivert. Det er viktig at nettverket er støttende. Det er brukerens mål som skal være styrende for prosessen, fagfolk skal hjelpe brukeren med å fastsette mål og nå, eller justere, målene underveis i prosessen. Brukermedvirkning har alltid to formål. Det ene er å kvalitetssikre det endelige resultatet. Det andre er å sikre deltagelse i egen prosess

#### 5.1.1 Ivaretagelsen av brukermedvirkning i Drangedal

I arbeidet med planen har vi ivaretatt brukermedvirkningen ved å ha med brukerrepresentanter fra Eldrerådet og FFO.

Generelt har vi hatt fokus på viktigheten av å ivareta brukermedvirkning.

Spørsmålet *”Hva er viktig for deg?”* er viktig å stille. Dette er likevel et område vi kan bli enda bedre på, og bevisstheten om at bruker/pårørende skal høres, er viktig å ta med seg inn i alle rehabiliterings-/habiliteringsprosesser.

### 5.2 Tverrfaglig arbeid:

Samarbeid der ulike yrkesgrupper arbeider sammen mot et felles mål. Hensikten er at tjenesteytere med ulik kompetanse skal utfylle hverandre for å dekke brukerens behov.

### 5.3 Helhetlig samarbeid:

Når de ulike yrkesgruppene som deltar i tverrfaglig samarbeid, ikke bare tenker på sine spesielle oppgaver, men arbeider med tanke på brukerens helhetlige livssituasjon og ulike behov.

### 5.4 Ansvarsgruppe

Brukere med behov for tverrfaglige tiltak bør ha en egen ansvarsgruppe. Ansvarsgruppa skal være pådriver og i forkant av problemstillinger som kan oppstå i f.eks. overganger mellom livsfaser. Den skal bestå av de fagpersoner som har mest kontakt med brukeren, brukeren



selv, pårørende eller andre brukeren ønsker å ha med. Alle deltar på lik linje i en ansvarsgruppe. Ansvarsgruppas oppgaver er:

- Samordning av tjenester
- Sette mål, lage tiltak og evaluere prosessen
- Sørge for at mål og tiltak blir fulgt av alle som er involvert
- Peke ut ansvarlige for gjennomføring av de enkelte tiltakene

## 5.5 Koordinerende enhet:

Kommunen er pålagt å ha en koordinerende enhet. (Forskrift om habilitering, rehabilitering, koordinerende enhet og individuell plan, Kap.3 § 6) Oppgavene til denne instansen er å ta imot søknad om Individuell Plan. De fatter vedtak og oppnevner koordinator og legger til rette for etableringen av individuell plan. Koordinerende enhet skal også systematisere samarbeidet mellom forvaltningsnivåene og samordne arbeidet internt i kommunen. Ut over dette må en se til at oppgaver som utvikling av tjenesten, kompetanseutvikling samt utvikling og oppfølging av samarbeidsavtaler om rehabilitering blir ivaretatt. I Drangedal er koordinerende enhet en integrert del av Tjenestekontoret.

### 5.5.1 Koordinerende enhets oppgaver og organisering i Drangedal:

Koordinerende enhet benevnes videre som TK (Tjenestekontoret). TK skal være kontaktinstans og motta forespørsler om rehabilitering og habilitering. TK skal ta imot henvendelser fra alle og sikre at det blir fulgt opp. Det skal også være mottakssted for alle søknader om omsorgstjenester. Registrere re-/habiliteringsbehov og se potensiale for rehabilitering i søknadene. Søknadene vurderes i samarbeid med utøvende tjenesteytere. Ut fra funn fra kartlegginger fattes det vedtak og eventuelle tiltak iverksettes fra de aktuelle avdelinger/fagpersoner. TK skal ha system for å sikre at søknadene blir behandlet og at det blir organisert tilbud til den enkelte i tråd med gjeldende lovverk.

I sammensatte saker skal TK sørge for at koordinator blir oppnevnt hvis dette er ønsket fra pasient/foresatte. TK har også ansvar for å gi nødvendig veiledning og opplæring til koordinatorene. TK skal lage vedtak og ha oversikt over hvem som har individuell plan. Skal også kunne være knutepunkt for samarbeid internt og eksternt, rundt den enkelte bruker og på systemnivå.

TK bør ha oversikt over det som foregår i helse- og omsorg. Det skal initiere og følge opp lokale tiltak ut fra behov. De mest akutte henvendelsene kommer som e-meldinger og blir tatt hånd om fortløpende. Det blir som før satt i verk tiltak som er nødvendige og akutte.

## 5.6 Individuell Plan

Individuell plan kan beskrives både som et verktøy, i form av et planleggingsdokument, og en strukturert samarbeidsprosess. Planen skal oppdateres kontinuerlig og være et dynamisk verktøy i koordinering og målretting av tjenestetilbudet.

Pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Vedkommende har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette.

Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning pasienten og brukeren og pårørende ønsker det. Dersom en pasient ikke har samtykkekompetanse, har nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten eller brukeren.

Den individuelle planen gir ikke pasienten og brukeren større rett til helse- og omsorgstjenester enn det som følger av det øvrige regelverket.

Retten til individuell plan er uavhengig av alder, diagnose og funksjon. Langvarig betyr at behovet antas å strekke seg over en viss tid, men uten at det behøver å være varig.

### 5.6.1 Individuell plan i Drangedal

I Drangedal kommune er det bestemt at alle individuelle planer skal følge samme mal (se vedlegg). Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har krav på individuell plan, og skal selv medvirke i arbeidet.

Den del av tjenesteapparatet som først kommer i kontakt med en bruker som kan ha nytte av og ønsker individuell plan, har et ansvar for å melde behovet til Tjenestekontoret som er koordinerende enhet. TK har ansvar for at vedtak blir fattet og koordinator oppnevnt.

Intensjonen er at planen skal omfatte alle tjenester den enkelte har behov for, og vil derfor også ha betydning for andre sektorer og fagområder som NAV og Skoler/Barnehager.

Individuell plan skal bidra til å gi den enkelte større trygghet og forutsigbarhet, avklare ansvarsforhold og sikre samordning. På den måten skal tjenestene som mottas fremstå systematiske, helhetlige og i tråd med brukers egne målsettinger.

Individuell plan er overordnet pleieplan, habiliteringsplan, opplæringsplan, rehabiliteringsplan m.m. Disse planene inngår som tiltaksplaner eller delplaner til den individuelle planen.

## 5.7 Personlig koordinator

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator. Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan.

Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Koordinator i forbindelse med individuell plan vil som hovedregel oppnevnes i kommunen. Det følger av kommunens ansvar for individuell plan ved behov for tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Plikten til å tilby koordinator gjelder der vedkommende mottar eller skal motta tjenester etter helse og omsorgstjenesteloven. Dette gjelder både tjenester utført av kommunens ansatte og tjenester utført av private etter avtale med kommunene.

Det er kommunens koordinerende enhet som har det overordnede ansvaret for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

Det er viktig at koordinator samarbeider godt med fastlegen som har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for pasientene på sin liste.

#### 5.7.1 Eksempler på koordinators oppgaver i kommunen:

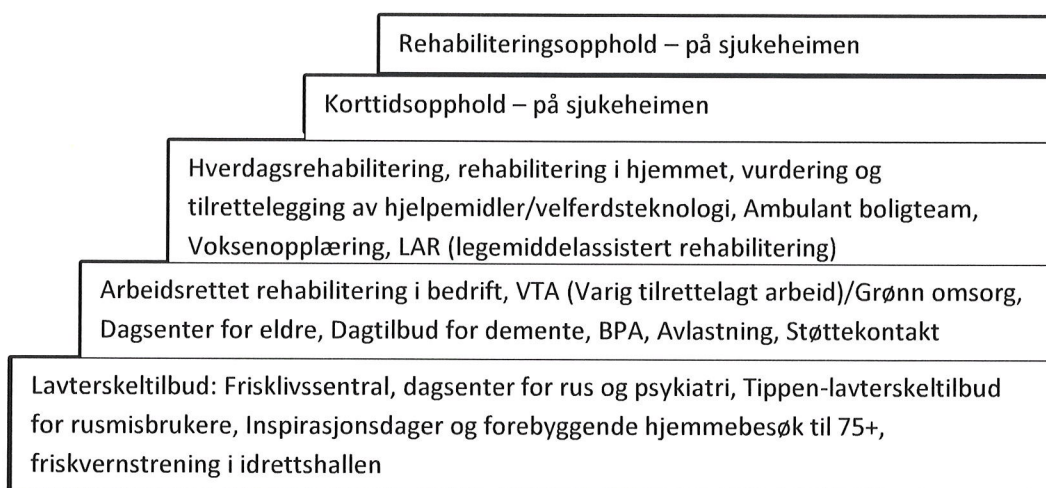
- sikre informert samtykke fra pasient og bruker til oppstart av planprosess og informasjonsutveksling
- legge til rette for at pasient, bruker og eventuelt pårørende deltar i arbeidet
- avklare ansvar og forventninger
- sikre god informasjon og dialog med pasient og bruker, og eventuelt pårørende, gjennom hele prosessen.
- sikre helhetlig kartlegging med utgangspunkt i pasient og brukers mål, ressurser og behov
- sikre god samhandling mellom aktørene i helsetjenesten, herunder med fastlegen som har det medisinskfaglige koordineringsansvaret, samt med relevante tjenesteytere i andre sektorer.
- sikre samordning av tjenestetilbudet og god fremdrift i arbeidet med individuell plan
- sikre felles forståelse av målene i planprosessen
- initiere, innkalle og eventuelt lede møter knyttet til individuell plan og koordinering (ansvarsgruppe).
- følge opp, evaluere og oppdatere plandokumentet
- følge opp og evaluere arbeidsprosessen

## 6 REHABILITERING – Etablerte tilbud i Drangedal

### 6.1 Bakgrunn:

Kommunen har lovkrav som gir den ansvar for rehabilitering. Dette medfører at den skal prioritere ressurser, plassere ansvar og tilrettelegge for tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. I arbeidet med planen har det kommet opp flere områder hvor vi kan bli bedre. Vi har kartlagt hva vi har og hvor det er forbedringspotensial.

### 6.2 Tilbudene til voksne:



Det er ingen systematikk i hvordan den enkelte bruker beveger seg i ”trappen”.

Det vil være avhengig av behovet som oppstår. Enkelte kan gå fra å være helt frisk til å bli akutt syk, både ved ulykker og sykdom. Noen vil kunne etter god rehabilitering bli skrevet helt ut fra ”trappen” og ikke ha ytterligere behov, mens for noen vil det oppstå et behov på et annet trinn i trappen. Man kan bevege seg både oppover og nedover i trappen avhengig av funksjonsnivå.

### 6.3 Lavterskeltilbud

Det finnes flere lavterskeltilbud i kommunen. Disse er ikke vedtaksstyrt, og det er innbyggerne selv som velger om de vil benytte seg av tilbudet eller ikke.

**Frisklivsentralen** har et bredt tilbud av ulike grupper. For tiden har de følgende grupper: Ordinær frisklivstrening utholdenhet/styrke (2 dager ukentlig), Friskliv+ (gruppetrening i sittende med fokus på styrking/vedlikehold av funksjon), Balansegruppe, Hofte- og knegruppe, Rygg og nakke- trening, Lungegruppe. De har individuell oppfølging både i f.t.

trening og kosthold og røyke/snusslutt.

Frisklivssentralen tilbyr også to typer Lærings- og Mestringskurs (LMS-kurs). KID (kurs i mestring av depresjon) og KIB (kurs i mestring av belastning).

#### **Dagsentertilbud for mennesker med rus- og psykiatriproblematikk.**

Tilbud til alle som ønsker å komme med mulighet for ulike aktiviteter, felles måltid og sosialt samvær. 2 dager med dagsenter for psykiatri og 1 dag med rusproblematikk.

**Tippen- lavterskeltilbud til mennesker med rusutfordringer:** Eget lokale, verksted og bruktbutikk Tilbudet er mest å være et treffpunkt hvor det er mulighet for å treffe andre i samme situasjon og gjøre noe meningsfylt. Åpent 5 dager i uka.

**Inspirasjonsdager for eldre:** Tilbud til alle i kommunen som har fylt 75 år om å komme på en dag fylt med mye nyttig informasjon om fysisk aktivitet, hjelpemidler/velferdsteknologi, ernæring, brannsikkerhet og mental helse.

#### **6.3.1 Utfordringer- lavterskeltilbud voksne**

Livsstil og fysisk og sosial aktivitet er vesentlig for å kunne greie seg lengre på egen hånd. Lavterskeltilbud retter seg mot de som merker små forandringer i sin evne til å greie seg, og som selv søker aktivitet, trening og kursaktivitet av mer forebyggende art. Det er også mulig å ivareta flere om gangen, fordi tiltakene kan skje i gruppe.

Frivilligsentral er et tilbud som ennå ikke er på plass, men som vil kunne bidra til enda flere aktiviteter, møteplasser og grupper. Kommunen er i gang med å jobbe med etablering og forhåpentligvis er det det på plass i løpet av 2018.

Sykehusene har til nå hatt hovedansvaret for Lærings- og mestrings-tilbudet. (LMS)

Deler av dette ansvaret legges nå over på kommunene.

Det er sterkt oppfordret til at kommunene oppretter og utvikler lærings- og mestringstilbud. Det være seg både diagnoserelaterte tilbud, i f.t. Diabetes, KOLS, Kreft etc., og mer generelle tilbud.

Kommunen har per nå kreftsykepleier i 20 %, ingen KOLS eller diabetes-kontakt. Men det er tilbud om veiledningstime og trening på Frisklivssentralen ved behov.

Ved krav om utvidede tilbud i kommunen bør fagpersoner benytte seg av kunnskapen og erfaringene til brukere/pasienter. Men det vil også kreve en kompetanseoppbygging både i helsepedagogikk, LMS metodikk og fagkunnskap, samt ansatte med tid til å planlegge og arrangere kursene.

I frisklivssentralen er det allerede tilbud om kurs i kosthold/livsstil, røykeslutt og trening for hjerte- og lungesyke. Kurs for mestring av smerte eller sykdom har vi per nå ikke tilbud om.

Mange steder tilbys også selvdrevne grupper i frivillig regi i etterkant av kursene.

Selvhjelpsgrupper/likemannsgrupper bør det fokuseres på videre.

## 6.4 Arbeidsrettet rehabilitering

Arbeidsrettet rehabilitering er et tiltak som skal styrke arbeidsevnen, og som gjennom rehabilitering skal gi hjelp til å mestre helserelaterte og sosiale problemer som hindrer deltakelse i arbeidslivet.

NAV Drangedal har sammen med NAV Kragerø og NAV Bamble laget en handlingsplan for arbeidsrettet rehabilitering med DPS.

Tiltaket blir tilpasset behovet den enkelte har ut fra mulighetene deres på arbeidsmarkedet, og kan blant annet inneholde:

- Motivasjons- og mestringsaktiviteter
- Individuelt treningsopplegg med veiledning
- Arbeidsutprøving i trygge omgivelser
- Kontakt med arbeidslivet
- Livsstilsveiledning

Hvis vedkommende allerede er i et arbeidsforhold - for eksempel hvis sykmeldt, skal rehabiliteringen foregå i tilknytning til jobben. Dersom det viser at det ikke er aktuelt med tilbakeføring til nåværende arbeidsforhold, må rehabiliteringen bli gitt med sikte på overgang til annet arbeid.

Hvis vedkommende ikke har et arbeidsforhold, vil arbeidsrettet rehabilitering skje hos en tiltaksarrangør eller på en ordinær arbeidsplass med bistand fra en tiltaksarrangør. Vedkommende vil få veiledning og hjelp til å kartlegge hvilke muligheter den har til å skaffe et arbeid som passer for seg.

NAV- har arbeidstrening i ulike bedrifter i og utenfor kommunen. Drangedal Produkter blir brukt til både VTA-plasser og Arbeidsrettet rehabilitering. Frisklivssentralen og Rehabiliteringsteamet samarbeider med bl.a. AiR (Rauland) om oppfølging rundt arbeidsrettet rehabilitering.

### 6.4.1 utfordringer- arbeidsrettet rehabilitering

Nav er avhengige av at bedriftene kan bidra med plasser for arbeidsrettet rehabilitering, og må av og til lete lenge før de finner noe som passer.

NAV ser også viktigheten av å tenke helhetlig inn i bildet til brukerne. Det å bruke kompetansen i Rehabiliteringsteamet inn i Arbeidsrettet rehabilitering, blant annet innenfor motivasjon, kan være et godt virkemiddel

## 6.5 Dagsentertilbud for eldre og demente

Begge disse tilbudene er vedtaksfestede tilbud som blir gitt til hjemmeboende eldre som ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. Kriterier for å få tilbudet kan være:

- sosialt samvær og trygghet
- utvikling eller vedlikehold av fysisk og psykisk helse
- at deltakerne kan bli boende hjemme lenger
- forbedret kosthold
- avlastning for pårørende med tyngende omsorgsoppgaver

## 6.6 Støttekontakt, avlastning, BPA:

Alle disse 3 ordningene er vedtaksbaserte og søkes om til Tjenestekontoret. Ordningene er behovsbasert og krever en utredning før de blir innvilget.

Støttekontakten skal hjelpe bruker til å bli mer trygg på seg selv, takle ulike livssituasjoner bedre og omgås andre mennesker i større grad. Støttekontakten kan komme på besøk hjemme, bli med på kafé, kino, idrettstilstelninger eller andre sosiale aktiviteter.

Avlastningen skjer som regel i institusjon og omfanget/behovet blir vurdert individuelt. Formålet ved avlastning er å:

- hindre overbelastning hos omsorgsyter
- gi omsorgsyter nødvendig fritid og ferie
- gi omsorgsyter mulighet til å delta i vanlige samfunnsaktiviteter

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) kan gi brukeren en helt annen og mer selvstendig hverdag. BPA er først og fremst beregnet for personer med omfattende bistandsbehov, og skal være hjelp til de dagligdagse tingene. Det er ikke satt noen nedre grense for bistandsbehovet. Likevel er det en forutsetning at behovet for bistand er så omfattende eller av en slik art at det mest hensiktsmessig kan ivaretas gjennom brukerstyrt personlig assistanse.

Kommunen vurderer bistandsbehovet, og skal i samarbeid med den enkelte pasient eller bruker avgjøre om det skal tilbys tjenester i form av brukerstyrt personlig assistanse. Når praktisk bistand og opplæring organiseres som en BPA- ordning, er det brukeren selv, eventuelt med bistand, som organiserer og leder arbeidet med assistentene.

### 6.3.1 utfordringer

Det kan være vanskelig å finne både støttekontakter og personlige assistenter, da behovet for slik støtte kan være større enn tilgangen på egnede kandidater.

## 6.7 Hverdagsrehabilitering og rehabilitering i hjemmet:

Drangedal har et ambulant, tverrfaglig team som består av fysioterapeut, ergoterapeut, vernepleier og psykiatrisk sykepleier. De jobber både med hverdagsrehabilitering og rehabilitering i hjemmet.

Hverdagsrehabilitering er en del av rehabiliteringstilbudet og er knyttet til mestring av dagliglivets aktiviteter i brukerens hjem eller nærmiljø. Det vektlegges forebygging og tidlig intervensjon for å forhindre eller utsette omfattende pleiebehov.

Hverdagsrehabilitering kjennetegnes ved tidlig og intensiv innsats i en avgrenset periode for å bidra til styrking av funksjonsnivå og mestringsevne. Planlegging av tiltak tar utgangspunkt i brukerens ressurser og egne ønsker om hvilke funksjoner det er viktig å styrke/gjenvinne. Den tverrfaglige innsatsen rettes mot mestring av daglige aktiviteter i brukerens hjem og nærmiljø.

Følgende elementer er sentrale i hverdagsrehabilitering:

- Tidlig og intensivt
- Tverrfaglig
- Brukerens egne mestringsmål – hva er viktig for deg?

Intensjonene og målene for hverdagsrehabilitering er tredelt:

- For brukeren – skal bidra til at brukerne klarer å utføre aktiviteter som er viktige for dem selv, uten å måtte bli passive hjelpemottakere
- For kommunens ressursbruk – økt mestringsevne skal innebære at behovet for hjemmetjeneste reduseres og tidspunkt for heldøgns pleie og omsorg reduseres
- For medarbeidere – å bidra til at brukerne mestrer hverdagslivets aktiviteter, oppleves som meningsfullt og tilfredsstillende.

## 6.8 Voksenopplæring

Voksne personer som har behov for opplæring på grunn av sykdom eller skade har rett til spesialundervisning på grunnskolens område.

Dette gjelder voksne med; hørselshemming, synsvansker, ervervet skade, medfødt skade/sykdom, afasi/annet behov for behandling hos logoped, lærevansker, utviklingshemming, omfattende funksjonshemming, psykiske vansker etc.

Opplæringen blir tilpasset søkerens behov. Individuelle opplæringsmål utarbeides i samarbeid med eleven og sakkyndig instans; Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT).

Sakkyndig instans kartlegger og gir en uttalelse på behov, omfang og realistiske opplæringsmål. Tilbudet blir etter søknad gitt for en bestemt periode og/eller et bestemt



antall timer. Spesialundervisning er et gratis deltidstilbud på dagtid. Opplæringen gis i grupper av ulik størrelse eller som enetimer. Undervisningen er i all hovedsak lagt til Voksenopplærings lokaler, men kan også gis i tilknytning til arbeidsplass, bolig e.l.

## 6.9 Hjelpemidler/velferdsteknologi

Kommunen har i 2017 skrevet under på en avtale med Hjelpemiddelsentralen hvor kommunen forplikter seg til å ha større kompetanse og flere ansvarlige for hjelpemidler i kommunen. Dette området har derfor blitt styrket, ved å ansette en ergoterapeut. Ergoterapeuten skal ha hovedansvar for utredning/tilpasning/opplæring av velferdsteknologi og hjelpemidler. Kommunen er pålagt å ha flere fagkontakter enn tidligere og er i gang med å bygge opp større kompetanse innenfor spesielt syn og hørsel. Disse fagområdene har vi ikke hatt nok kompetanse på tidligere.

Det har akkurat blitt vedtatt en Velferdsteknologisk handlingsplan for 2017-2020. Den forutsetter at kommunen setter av midler til investeringer og utbytting av analoge trygghetsalarmer i årene fremover. Det skal også være midler til å investere i andre teknologier etter behov. Det blir opprettet tverrfaglig velferdsteknologisk ressursteam som skal vurdere og forvalte disse midlene.

Kommunen er i gang med å prøve ut ulike velferdsteknologiske løsninger, og vi deltar i fylkesvise nettverk og innkjøpsavtaler. Det jobbes med samarbeid med andre kommuner innenfor både rutiner, tildelingskriterier og oppfølging av ulike velferdsteknologiske løsninger.

## 6.10 Ambulant boligteam

I boligsosial handlingsplan 2015-2020 ble dette teamet sett som et av de viktigste virkemidlene. Dette tverrfaglige teamet består av ansatte ved Boligkontoret samt representant fra Nav, Flyktingetjenesten, 2 fra Familiens hus, Tjenestekontoret og hjemmehjelp. Representant fra DKE blir kalt inn ved behov.

I henhold til planen skal følgende brukergrupper prioriteres i det boligsosiale arbeidet: Flyktninger, personer med rus og/eller psykiatri relaterte problemer, personer med svak boevne, samt andre med helsemessige utfordringer som påvirker deres boevne. Barnefamilier med svak boevne vil ha fokus. Personer med svak boevne har gjennomgående problemer med økonomi og/ eller den økonomiske forvaltningen. I tillegg vil en innenfor dette begrepet se personer som har problemer med å strukturere hverdagen og ivareta egne behov og forpliktelser.

Teamet bør fortrinnsvis kobles på personer som har komplekse behov for å mestre sin boligkarriere. Det vil si flere utfordringsbilder eller mer enn to instanser involvert. I tillegg bør langvarige sosialhjelpsmottakere tilbys oppfølging.

## 6.11 Korttidsopphold på sykehjemmet

Korttid er et målrettet og tidsavgrenset opphold i sykehjem for pasienter med behov for heldøgntjeneste hvor hovedhensikten er å opprettholde funksjoner etter sykdom eller skade. Tjenestekontoret fatter vedtak for mål for oppholdet. Pasientene trenger målrettede og planlagte tiltak hvor det er fokus på å legge til rette for koordinerte planlagte tjenester videre i kommunehelsetjenesten.

Korttidspasienter kommer stort sett direkte fra sykehus for videre behandling og kartlegging, før evt. hjemreise. Korttidspasientene har ulike pleiebehov og funksjonsnivå, og varierende grad av evne til samtaler og felles aktiviteter. Behov for vurdering av fysioterapeut/ergoterapeut og utredning av rehabiliteringspotensialet vurderes av ansvarlig sykepleier.

## 6.12 Rehabiliteringsopphold på sykehjemmet

Et rehabiliteringsopphold har fokus på tverrfaglig tilnærming for best mulig å kunne hjelpe pasienten i og nå sine mål under rehabiliteringsprosessen. Plutselig fall i funksjonsnivå med behov for tverrfaglig døgntil rehabilitering er mer avgjørende enn hvilken type diagnose som foreligger hos pasienten. Det er tett dialog mellom sykehus og sykehjemmet om tverrfaglig utredning og diagnostisering. Samhandling med kommunale tjenester for å koordinere videre tjenester for å skape en trygg overgang mellom institusjon og hjemmet er avgjørende.

Rehabiliteringsopphold gis til et bredt spekter av diagnosegrupper fra ulike nevrologiske lidelser til alvorlig sårproblematikk, ulike ortopediske inngrep som brudd og proteser og amputasjoner. Mange av pasientene trenger i faser av oppholdet mye kompetent pleie i tillegg til terapeutiske ressurser. Den helhetlige og tverrfaglige tilnærmingen hvor rehabilitering skjer hele døgnet er kjernen i oppholdet. Forberedelse til utskrivelse innebærer flere møter, hjemmebesøk, planlagte permisjoner og koordinering av videre tjenester for å skape en trygg overgang mellom institusjon og hjemmet.

Sykehjemmet samarbeider med Tjenestekontoret, hjemmesykepleien og kommune ergo – og fysioterapeut og rehabiliteringsteamet.

### 6.12.1 Utfordringer - ulike opphold på sykehjemmet

Samarbeidet mellom de ulike fagpersonene som er involvert i rehabiliteringen fungerer, men at vi kan bli enda flinkere til å informere og involvere bruker i planleggingen av rehabiliteringen. Det er viktig med en målsettingssamtale i begynnelsen for å avklare forventninger og muligheter. Målsettingen må dokumenteres i Profil, per nå er målsettingen lite synlig i dokumentasjonssystemet, dette må jobbes med fremover.

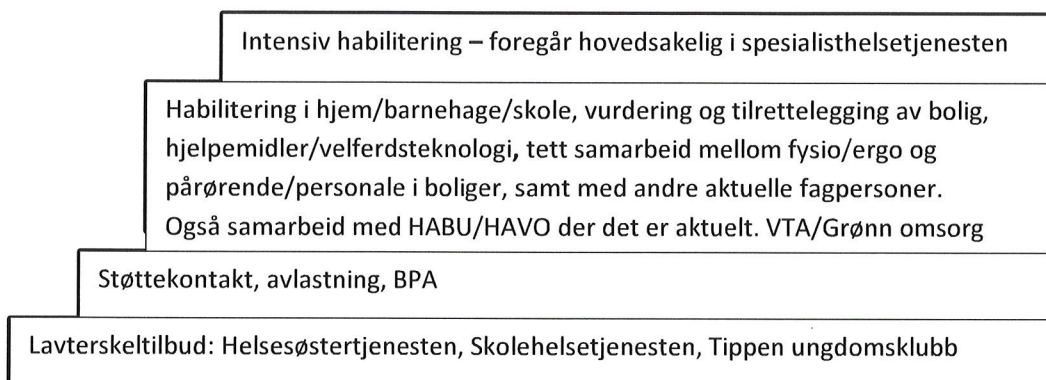
Vi må også ha felles utgangspunkt for utarbeidelse av rutiner for både Tjenestekontor/koordinerende enhet, sjukeheimen og rehabiliteringsteamet og andre som

involveres i rehabiliteringsarbeidet. Arbeidet med rutinene må ta utgangspunkt i gjeldende definisjoner, bl.a. IPLOS-veilederen er et godt hjelpemiddel. Sjukeheimen har gode rutiner og de trenger bare litt klargjøringer og tilføyelser. Rehabiliteringsteamet har også utarbeidet rutiner som må revideres og oppdateres.

Det er også viktig å klargjøre hvilke type opphold folk får når de får et korttidsopphold på sjukeheimen. Det er flere hensikter med et korttidsopphold, ikke bare rehabilitering men også, utredning/behandling, avlastning etc.

Rehabilitering krever mer av personalressursene på avdelingen og det skaper en utfordring da tjenesten allerede er skjært ned til beinet personalmessig. Må ressursene styrkes?

## 7 HABILITERING – Etablerte tilbud i Drangedal?



### 7.1 Lavterskeltilbud

Helsesøstertjenesten ser alle barn i kommunen og har et unikt utgangspunkt for å være et tilbud som er lett tilgjengelig. Dette går rett over i skolehelsetjenesten som skal være mulig for alle elevene å benytte seg av.

Tippen ungdomsklubb har tilbud fra 4.klasse til 23.år, åpent 2-3 kvelder i uken. Mest aktiviteter på klubben, noen utflukter i året. Skal være et fristed der ungdommene bestemmer innholdet selv.

#### 7.2.1 utfordringer

Kommunen har ingen andre tilbud enn en ungdomsklubb i lavterskel/fritidstilbud. Dette er en utfordring, spesielt siden vi er en liten kommune. Fritidstilbudene ellers er preget av aktiviteter i regi av frivillige lag og foreninger.

### 7.3 Støttekontakt, avlastning, BPA

Alle disse 3 ordningene er vedtaksbaserte og søkes om til Tjenestekontoret. Ordningene er behovsbasert og krever en utredning før de blir innvilget.

En støttekontakt er en person som hjelper et annet menneske å ha et sosialt liv, eksempelvis ved å dra på kafé. Tilbudet skal hjelpe ham/henne til å bli mer trygg på seg selv, takle ulike livssituasjoner bedre og omgås andre mennesker i større grad. Støttekontakten kan komme på besøk hjemme, bli med på kafé, kino, idrettstilstelninger eller andre sosiale aktiviteter.

Avlastningen kan skje i privat hjem eller på institusjon og omfanget/behovet blir vurdert individuelt. Formålet ved avlastning er å:

- hindre overbelastning hos omsorgsyter
- gi omsorgsyter nødvendig fritid og ferie
- gi omsorgsyter mulighet til å delta i vanlige samfunnsaktiviteter

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) kan gi en god daglig avlastning/hjelp i hjemmet for pårørende. BPA er først og fremst beregnet for personer med omfattende bistandsbehov. Det er likevel ikke satt noen nedre grense for bistandsbehovet. Likevel er det en forutsetning at behovet for bistand er så omfattende eller av en slik art at det mest hensiktsmessig kan ivaretas gjennom brukerstyrt personlig assistanse.

Kommunen vurderer bistandsbehovet, og skal i samarbeid med den enkelte pasient eller bruker avgjøre om det skal tilbys tjenester i form av brukerstyrt personlig assistanse. Når praktisk bistand og opplæring organiseres som en BPA- ordning, er det brukeren selv, eventuelt med bistand, som organiserer og leder arbeidet med assistentene.

#### 7.3.1 utfordringer

Dette er viktige tiltak som kan gjøre en stor forskjell for de barna/unge det gjelder. Det kan være vanskelig å finne både støttekontakter, avlastningsfamilier og personlige assistenter. Ofte må pårørende/familie gjøre en stor innsats for å finne egnede kandidater.

### 7.4 Habilitering i barnehage og skole

Hver enkelt faginstans har ansvar for kartlegging av behov og utarbeidelse av plan for habiliteringen. Dette gjøres i samråd med pårørende og barn/unge.

Sektor for Kunnskap, Mangfold og Kultur har utarbeidet en handlingsveileder for bred tverrfaglig innsats (BTI). Handlingsveilederen legger klare føringer for hvordan ansatte i skole og barnehage skal kartlegge og avdekke behov. Veilederen sier når det skal involveres aktuelle faginstanser og hvilke tiltak som skal igangsettes ut fra hvilke problemstillinger som avdekkes. Denne veilederen oppleves nyttig og blir stadig forbedret.

Barnehagene har jevnlig tverrfaglige fagforumer hvor det diskuteres nye saker og vurderes om eventuelle utredninger/tiltak skal iverksettes. Forumet er ca. hver annen mnd.

Hver skole har månedlige tverrfaglige ressursteam hvor problematikker rundt elevene diskuteres.

På Drangedal 10-årige har det også opprettet et tverrfaglig psykososialt team da det har vært mange utfordringer rundt det psykososiale miljøet på skolen.

Psykiske plager blant barn og unge er økende og skaper utfordringer for både skolehverdagen og livet ellers. Mer fokus på dette er iverksatt ved å styrke skolehelsetjenesten på Drangedal 10-årige med miljøterapeut i 60 % i tillegg til helsesøster. Miljøterapeutstillingen økes til 84 % fra skoleåret 2018/19.

Det finnes ansvarsgrupper rundt mange barn og unge med sammensatte utfordringer. Dette er en arbeidsmodell som fungerer godt både for bruker, pårørende og fagfolk. I ansvarsgruppene sitter både lokale fagfolk og fagfolk fra spesialisthelsetjenesten. Noen få barn og unge har en operativ Individuell Plan (IP) og koordinator på plass. Tjenestekontoret tar i mot forespørsler om IP og koordinator og kartlegger behov og formidler.

#### **7.4.1 Utfordringer habilitering i barnehage og skole**

Mye er bra, men Individuell Plan og koordinator fungerer ikke etter hensikten.

Det har vært for lite fokus på viktigheten av dette verktøyet selv om systemene har vært på plass i mange år.

En IP som fungerer kan gi enda bedre brukermedvirkning og kvalitet i tjenestene, og vi trenger å få dette til å fungere etter intensjonen.

Det vil også gi mer forutsigbarhet i tjenestetilbudet og gi klare føringer og tidsrammer for når ting må være på plass. Dette er viktig spesielt i overganger fra skoleår til skoleår og fra barnehage til skole.

Det må opparbeides en kultur der IP prioriteres som en del av alle tiltak som etableres rundt et barn med behov. Det må gis rom fra ledere til at de som jobber tettest på barna kan være koordinatorene og arbeidsformen skal være like naturlig som alle andre.

Det er tilsatt logoped i 10 %, for å dekke de mest uttalte behovene for dette, men det er ikke nok til å dekke alle behovene.

#### **7.4.2 Utfordringen med "drop-outs" i skolesystemet og unge uføre**

Psykiske plager og lidelser er i økning blant dagens ungdom, og det påvirker skolehverdagen kraftig, samt at det gir utfordringer med å fullføre skole og komme ut i jobb. Forebygging av slike plager bør få enda mer fokus fremover. Bør skolehelsetjenesten styrkes ytterligere for å demme opp/forebygge?

Drangedal kommune har en større andel unge uføre enn både gjennomsnittet i landet og Telemark. Hovedårsakene til dette er psykiske plager/diagnoser og muskel/skjelettproblematikk.

Det ble gjort et godt tverrfaglig kartleggingsarbeid i prosjektet "Talenter for framtida" som ble avsluttet i 2015. Dette munnet ut i flere tiltak, hvorav bl.a. Handlingsveilederen for BTI er et resultat. Men det er nok et uforløst potensiale i å ta tak i flere av de områdene som kom frem i rapportene.

## **7.5 Voksenhabilitering**

Kommunen har et eget bokollektiv med 14 leiligheter for mennesker med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse. Beboerne bor i egne leiligheter, men har personale til stede etter hvor mye de trenger for å kunne fungere i hverdagen. Noen av beboerne får mest praktisk bistand og er tenkt at skal bo der hele livet. Andre beboere har potensiale til å bli mer selvstendige og har vedtak om botrening.

Ut fra funksjonsnivå har de best fungerende tilbud om VTA plasser ved Drangedal Produkter. De med dårligere funksjon har aktivitetstilbud på Hul fjell gård en eller flere dager i uka. Ellers er det en del andre aktiviteter i regi av personalet både på dagtid og kvelder. Hver beboer har primærkontakter, og det utarbeides tjenestebeskrivelser i samråd med pårørende og verge med i utgangspunkt i vedtak om tjenester.

### **7.5.1 utfordringer voksenhabilitering**

Individuell plan er ikke utarbeidet for noen av beboerne, og det er potensiale for å få enda mer brukermedvirkning i utforming av tilbud/tiltak.

## **7.6 Hjelpemidler/velferdsteknologi**

Det er et stort potensiale innenfor hjelpemidler og velferdsteknologi i habiliteringen. Ergoterapeuten og fysioterapeutene tar i mot henvendelser fra fagpersoner og pårørende og kartlegger behov og potensiale i hvert enkelt tilfelle. Målet er å bidra til mest mulig selvstendighet i hverdagen, opplevelsen av mestring i eget liv og å lette hverdagen. Det dras inn ekstern hjelp fra hjelpemiddelsentralen ved behov. Skolen bruker Stat.Ped. spisskompetanse innenfor saker som omhandler syn- og hørselsutfordringer, og har god erfaring med det.

## **8 OPPSUMMERING**

### **8.1 Rehabilitering**

Det foregår mye god rehabilitering i kommunen. Både i institusjon og i hjemmene. Tjenestekontoret tar imot forespørsler, kartlegger og formidler behov. Rehabiliteringsteamet har ansvar for kartleggingen av rehabiliteringspotensialet og legger planer for rehabiliteringen i samarbeid med pasient/bruker. Dette tverrfaglige teamet jobber

på tvers av avdelinger og er inne både på institusjonene og i hjemmet. Denne måten å jobbe på gir en sømløs oppfølging av pasientene og god kontinuitet. Det utarbeides klare mål og planer for rehabiliteringsforløpet.

Det har og blitt mer behov for rehabilitering på sykehjemmet, da rehabiliteringsinstitusjonene i fylket er nedlagt. Mange postoperative pasienter kommer nå inn til et kort rehabiliteringsopphold før de reiser hjem. Når de reiser hjem har vi en sømløs overgang og de kan fortsette rehabiliteringen i hjemmet.

Det legges godt til rette for et fruktbart samarbeide med de ulike ambulante teamene i spesialisthelsetjenesten.

Kommunen har et godt system for hjelpemidler og kan legge til rette hjemmene på kortest mulig tid når det er et behov.

Kommunen er og i gang med bruk av velferdsteknologi. Det har akkurat blitt utarbeidet en ny plan for hvordan det skal jobbe med dette videre, og har fått ansatt en ergoterapeut til å være hovedansvarlig.

Kommunen mangler 2 typer nøkkelkompetanser, både logoped og psykolog bør rekrutteres før kravene i kompetanseløftet 2020 er oppfylt.

IP og personlig koordinator er ikke oppe og går etter intensjonen i rehabiliteringen. Det trengs fokus, god opplæring og oppfølging.

## 8.2 Habilitering

Det foregår også mye bra habiliteringsarbeid, både i hjem, barnehage og skole. Kommunen har god faglig bredde, og ansatte som tar ansvar for kartlegging av behov og utarbeidelse av tiltak. Handlingsveilederen for BTI legger klare føringer for hvordan ansatte i skole og barnehage skal kartlegge og avdekke behov. Veilederen sier når det skal involveres aktuelle faginstanser og hvilke tiltakskjeder som skal igangsettes ut fra hvilke problemstillinger som avdekkes.

Kanskje bør den også bli tydeligere i hvilke former tiltakene skal planlegges? Kan vi også bli bedre på brukermedvirkning? Hva med tiltakene mot det økende problemet med psykiske vansker hos ungdommen og antall unge uføre?

Systemet med ansvarsgrupper er godt innarbeidet. Dette er en arbeidsmodell som fungerer godt både for bruker, pårørende og fagfolk. Men det er rom for forbedringer?

Kompetansemessig er det litt bedre stilt for barn/unge, det er rekruttert en logoped i 10 % stilling for å dekke det prekære behovet i skolen. Dette er en begynnelse, men ikke nok.

## 8.3 Hva må jobbes med videre?

I planprosessen ble arbeidsgruppa raskt klar over at det var noen temaer som var gjengangere, og som ville kunne være løsninger på utfordringene vi står overfor i rehabilitering/habilitering. Vi har derfor laget en prioriteringsliste over hva som bør ha mest fokus fremover:

- 1) Oppfylging av retten til individuell plan og koordinator til de som har rett på det, både i re- og habilitering.
- 2) Å rekruttere og lære opp personlige koordinatore.
- 3) Å bli enda bedre på tverrfaglig arbeid og kompetanseutveksling på tvers av både avdelinger og sektorer.
- 4) Å få enda mer brukermedvirkning og forutsigbarhet i habiliteringsarbeidet.
- 5) Kravet om breddekompetanse i kommunen, vi har ansatt ergoterapeut, men har per nå ikke tilstrekkelig logopedkompetanse ei heller psykologkompetanse på plass.
- 6) Fritidstilbud/lavterskeltilbud til barn og unge med funksjonsnedsettelse
- 7) Enda klarere rammer og rutiner for de ulike oppholdene på sykehjemmet, slik at pasienter og pårørende vet hva de kan forvente.
- 8) Kartlegge behovet for økte ressurser i sykehjemmet som følge av stor økning i antall rehabiliteringspasienter.
- 9) Utnytte bredden i kompetansen vi innehar i kommunen i for eksempel i forbindelse med arbeidsrettet rehabilitering.
- 10) Få på plass flere lærings- og mestringstilbud innenfor de områdene vi ikke har nok kompetanse i dag som KOLS, Diabetes etc.
- 11) Jobbe enda mer systematisk for å forebygge drop-outs i skole og det høye antallet med unge uføre i kommunen. Ta tak i funn og tiltak fra "Talenter for Framtida".

## 9 Tiltak

### 9.1 Styrking av koordinerende enhet i arbeidet med Individuell Plan

For å kunne prioritere arbeidet med Individuell Plan må det opprettes en ressursgruppe som skal ha som oppgave å lære opp koordinatore og å jobbe med innføringen av Individuell Plan som et levende verktøy i kommunen.

Ressursgruppen bør bestå av minst 3 personer med ulik kompetanse og bakgrunn. De bør revidere maler og opplæringsmateriell for IP og deretter starte opp arbeidet med å få systemet oppå gå i kommunen slik at vi driver som intendert i lovverket.

### 9.2 Økt fokus på arbeidet med IP og koordinator i hele kommunen

Kommunen oppfyller ikke lovkravene for IP og det må både en holdningsendring og et økt fokus blant alle kommunens ansatte for å få det til. Dette starter på ledernivå, og det er viktig at det gis både rom og mulighet for at ansatte som ønsker å være koordinatore kan være det, både innen helsesektor og i skole/barnehage. Leder må gi ansatte både rom for opplæring og anledning til å gjøre jobben. Dette er en arbeidsmåte som gir bedre brukermedvirkning, målstyring og kvalitet på tjenesten, og kommunen har plikt til å tilby dette til alle som har lovformelig rett på det.



### 9.3 Rekruttering av kompetanse

Kommunen har ikke tilstrekkelig med bl.a. logopedkompetanse til å dekke det behovet som innbyggerne har. Det bør derfor rekrutteres 100 % logoped, evt. dekke utdanning som logoped for en av kommunenes ansatte.

Psykolog er heller ikke på plass, det bør jobbes systematisk for å få rekruttert også denne kompetansen til kommunen. Enten i form av en stilling hos oss, eller som et samarbeid med andre kommuner om et interkommunalt psykologteam.

### 9.4 Kartlegge ressursbruk i sykehjemmet

Det økte behovet for rehabiliteringsplasser i kommunens sykehjem krever mer ressurser på avdelingen. Rehabilitering krever mer av personalet, med tverrfaglig kartlegging, målavklaringsmøter og systematisk jobbing med pasientens utfordringer.

Det bør gjøres en kartlegging av hva det kreves av ressurser for å kunne gi pasientene tilfredsstillende tilbud. Kanskje må vi styrke tjenesten?

### 9.5 Bedre bruken av kompetanse på tvers av sektorer og avdelinger

Det finnes mye kompetanse i kommunen som ikke blir utnyttet fullt ut. Bør det lages interne, lett tilgjengelige oversikter over hvilke kompetanse ansatte i kommunen innehar, slik at det går an å kontakte dem ved behov? Kanskje må det skapes møteplasser hvor det kan uttrykkes behov og ønske om utveksling av kompetanse, slik at kommunen får nyttiggjort seg kompetanse uavhengig av personenes tilhørighet til sektorer eller avdelinger.

### 9.6 Ta i bruk Frivilligsentralen

En frivilligsentral vil kunne bidra inn i både habilitering og rehabilitering ved ulike tilbud og grupper, samt ved å kartlegge ulike ressurser i frivilligheten.

Selvhjelpsgrupper og likemannsarbeid vil kunne være tilbud der.

Kan det være mulighet for å få til flere fritidstilbud til barn og unge her også?

### 9.7 Ta i bruk funn/tiltak fra "Talenter for Framtida"

Samarbeidsprosjektet i Grenland "Talenter for framtida" gikk direkte på hvordan forebygge "drop-outs" i skole og redusere tallet unge uføre. Prosjektet munnet ut i rapporter og ulike tiltak for kommunen. Noen er tiltak er iverksatt, spesielt innenfor skole/barnehage og NAV-systemet, men på andre områder må det jobbes enda mer systematisk for å forebygge at det skjer en ytterligere økning av antall unge uføre i kommunen.

### 9.8 Utrede samarbeidsmuligheter for å bedre LMS-tilbudene

Kommunen har noen lærings- og mestringstilbud, men det ønskes at kommunene skal gi enda bredere tilbud til innbyggerne. Det bør derfor jobbes med å få til et samarbeid på tvers av avdelinger innen helse for å utarbeide tilbud til bla. KOLS og Diabetes pasienter.

## Plandokumentet har tatt utgangspunkt i følgende lover, forskrifter og veiledere, bl.a.:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999)
- Lov om folkehelsearbeid (2011)
- Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (1998)
- Lov om Barnehager (2005)
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011)
- Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-2019)
- St.meld. 34 – “Folkehelse”- God helse – felles ansvar (2012-2013)
- St.meld. 29 – “Morgendagens omsorg” (2012-2013)
- St.meld. 47 – “Samhandlingsreformen” (2008-2009)
- St.meld. 26 – “Fremtidens primærhelsetjeneste” (2014-2015)
- St.meld. 19 – “Folkehelsemeldingen” (2014-2015)
- Omsorg 2020 – regjeringens plan for Helse og Omsorg 2015-2020 (I-1162B)
- Barn og Unge med habiliteringsbehov (2015), Veileder (IS-2396)
- Veileder om rehabilitering; habilitering, individuell plan og koordinator, (2015)
- Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov (2017)
- Barn og unge med nedsatt funksjonsevne- hvilke rettigheter har familien?(2013) (IS-1298)
- St. Prop. 1 S (2016-2017) og (2017-2018) – (Statsbudsjettene for 2017/2018)
- Kompetanseløft 2020

## VEDLEGG:

1. Mal for IP
2. Mandat koordinerende enhet
3. Handlingsveileder for bedre tverrfaglig innsats