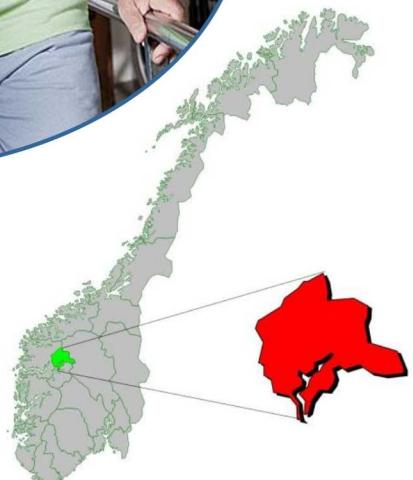




Plan for habilitering og rehabilitering 2018 - 2022

Handsama:



Vedteken av Rådmannen 24.10.2018
D-sak 388/18

Innhald:

1.0 Innleiing	3
1.1 Definisjon	4
1.2 Målgruppa	4
2.0 Overordna mål og styring	6
2.1 Nasjonale føringar er lagt til grunn	6
2.2 Lokale planar og føringar:	6
2.3 Samarbeidsavtalar	7
2.4 Aktuelle prosjekt	7
2.5 Planprosessen	7
3.0 Mål for habilitering og rehabilitering	8
3.1 Førebygging framfor behandling	8
3.2 Tenestene skal vere effektive og smarte.	8
3.3 Brukarane sine behov skal vere grunnlaget for tilbod og tenester	8
3.4 Tenestene skal vere enkle å finne fram til.....	9
3.5 Kommunikasjon	9
4.0 Status.....	11
4.1 Koordinerande eining (KE)	11
4.2 IP og koordinator	11
4.3 Tverrfagleg samarbeid	11
4.4 Teieplikt.....	12
4.5 Brukarmedverknad	13
4.6 Habilitering.....	13
4.7 Rehabilitering	14
4.8 Spesialisthelsetenesta.....	16
4.9 Heilskaplege forløp	17
4.10 Fastlegen sin rolle	18
4.11 Faktorar som påverkar ein habiliterings-/rehabiliteringsprosess	18
5.0. Utfordringar.....	20
5.1 Kven er morgondagens brukarar?	21
6.0 Kompetanse.....	23
Handlingsplan for habilitering og rehabilitering 2018 – 2022	24

1.0 Innleiing

Målet med habilitering og rehabilitering er å styrke individet sin mogelegheit for å oppretthalde eller gjenvinne funksjonsevne, og bidra til sjølvstende og meistring i eige liv. Denne forteljinga frå «Veilder om oppfølging av personar med store og sammensatte behov» illustrerer aktuelle problemstillingar innan habilitering og rehabilitering. Det er viktig å understreke at dette ikkje handlar om enkeltdiagnosar, men korleis me organiserer arbeidet med habilitering og rehabilitering i kommunen:

Emil 18 år

«Emil bor sammen med sine foreldre og går siste året på videregående skole. Han har en eldre bror som er flyttet hjemmefra som han har god kontakt med. Emil er en sosial gutt med godt humør. Han har stort nettverk og er opptatt med fotball, moped og skolearbeid. I tillegg er han en del sammen med kjæresten som går i samme klasse. Han liker skolen og har planer om å utdanne seg til ingeniør.

I oktober for ett år siden ble Emil utsatt for en mopedulykke der han får en alvorlig hodeskade. Kort tid etter ulykken blir han overført til en spesialisert rehabiliteringsavdeling på sykehuset. Han har nedsatt kraft og følelser i høyre side, og sliter mye med nedsatt hukommelse og koncentrasjon. Han har også ordletingsvansker. Personalelet opplever at han har noe nedsatt innsikt i egen situasjon og tar sjanser. For eksempel har han flere ganger reist seg fra rullestolen med stor fare for å falle. Foreldrene er svært bekymret for hvordan det skal gå med sønnen. Kjæresten og kameratene er ofte på besøk, noe Emil setter stor pris på.

Emil har nå vært fire måneder på rehabiliteringsavdelingen. Han har hatt stor bedring i funksjonsevne, Går uten personstøtte og er selvhjulpen i daglige gjøremål som personlig hygiene, påkledning og måltider. Hans kognitive funksjonsnivå er noe bedre men han sliter fremdeles med å huske avtaler og å komme i gang med og fullføre oppgaver. Trenger ofte påminning for å få gjort det han skal i løpet av dagen. Han virker deprimert og sliter med mange bekymringer og tunge tanker om fremtiden. Men han har samtidig et ønske om å fullføre videregående skole og begynne på ingeniørstudiet.

Sykehuset har meldt til kommunen at utskriving er under planlegging og har innkalt forvaltningsenheten og pårørende til et møte på sykehuset.»

Habiliterings- og rehabiliteringsfeltet er i endring. Fleire oppgåver blir flytta frå sjukehusa og ut til kommunane. Dette kjem samstundes som det er mindre tilgang på nye ressursar. Det har vore lagt ned eit godt arbeid i Luster Kommune for å skaffe midlar til å kunne gjennomføre fleire sentrale prosjekt og omstillingar. Dette gjev kommunen handlingsrom med tanke på å utarbeide gode løysingar for framtida. Utfordringa kjem når dei tildelte midlane tek slutt og prosjekta skal implementerast i kvardagen. Dette heng også saman med trongare økonomiske tider for kommunane. Utan tvil vil dette krevje nye måtar å samarbeide på. Det blir avgjerande å få til løysingar med stor grad av samhandling på tvers og bruk av IKT og velferdsteknologi.

Det er eit krav om at kommunen skal planlegge si verksemد for rehabilitering og habilitering, slik at den oppfyller krav i lov og forskrift. I communal samanheng involverer rehabilitering og habilitering dei fleste tenesteområde og omfattar alle aldersgrupper. Habilitering og rehabilitering er ikkje ei enkeltteneste, men ein serie tenester eller tiltak som er sett i system ut frå brukarane sine behov. Dette utfordrar den kommunale strukturen, der ein er organisert i tenesteeiningar med ulike ansvarsområde. Ein plan for habilitering og rehabilitering skal

konkretisere mål, tiltak, ansvar og prioriteringar på feltet. Det å få ein god oversikt på området vil bidra til å sikre framtidig utvikling med god samhandling på tvers av alle tenesteområder. Målet er å utvikle ei god habiliterings-/rehabiliteringsteneste i Luster Kommune med framtidsretta løysningar.

I Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019) legg regjeringa til grunn ei brei forståing av habilitering og rehabilitering som inkluderer alle brukarar av helse- og omsorgstenesta med behov for ein målretta innsats for å opprette, gjenopprette, vedlikehalde og betre funksjon, førebygge funksjonsfall og lære å meistre livet med sjukdom og funksjonsnedsetjing. Intensjonen i Opptrappingsplanen er at kommunane skal setjast i stand til å gi eit godt rehabiliteringstilbod til innbyggjarane og over tid overta fleire rehabiliteringsoppgåver frå spesialisthelstenesta.

1.1 Definisjon

«*Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i brukerens livssituasjon og mål.*

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser mellom bruker, pårørende og 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 ges mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet..»

(Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, § 3)

Rehabilitering er tenester og støtte til brukar/pasient i form av strukturerte tiltak over ein tidsperiode for å gjenvinne tapte funksjonar. Brukar/pasient er hovudaktør i prosessen. Målet er å betre pasient/bukar si evne til å meistre eige liv.

Habilitering er relatert til funksjonsnedsetjing som skuldast medfødde og tidleg erverva tilstandar. Habilitering består ofte av fleire prosesser gjennom heile livsløpet, og startar for mange tidleg i barndommen. (St.meld. 26).

1.2 Målgruppa

Målgruppa er personar med funksjonsnedsetjing og samansette tenestebehov.

Veileder for habilitering rehabilitering, IP og koordinator viser til at brukargrupper innan habilitering i kommunen ofte har fleire diagnosar og tilstandar. Eksempel på dette kan vere:

- utviklingshemming
- autismespekterforstyrringar
- multifunksjonshemming
- cerebral parese
- muskelsjukdommar
- nevrologiske sjukdommar og skader
- sjeldne syndrom

Eksempel på store pasientgrupper med rehabiliteringsbehov frå St.meld. 26 (2014-2015) s 105.

- Personar som har gjennomgått hjerneslag
- Personar med nevrologiske lidingar eller hjerneskader
- Personar med syns- og/eller hørselstap
- Personar med brot eller andre skader
- Personar med langvarige eller kroniske sjukdommar, f.eks kols, diabetes, hjerte-kar-sjukdom, kreft, reumatiske lidingar
- Personar med sosiale problem, åtferdsproblem, psykiske lidingar og rusproblematikk

- Eldre med samansett sjukdomsbilete og funksjonstap
- Personar med muskel-skjelett plager som står i fare for å falle ut av arbeidslivet
- Born med medfødde eller erverva funksjonstap
- Personar med utviklingshemming

Lov om pasient- og brukarrettar §2-5 viser til at «Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.» Våre erfaringar tilseier at livsfaseovergangar, t.d. overgangen mellom barnehage og skule eller skule og arbeidsliv, er særskilt sårbare fasar med auka behov for tverrfageleg samarbeid og koordinering. Sameleis er det viktig å tidleg avdekke behov for oppfølging og tverrfagleg samarbeid.

Dei kommunale tenestene må tilpasse seg eit samfunn i stadig endring. Me lever lengre, og det blir fleire eldre. Familiemønster endrar seg. Det er endring og stor variasjon i kostvanar og aktivitetsnivå. Me lever i eit fleirkulturelt samfunn og har tatt imot flyktningar som skal integrerast i samfunnet vårt. Den teknologiske utviklinga går raskt og me lever i eit digitalt samfunn. Regjeringa legg føringar på ei meir strukturert oppfølging av pasientar og brukarar med samansette behov. Det vert peika på at tenestene må ta utgangspunkt i kva pasientar og brukarar opplever som viktig i sine liv; -«kva er viktig for deg?» og vektleggje funksjon framfor diagnose. Tenesteutviklinga skal ha fokus på: sterkare leiing, auka kompetanse og tverfagleg teamorganisering.

1.3 Mål med plan for habilitering og rehabilitering

Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-19 skal bidra til å styrke brukarperspektiv og betre kvalitet på tenestene. Betre samhandling og koordinering mellom nivå og innanfor desse eit uttalt mål. På sikt er det også eit mål at kommunane skal overta fleire oppgåver frå spesialisthelsetenesta. Kommunal plan for habilitering og rehabilitering skal konkretisere korleis kommunen skal ivareta innbyggjarane sine behov på kort og lang sikt.

Med denne planen vil kommunen sjå til at tenestene er førebudde og har kunnskap til å møta framtidige utfordringar når det gjeld behov, oppgåver og organisering. Gjennom handlingsplanen skal intensjonane i plan for habilitering og rehabilitering realiserast. Dette må sjåast i samanheng med økonomiplan og årlege budsjett.

2.0 Overordna mål og styring.

Rehabilitering og habilitering er i stor grad styrt av nasjonale føringer og lokale val. Planen er utforma i tråd med nasjonale, regionale og kommunale føringer.

2.1 Nasjonale føringer er lagt til grunn:

- [Opptrapplingsplan for rehabilitering og rehabilitering \(2017 – 2019\)](#)
- [Meld.St. 26 \(2014-2015\) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet](#)
- [Forskrift om rehabilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.](#)
- [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.](#)
- [Veileder for oppfølging av personer med sammensatte behov](#)
- [Barn og unge med habiliteringsbehov](#)

2.2 Lokale planar og føringer:

Utgangspunkt for utarbeiding av plan for rehabilitering og habilitering er kommunen sine overordna plandokument. Bl.a.:

- Kommuneplan, samfunnsdel (2017-2028)
- Helse og omsorgsplan (2010 – 2021)
- Bustadsosial handlingsplan (2015 – 2019)
- Folkehelseoversikt (2016 – 2020) Luster kommune, vedteken 21.04.16.
- Budsjett –økonomiplan (2018-2021)
- Integrering av arbeidsinnvandrarar og flyktningar – strategi (2015 – 2019)

Aktuelle føringer som ligg i kommuneplan – samfunnsdelen:

- Overordna tema i kommuneplan er: Luster – ein god stad å bu.
- Strategi: Me skal leggja til rette for tverrfagleg samarbeid som gjev gode kommunale tenester for innbyggjarande.

Delmål – slik vil me ha det	Tiltak – slik gjer me det	Ansvar
Tenesteområda skal leggja til rette for tidleg førebyggjande innsats, god folkehelse, aktiv omsorg og meistring. Dei kommunale tenestene skal vera samordna og effektive. Gode, samordna og førebyggjande tenester og for barn og unge	Etablere tverrfagleg samarbeid for å sikre auka kapasitet og betre kvalitet i dei kommunale tenestene Vidareutvikle KE (helse og oppvekst) som fagleg tyngdepunkt i arbeidet med habilitering og rehabilitering i kommunen.	LK

2.3 Samarbeidsavtalar

Fleire delavtalar regulerer samarbeidet mellom kommunane og spesialisthelsetenesta/Helse Førde (<http://samhandling-sfi.no/grunnlagsdokumentasjon/samhandlingsavtale/delavtalar/>)

Bl.a. er avtalen som gjeld «Retningsliner for å sikre heilskaplege og samanhengande helse- og omsorgstenester til pasientar med behov for koordinerte tenester» svært aktuell i samband med habilitering/rehabilitering.

2.4 Aktuelle prosjekt

Luster kommune har også for tida fleire prosjekt som er retta mot tverrfagleg samarbeid. Til dømes prosjektet «Saman om barna i Luster», der eit av måla er å utarbeide ein digital modell for tverrfagleg samarbeid. Andre aktuelle prosjekt er «IKT og velferdsteknologi», «Rask psykisk helse» og «Kvardagsrehabilitering» m.fl.

2.5 Planprosessen

Planprosessen har vore forankra i Koordinerande eining. Koordinerande eining (KE) har eit overordna ansvar og skal bidra til å sikre heilskapelege og koordinerte tilbod til pasientar og brukarar med behov for tenester frå fleire fagområde, nivå og sektorar.

2.5.1 Styringsgruppa har vore Koordinerande eining (KE) som består av:

- John Olaf Røhme – Kommunalsjef helse og omsorg
- Kari Paulsen - Leiar omsorg
- Knut Cotta Schønberg – Helsesjef
- Knut Åge Teigen- Kommunalsjef oppvekst
- Ingvild Didriksen/Merethe Marvik –Leiar og fagleiar Grandmo
- Aud Jorunn Høyheim – Konsulent for menneske med nedsett funksjonsevne
- Kari Ingeborg Bukve – Leiande fysioterapeut

2.5.2 Om planprosessen

I samband med planarbeidet har det vore halde samarbeidsmøter med ulike aktørar, både fagpersonar og representantar for brukarane. Planen består av ein plandel og ein handlingsplan med mål og tiltak for planperioden. Utkast til planen har vore tatt opp og drøfta i ulike etablerte, tverrfagleg samarbeids- og prosjektgrupper underveis i prosessen.

Utkast til plan skal vidare opp i Råd og utval, før endeleg vedtak.

3.0 Mål for habilitering og rehabilitering.

Overordna målsetjing:

Habilitering- rehabiliteringstenesta i kommunen skal framstå som ei heilsakeleg teneste, vere lett tilgjengeleg og innehalde stor grad av eigenmestring.

I plan for rehabilitering og habilitering har kommunen valt å dele mål og strategi inn i ulike tema. Dei måla som er valt skal vere hovudfokuset til kommunen i neste planperiode. Måla skal innarbeidast og vere grunnleggande tenking i alle tenestene, når me snakkar om habilitering og rehabilitering. Alle tiltak som blir utarbeida er ein del av strategien for å nå måla innan habilitering og rehabilitering.

3.1 Førebygging framfor behandling

– grunnprinsipp utgreie rehabiliteringsbehov og potensiale før ein set i verk permanente kompenserande tiltak

Alle tenestene skal ha fokus på eit førebyggande perspektiv, og ikkje behandlingsperspektiv. Slik helse og omsorg har vore organisert, har dei vore styrt etter behandlingsprinsippet. Med dei framtidige utfordringane ein ser både i høve personal- og økonomiske ressursar, er det svært viktig at tenestene blir styrt etter eit førebyggingsprinsipp. Dette betyr at helse og omsorgstenestene må organiserast på ein slik måte at førebygging, tidleg tiltak og innsats får eit større fokus framover. Dette gjeld for alle aldersgrupper.

Skal kommunen endre praksis, må ein og arbeide for å endre kulturen som har prega helse og omsorgstenestene. Dette handlar og om å endre kulturen i heile den kommunale organisasjonen, frå politisk nivå til teneste nivå. Luster kommune skal ha fokus på førebygging for å sikre god folkehelse i framtida.

3.2 Tenestene skal vere effektive og smarte.

Helsesektoren står overfor store utfordringar i høve ressursar. Ein kan ikkje fortsette med helsehjelp på den måte ein gjer i dag, fordi det ikkje er berekraftig i forhold til ressursar innan helse og omsorg. Dette gjer at kommunen må utvikle og ta i bruk nye måtar å arbeide på, som velferdsteknologi og ulike styringsverktøy.

I planperioden må kommunen utvikle og etablere eit betre system for tverrfagleg samarbeid mellom tenestene. Tenestene skal være samkøyrt og arbeida mot mål i fellesskap med brukar. Kommunen skal jf. primærhelsemeldinga vurdere og etablere både primærhelseteam og oppfølgingsteam for brukarar med omfattande hjelpebehov.

Nasjonalt er det eit mål at velferdsteknologiske løysingar skal vere ein del helse- og omsorgstenestene innan 2020, jf. Omsorg 2020. For å nå dette målet skal kommunen utvikle og finne gode løysingar for korleis velferdsteknologi kan bli ein del av blant anna rehabilitering og habiliteringstenesta. Målet med å implementere velferdsteknologiske løysingar er at dette skal forbetre brukarane sine mogelegheiter til å mestre kvardagen. Velferdsteknologiske løysingar må ha som føremål å bidra til å løyse heilt konkrete problem utifrå dei behov brukarane har.

3.3 Brukarane sine behov skal vere grunnlaget for tilbod og tenester

Brukarane sine behov, ressursar og mål skal være utgangspunktet for tiltak og tenester. Brukarmedverknad skal vere det viktigaste prinsippet i kommunen sin tilnærming i høve til helse og omsorgstenester, spesielt når det gjeld habilitering og rehabilitering.

Tenestene skal tilpasse sine tiltak slik at dei fremjar og stimulerer til eigen innsats. Det må forventast at brukarane er motiverte og delaktige for å nå sine mål. Hjelpeapparatet skal gjere

ei fagleg vurdering og iversetja forsvarleg tiltak, men det er brukar sjølv som skal definere behov og setja eigne mål.

Tenestene må vere heilsapelege og koordinerte og organiserast på ein slik måte at dei fremjar brukarane sine mål og behov. Tenestene skal vere forutsigbare for brukarane. For å oppnå dette må tilboda vere både systematiske og planlagde.

3.4 Tenestene skal vere enkle å finne fram til

Brukarar som har omfattande hjelpebehov opplever ofte «å gå frå eit kontor til eit anna, utan at tilsette kan hjelpe dei». Dette er teikn på tenestene ikkje er samkøyrt og tverrfagleg organiserte. Kunnskap om kva kommunen kan tilby og korleis ein kan få rett hjelp må organiserast på ein måte som sikrar at brukarar får det tilbodet ein har krav på.

Målet for Luster kommune er at dei som treng helse og omsorgs tenester får « ei dør» å gå til, der ein får hjelp og rettleiing.

Ved å ha ein stad å ta kontakt, «ei dør inn», må ein her vidareformidle og sende bestillinga vidare til rett «dør». Kommunen må ha eit saumlaust system som sikrar at brukarar og andre instansar utanfor kommune veit kvar ein skal sende søknad, spørje om tilbod og få råd og rettleiing.

Brukarar med langvarige og samansette behov skal oppleve at kommunen sitt hjelpeapparat er samkøyrt og tilbyr dei tenester brukarane har rett og krav på. Funksjonen for koordinerande eining og tenestekontoret vil vera sentrale i arbeid med dette vidare.

3.5 Kommunikasjon

God kommunikasjon er svært viktig for all samhandling mellom tenestene og brukarane. Dette gjeld kommunikasjon mellom brukar og tenesteytar, men også mellom tenestene. Det er difor viktig at kommunen i denne planperioden vurderer korleis dette kan utviklast og forbetraast i alle ledd.

Kommunikasjon kan vere ekstra utfordrande der personar har begrensa norskunnskapar. Sameleis gjeld dette kommunikasjon med døve, sterkt hørselshemma og døvblinde. Helse- og omsorgspersonell skal sikre god kommunikasjon og vurdere behov for, samt bestille kvalifisert tolk der det er behov. Kommunikasjon gjennom tolk kan vere nødvendig for å gi forsvarleg helsehjelp og gi aktuell informasjon og rettleiing til brukar og pårørande.

I denne forteljinga frå «Veilder om oppfølging av personar med store og sammensatte behov» er kommunikasjonen ein del av utfordringsbilde:

Aron 5 år

«Aron bor sammen med foreldrene og to brødre på 3 og 9 år. Han er født i Norge, men foreldrene kom hit for 10 år siden. Far snakker norsk, mor snakker morsmål og engelsk. Far er ofte på reise, mor er da alene om omsorgen. De har lite nettverk og ingen familie i Norge. Foreldrene har god omsorgsevne, men gir uttrykk for at de trenger avlastning.

Aron ble utredet hos BUP og fikk diagnosen barneautisme da han var fire år. Autismeteamet har veiledet og informert, og Aron har fått hjelp fra spesialpedagog i barnehagen. Han har dårlig språk og kommuniserer ved hjelp av bilder. Han har også hypermobile ledd og dårlig balanse og har derfor jevnlig fysioterapi.

Aron er stort sett blid og fornøyd. Han liker å se på filmer med fly på nettbrett. Når mor tar fra han nettbrettet kan han bli sint, skrike høyt og kaste ting rundt seg. Han er svært aktiv og trenger tilsyn hele tiden når han er våken. Dersom ytterdøren er åpen går han ut. Det har

vært flere leteaksjoner i nærområdet, og mor er redd at fremmede skal tro hun ikke klarer å passe på han og at de skal kontakte barnevernet. Han plukker mye på ting. Det har ført til skade på møbler, tapet og klær. Han trenger hjelp til det meste; å kle av og på seg, til tannpuss, toalettbesøk og til å spise.

Aron skal begynne 1. klasse til høsten. Forvaltningskontoret har bedt enhet for psykisk helse barn og unge om å gjøre avtale om hjemmebesøk hos familien.»

4.0 Status

Luster kommune er organisert etter ein tilpassa to-nivå-modell, både politisk og administrativt. Hos Rådmannen er det 8 stabseiningar med eigne stabsleiarar. Kommunen har for tida 26 tenesteeiningar. Per 01.01.2018 hadde kommunen 5223 innbyggjarar.

4.1 Koordinerande eining (KE)

Frå 1.1.2017 har KE i Luster kommune følgjande samansetjing:

- Kommunalsjef Helse og Omsorg
- Kommunalsjef Oppvekst
- Leiar Omsorgstenesta.
- Leiar Grandmo busenter.
- Helsesjef
- Leiande fysioterapeut
- Konsulent for menneske med nedsett funksjonsevne.

Konsulent for funksjonshemma er kontaktperson for KE. KE er etablert på tvers av tenesteeiningar i kommunen og har eit tydeleg mandat og mynde. Behov for Individuell plan (IP) skal meldast til KE ved konsulent for menneske med nedsett funksjonsevne. Vedtak om IP og koordinator vert fatta KE.

Hovudoppgåver til KE jamfør prosedyre:

- Overordna ansvar for IP og for oppnemning, opplæring og rettleiing av koordinator (dvs. mynde til tildeling av IP og koordinator).
- Bidra til eit heilskapleg tilbod til personar med behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.
- Leggje til rette for- og formalisere samarbeid mellom ulike nivå og tenesteområde.
- Pådrivar for kartlegging, planlegging og utvikling av habiliterings- og rehabiliteringsverksemda.
- Kontaktpunkt for samhandling med spesialisthelsetenesta.
- Eit kjent og lett tilgjengeleg kontaktpunkt for tenestemottakarar og samarbeidspartar

4.2 IP og koordinator

Luster kommune har elektronisk IP gjennom VISMA Sampro. Konsulent for menneske med nedsett funksjonsevne og leiande fysioterapeut har ansvar for oppfølging av systemet.

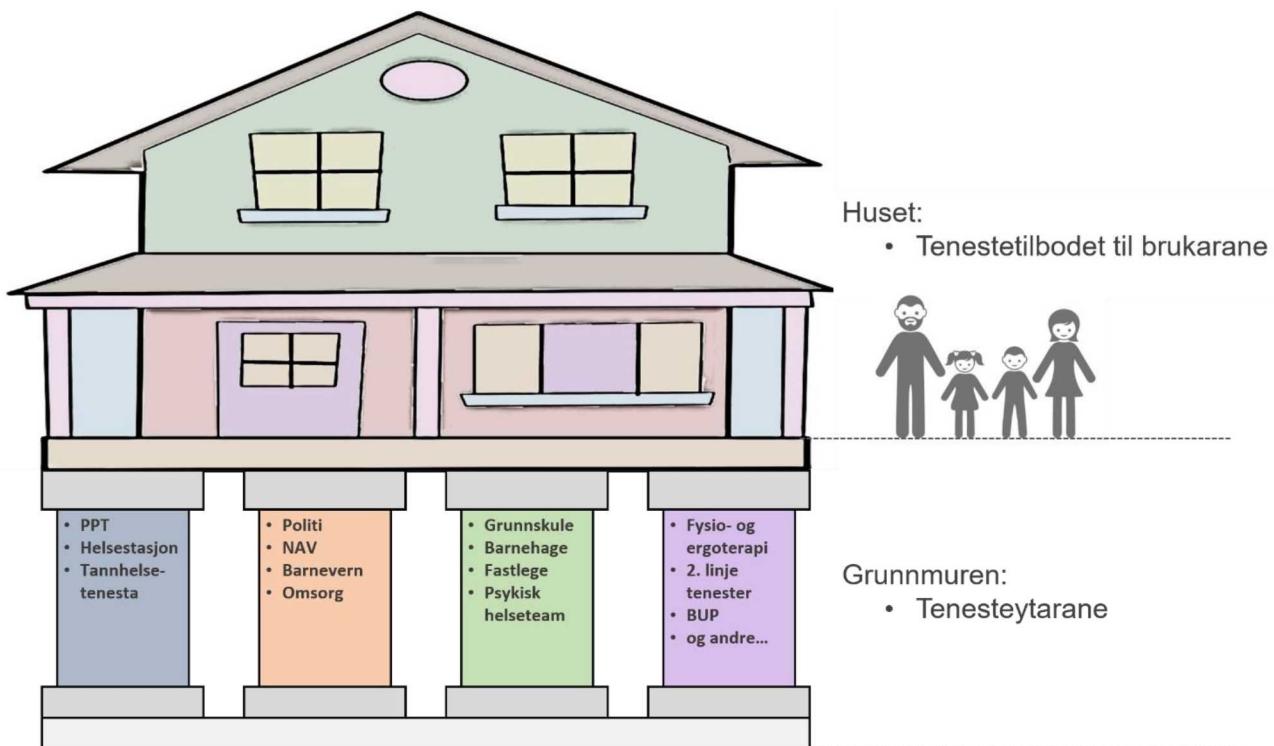
Kommunen har i dag rundt 30 koordinatorar frå ulike einingar. Mange av desse har lang erfaring som koordinatorar. Opplæring og oppfølging av koordinatorar er eit satsingsområde for kommunen. Koordinatorane har ein nøkkelrolle i det tverrfaglege samarbeidet og kommunen treng trygge koordinatorar med god kompetanse. Ansvarsgrupper er mykje nytta som verktøy for tverrfagleg samarbeid.

4.3 Tverrfagleg samarbeid

Rehabilitering og habilitering er per definisjon tverrfagleg og dette stiller krav til system for samarbeid på tvers av einingar i kommunen. Kommunen er relativt liten og oversiktleg, noko som gjer at det kan vere lettare å ta kontakt på tvers av einingar. Kommunen har ei godt utbygd helseteneste med psykisk helseteam, psykolog, fysio- og ergoterapeutar, helsestasjon m.fl. Fastlegen har det medisinsk faglege koordineringsansvaret og dermed ein sentral rolle i all habilitering og rehabilitering. I tillegg til helse- og omsorgstenesta kommunalt og i spesialisthelsetenesta, har aktørar som t.d. NAV, barnevern, oppvekst og utdanning ein viktig rolle i oppfølginga av brukarar med samansette behov.

Samordning og samarbeid inneber ikkje at fagfolk skal gjere kvarandre sine oppgåver, men at dei skal utfylle kvarandre og gjere seg nytte av andre sin kompetanse og erfaring. I dette ligg det at samarbeidet må byggje på innsikt og respekt for aktørane sine faglege og organisatoriske bakgrunn og ståstad. I tillegg til det konkrete tverrfagleg samarbeidet rundt det enkelte individ med samansette problemstillingar er det behov for system og rutinar for korleis me skal samarbeide.

Modell for tverrfagleg samarbeid



- Huset symboliserer tilbodet til brukarane.
- Grunnmuren er tenesteapparatet sitt ansvar.
- For at huset skal stå støtt krev det sterke og robuste fagtenester, med myndiggjorte fagpersonar. Desse er symbolisert ved dei ulike søylene.
- Men ved samansette behov, er det ikkje nok at kvar enkelt teneste utfører sine oppgåver, tenestene må sjåast i samanheng.
- Me treng rutinar og prosedyrar, føringar for eit forpliktande samarbeid på tvers. Dette er symbolisert ved overbygget over søylene.
- Fundamentet i botnen handlar om felles verdigrunnlag, kompetanse, felles kultur og haldningar. Grunnverdiar er respekt, likeverd og brukarmedverknad.

4.4 Teieplikt

§ 13 i forvaltningslova gjev alle i den kommunale organisasjonen ei teieplikt om det vedkommande får kjennskap til i samband med tenesta. Lov om helsepersonell § 21 gjev teieplikt i eigenskap av å vere helsepersonell. Helsepersonell kan vidareformidle opplysningar til samarbeidande helsepersonell når det er nødvendig for å kunne gi forsvarleg helsehjelp og så lengje ikkje tenestemottakar motset seg dette. Ved samarbeid på tvers av einingar må ein som hovudregel innhente samtykke frå tenestemottakar for å kunne utveksle opplysningar underlagt teieplikt. Teieplikta skal ikkje vere til hinder for samarbeid.

4.5 Brukarmedverknad

«Lov om pasient- og brukarrettigheter» regulerer brukarmedverknad på *individnivå*. Pasientar og brukarar har rett til å medverke, og tenestene har plikt til å involvere pasient og brukar i undersøking, behandling og val av tenestetilbod. Det betyr at tenestetilbod så langt som mogleg skal utformast i samarbeid med pasient og brukar.

«Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» regulerer brukarmedverknad på *tenestenivå*. Verksemder har plikt til å gjere bruk av erfaringar frå pasientar, brukarar og pårørande.

«Lov om kommunale helse- og omsorgsstjenester» regulerer brukarmedverknad på *systemnivå*. Kommunen skal syte for at representantar for pasientar og brukarar blir høyrde ved utforminga av kommunale helse- og omsorgstenester.

Brukarmedverknaden må styrkast på ulike nivå.

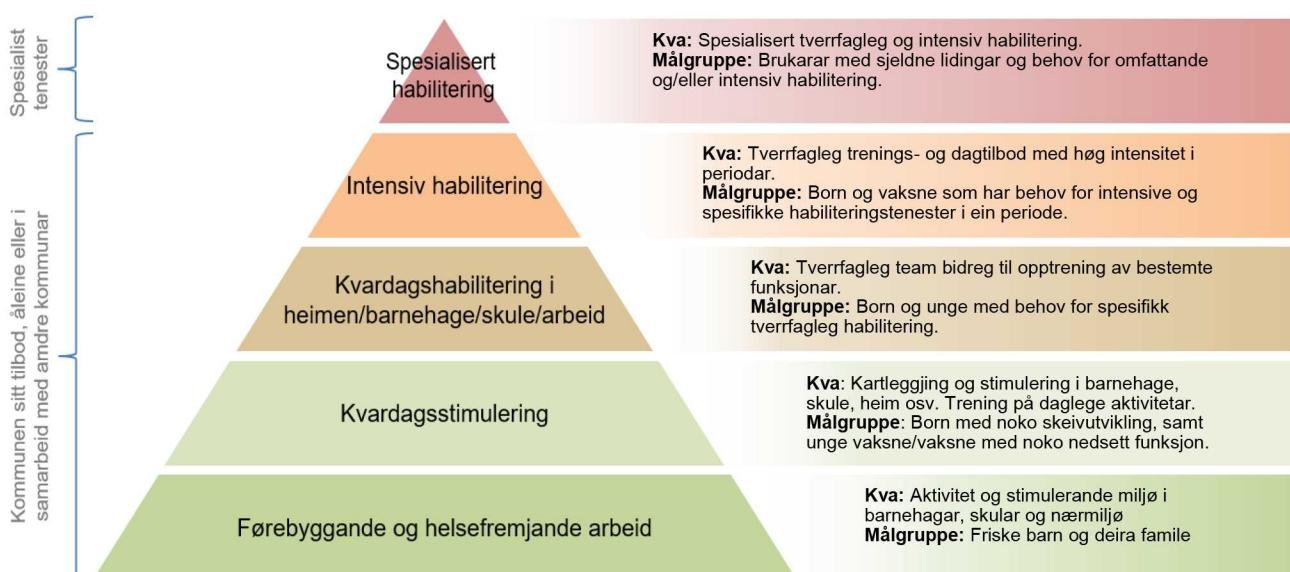
4.6 Habilitering

Born og unge med behov for habilitering er ei samansett gruppe, som kan ha svært ulike problemstillingar, bl.a. knytt til medisinske tilstandar eller kroniske sjukdommar. Til felles har dei at tilstanden påverkar funksjonsnivå, læringsevne og livskvalitet i ein slik grad at dei har behov for tverrfagleg og tverrsektoriell bistand. Born, både som pårørande og brukarar må inkluderast i kartlegging, utforming og evaluering av tenestene. Møte med born må individuelt tilpassast utifrå alder og modenheit. Bornet sine ressursar og evne til sjølvrealisering må vektleggast. Familieperspektivet er viktig, då behov for habilitering i stor grad også vil ha konsekvensar for familien. Viktige stikkord er tidleg innsats og så tidleg som mogeleg avdekke behov og ta initiativ til tverrfagleg samarbeid.

Overgangsfasar er særleg sårbar og her er det behov for gode rutinar og tidleg setje i gang med å planlegge. Eksempel på dette kan vere ved overgang barnehage/skule der det også kan vere nødvendig med skifte av personleg koordinator.

Etablerte tverrfaglege samarbeidsfora barn og unge

- FamilieForum
- HSP-møte



Habiliteringspyramide inspirert av Melhus kommune

Habiliteringspyramiden er uavhengig av om brukar bur heime hos foreldre, i eigen bustad eller i bustad med bemanning. I ein liten kommune som Luster vil det vere mange av dei same fagpersonane som er involvert uavhengig av på kva nivå i pyramiden det vert gitt eit tilbod. Dette krev eit system som gir rom for fleksibilitet, der tenestene vert organisert avhengig av brukaren sitt behov.

Førebyggande og helsefremjande arbeid gjeld alle born og familiær. Det handlar om gode nærmiljø som stimulerer til meistring og aktivitet, samt barnehagar og skular som ivaretak utvikling, meistring og aktivitetsglede.

Kvardagsstimulering gjeld dei som treng litt ekstra stimuli i kvardagen. Det er born som ser ut til å ha noko skeivutvikling eller er litt seinare utvikla samanlikna med gjennomsnittet. Desse borna har behov for ei grundigare kartlegging og oppfølging. Dei treng i tillegg at nettverket rundt har eit spesielt fokus på stimulering og meistring av daglege aktivitetar. Kvardagsstimulering er også viktig for vaksne habiliteringsbrukarar og handlar om å bli stimulert til å meistre daglege aktivitetar ut frå eigne føresetnader. Det kan til dømes vere personleg hygiene, halde orden i bustaden, lage mat, vaske klede eller utføre ein jobb.

Kvardagshabilitering krev meir oppfølging av personale med spesialisert kompetanse, som t.d. ergoterapeut, fysioterapeut, logoped, psykolog, spesialpedagog, vernepleiar osv. Målgruppa er born og vaksne med behov for meir spesifikk tverrfagleg oppfølging. Tilbodet er ein integrert del av kvardagen til brukarne. Det er viktig med tverrfagleg samarbeid og felles målsetjing.

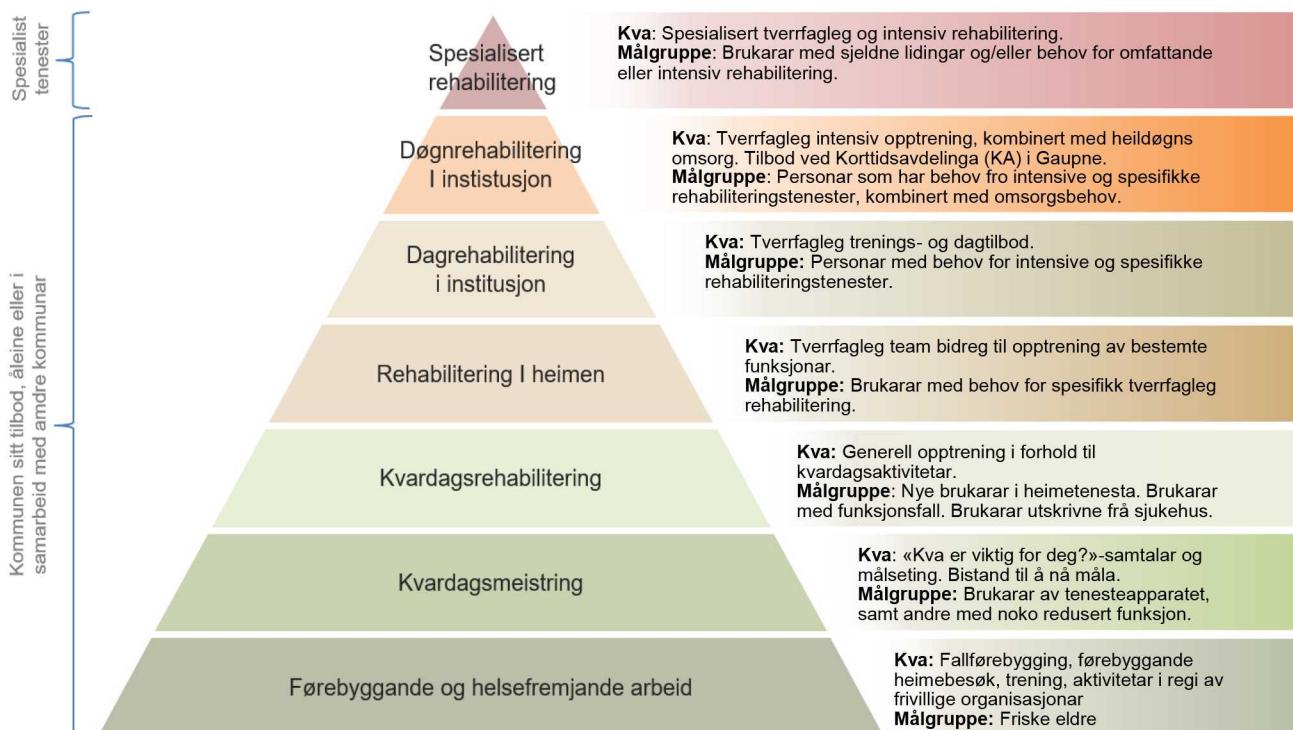
Intensiv habilitering har liknar på mange måtar kvardagshabilitering, men krev høg intensitet på treninga i periodar. Dette kan vere viktig for å oppnå løft i funksjon på eit bestemt område. Ei slik arbeidsform krev periodisering, der det er periodar med høgare intensitet, men også periodar med lågare intenstet i treninga.

Det er nødvendig med systematisk, tverrfagleg kartlegging for å avgjere behov for oppfølging. I og med at det ofte vil vere dei same fagpersonane som er involvert uavhengig av nivå, krev det ei bevisst haldning og fleksibilitet i tenesteapparatet.

4.7 Rehabilitering

Dette er ei samansett gruppe med ulike behov. Det kan t.d. vere yrkesaktive personar med behov for opptrening etter ein operasjon, personar som slit med nedsett funksjon og psykiske problem eller eldre med funksjonssvikt som har vanskeleg med å klare seg i eigen heim.

Rehabiliteringspyramiden skisserar tilhøvet mellom brukarar og kva type rehabilitering som vert nytta. I botnen ligg helsefremjing og kvardagsmeistring som grunnlag for alle tenester. Eit rundskriv frå Helse og omsorgsdepartementet i 2017 (I-5/2017) peikar på at kommunane i sin saksbehandling skal utreda rehabiliteringspotensial før ein set i verk kompenserande tilbod og tenester. Det krev ei tilnærming der ein legg vekt på å kartleggje brukaren sine ressursar og mogelegheiter for meistring og ikkje einsidig har fokus på problem, utfordringar og kva vedkommande treng hjel til.



Rehabiliteringspyramide inspirert av Melhus kommune

Førebyggjande og helsefremjande arbeid gjeld alle. Luster kommune tilbyr førebyggjande heimebesøk og har eit rikt tilbod av aktivitetar både i kommunal regi og i regi av friviljuge organisasjonar.

For brukarar som står i fare for eller er i ferd med å få nedsett funksjon blir **kvardagsmeistring** viktig. Det handlar om å oppretthalde funksjonar på viktige område og oppleve meistring på trass av noko redusert generell funksjon. Utgangspunktet er kva som er viktig for den enkelte. Både hjelpeapparatet og pårørande må ha eit fokus på korleis ein kan oppretthalde funksjonar som er viktig for den enkelte, t.d. å kunne å til butikken sjølv, i staden for å gå i «hjelpefella».

Kvardagsrehabilitering gjeld brukarar som har hatt eit funksjonsfall, men med potensiale til å kunne oppnå tidlegare funksjon. Dette kan til dømes vere brukarar som har vore innlagt på KA eller sjukehus, nye brukarar i heimetenesta og andre med fall i funksjon. Tiltaka er generell rehabilitering med fokus på kva som er viktig for den enkelte. I forhold til kvardagsmeistring skal det vere ei meir systematisk opptrenings med fokus på kvardagsaktivitetar. Tenesteutøvarane er personell i heimetenesta, samt ergoterapeut og fysioterapeut. Kommunen er i gang med eit prosjekt innan Kvardagsrehabilitering, der målet er at dette skal kunne tildelast som eiga teneste i løpet av 2019.

Rehabilitering i heimen krev meir spesialisert kompetanse. Målgruppa er brukarar med behov for spesifikk opptrening eller behandling i samband med sjukdom eller skade. Her kan vere personar som har behov for oppfølging i heimen, men og dei som sjølve kan oppsøkje behandlingstilbod i kommunen. Her er behov for meir spesialisert kompetanse som ergoterapeut, fysioterapeut, logoped, sjukepleiar med rehabiliteringskompetanse med fleire.

Dagrehabilitering i institusjon gjeld brukarar som har hatt eit så stort fall i funksjon at dei også har behov for omsorgstenester. Treninga bør ha høg intensitet. Sosial aktivitet og måltid er også ein viktig del av rehabiliteringa. Brukar bur heime, noko som er viktig i forhold til å oppretthalde daglege funksjonar og kvardagsliv. Tilbodet bør bestå av spesialisert trening, både individuelt og i grupper, samt sosial aktivitet og tilbod om måltid.

Kommunal rehabilitering i institusjon skjer hovudsakleg ved Korttidsavdelinga (KA) på Gaupne Omsorgssenter. Dette gjeld brukarar som i tillegg til behov for rehabilitering har eit så stort omsorgsbehov at dei treng døgnbemanna tilsyn/behandling. KA har tilknytt lege, fysioterapeut og ergoterapeut, i tillegg til personale ved avdelinga. Andre faggrupper kan trekkast inn ved behov. Det er faste tverrfaglege møter kvar veke. KA har ei viktig rolle i rehabiliteringsarbeidet i Luster kommune. Dette gjeld både i forhold til kompetanse og tverrfagleg samarbeid, samt i mange tilfelle koordinering av vidare forløp.

Det blir viktig for Luster kommune å sjå på korleis me kartlegg og vidare sikrar tilbod på rett nivå i pyramiden. Det er nødvendig med systematisk, tverrfagleg kartlegging for å avgjere behovet for oppfølging innan rehabilitering.

I ein liten kommune som Luster vil det som nemnt vere mange av dei same fagpersonane som er involvert uavhengig av kva nivå i pyramiden det vert gitt eit tilbod på. Dette krev eit system som gir rom for fleksibilitet, der tenestene vert organisert avhengig av brukaren sitt behov. Det kan til dømes vere hensiktsmessig å organisere tverrfaglege team rundt enkeltbrukarar.

Det blir også viktig å sjå på overgangane mellom dei ulike nivåa, korleis tenesteapparatet koordinerer og legg til rette for gode, heilskapelege pasientforløp og overgangar. Overgangar kan vere frå spesialisthelseteneste til kommune, men og innad i kommunen mellom dei ulike nivåa.

Frisklivssentralen og Friskhuset

Luster kommune har i dag ein interkommunal frisklivssentral i samarbeid med Sogndal kommune, Frisklivssentralen Sogn. Inn under dette ligg også tilbod om læring og meistring (<http://sognfms.blogspot.no/>).

Friskhuset skal stå ferdig 01.01.2019 og vil samle fleire tilbod i Luster kommune. Luster Treningssenter vil få nye lokale, det er rom for fysioterapeutar i privat praksis, samt Frisklivssentralen. Fleire aktørar kan vere aktuelle på sikt. Saman med Lustrabadet vil dette bli ein viktig arena for fruktrenting, førebygging, opptrening og habilitering/rehabilitering.

4.8 Spesialisthelsetenesta

Det regionale helseføretaket syte for at det vert tilbydd og ytt habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetenesta i eller utanfor institusjon. Brukarar kan tilvisast ulike team, som kan utreda og gje råd og rettleiing for oppfølging i kommunen.

Habilitering/rehabilitering er ei oppgåve både for kommunen og spesialisthelsetenesta. Behovet for spesialisert kompetanse/spesialisering, intensitet og kompleksiteten vil avgjere kor ansvaret ligg. Modellen under viser ei ansvarsdeling skissert i IS-1947 (<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/189/Avklarings-av-ansvars-og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet-IS-1947.pdf>)

Kommune		Spesialisthelsetenesta
Behov for kompetanse knytt til moglegheter og begrensningar i nærmiljøet?	 Brukar sitt mål om best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet	Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for kompleksitet?
Behov for tverrsektorial samhandling?		Behov for intensitet?

I «Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator» er det gitt anbefaling på ulike tilbod og diagnosar som bør bli handtert i spesialisthelseteneste og/eller kommune.

Tabell 8.1 Helsedirektoratets anbefalinger i veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator

Tilbud som bør ytes i kommunene	Tilbud som bør ytes i spesialisthelsetjenesten
<p>Tilbud til pasienter og brukere med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene, f.eks.:</p> <ul style="list-style-type: none">• muskel- og skelettsykdommer.• livsstilssykdommer.• lettere psykiske lidelser.• diabetes.• kols og lungesykdommer.• kreft.• rehabilitering i senere fase innen hjerte- og karsykdommer, herunder hjerneslag.• rehabilitering ved mindre omfattende behov etter ortopedisk behandling. <p>Videre anbefales at kommunene styrker tilbuddet innen sansetap, læring og mestring og endring av levevaner.</p>	<p>Rehabilitering av særlig kompleks art, og i akutte faser og ved betydelige endringer i funksjonsnivå, f.eks. til pasienter med:</p> <ul style="list-style-type: none">• progredierende nevrologiske tilstander – ved betydelige endringer og i akutte faser• nevrologiske tilstander som CP, hjerneslag med komplekse utfall, spinalskade, traumatisk hodeskade• amputasjoner• multitraumer• sjeldne sykdommer og tilstander

Kilde: Helsedirektoratet 2015

Tiltak fra spesialisthelsetjenesten må omfatte både utredning, behandling, veiledning og opplæring.

4.9 Heilskaplege forløp

Gode pasientforløp er vesentleg, både i eigen kommune og i samarbeid med spesialisthelsetenesta. Det må vere samanheng i tilboden, med fokus på heilskapelege og koordinerte tenester.

Døme på sentrale kjenneteikn ved gode pasientforløp innan habilitering og rehabilitering, uavhengig av behov:

- Tidlig intervasjon
- Kontinuitet og gode overganger mellom nivå og sektorar
- Samhandling mellom aktørane er konkretisert
- Aktiv brukarmedverknad, brukar sine mål
- Kunnskap og kompetanse
- Ambulante tenester og veiledning
- Heilskapleg tilnærming basert på [ICF](#)
- Individuell plan og koordinator som verktøy for god samhandling og brukarmedverknad
- Koordinerande eining for habilitering og rehabilitering (KE) er sentral ressurs

Pasientforløp i rehabilitering kan grovt delast inn fire hovudtypar:

1. Pasientforløp der behovet vert avdekkja og løyst kommunen. Eventuelt i kombinasjon med private tenester som kommunen inngår avtalar med og i samarbeid med andre sektorar.
2. Pasientforløp der behovet vert avdekkja i kommunen, men der behovet tilseier at pasienten vert søkt/tilvist til rehabilitering i spesialisthelsetenesta. Rehabiliteringstilboden vert gitt i rehabiliteringsavdeling ved eit helseføretak eller i privat rehabiliteringsinstitusjon, eventuelt i kombinasjon av desse.
3. Pasientforløp som startar med planlagt innleiring i spesialisthelsetenesta, for eksempel eit kirurgisk inngrep. Rehabiliteringsprosessen startar integrert med medisinsk behandling i samme

- avdeling som utfører det kirurgiske inngrepet. Pasienten vert overført vidare til rehabiliteringsavdeling i spesialisthelsetenesta eller til rehabilitering i kommunen.
4. Pasientforløp som startar med akuttinnlegging i spesialisthelseteneste og vidare rehabilitering frå tidleg fase, eventuelt også vidare ut i forløpet i spesialisthelsetenest. Etter dette vert pasient overført til rehabilitering og oppfølging i kommunen. (*Veilder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*, 2017).

Habiliteringstenestene i Norge er organisert ansleis enn rehabiliteringstenestene, med sterkare vekt på poliklinisk verksemd, ambulant oppfølging og mindre døgnopphald. Pasientforløpa i habilitering artar seg derfor ofte ansleis enn rehabiliteringsforløp, særleg i spesialisthelsetenesta.

Det er viktig at brukarane opplever samanheng i forløpa og gode overgangar mellom dei ulike nivåa.

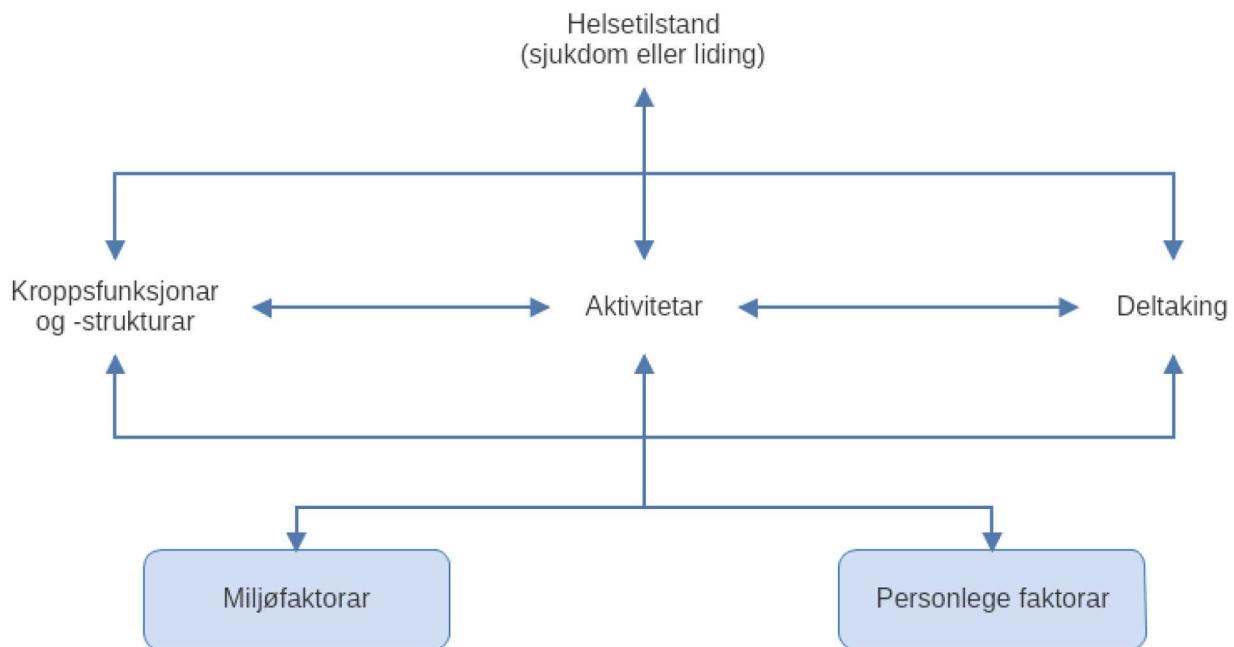
4.10 Fastlegen sin rolle

Fastlegen har ein sentral rolle innan habilitering og rehabilitering som medisinsk koordinator og er viktig i det tverrfaglege samarbeidet. Fastlegen skal diagnostisere, utrede og behandle og tilvise spesialisthelsetenesta dersom behovet for kompetanse tilseier dette. Fastlegane vil ofte møte pasienten i tidleg fase av eit sjukdomsforløp og kan ofte ha kjent brukar og familie gjennom lang tid. Fastlegen vil også kunne avdekke behov for habilitering/rehabilitering.

4.11 Faktorar som påverkar ein habiliterings-/rehabiliteringsprosess

ICF – international classification of functioning er eit hjelpemiddel for å vurdere funksjon og kan vere eit godt verktøy i habilitering/rehabilitering. Verdens Helseorganisasjon sin internasjonale klassifikasjon av funksjon og funksjonshemmning (ICF) beskriv funksjon og funksjonsproblem ut frå deltaking, aktivitet og kropp. Kvar enkelt si funksjonsevne innanfor kvart av desse perspektiva vert påverka både av helsetilstand, av personlege faktorar og faktorar i omgivnadene. Faktorar i omgivnadene inkluderer både fysiske og sosiale faktorar og haldningar.

ICF – ein teoretisk modell:



Tekniske hjelpemiddel

Tekniske hjelpemiddel kan vera eit aktuelt tilbod i ein habiliterings-/rehabiliteringsprosess. Redusert funksjon kan kompenserast med hjelpemiddel og tilrettelegging både for kortare periodar og på meir permanent basis. NAV-HMS dekkar utgifter til hjelpemiddel for personar som på grunn av «sjukdom, skade eller lyte» har varig redusert funksjonsevne. Hjelpemiddelet skal «betre den alminnelige funksjonsevne» eller «lette pleie i heimen». Funksjonstapet skal vera varig, minst 2 år, eller situasjonen slik at ein ikkje ser potensiale for vesentleg funksjonsforbetring. Hjelpeidla vert tildelte etter søknad. Kommunen har ansvar for å hjelpa brukarane med val av funksjonelle hjelpemiddel og grunngjeving i søknadsprosessen.

Kommunen har ansvar for å ha utstyr tilgjengeleg for korttidsutlån. Det kan her vere hensiktmessig å sjå på kommunen sitt system for korttidsutlån. Dette gjeld lager for utstyr, tilgjenge og oversikt, vedlikehald og reinhald av utstyr, samt utkjøring/utlevering.

Universell utforming

Universell utforming handlar om å utforme omgjevnadane slik at vi tek omsyn til variasjonen i funksjonsevne hos innbyggjarane, inkludert personar med nedsett funksjonsevne. Når du lagar noko som er universelt utforma, når du alle målgruppene gjennom ei og same løysing. Dette gjeld utvikling av produkt, tenester, bygg, infrastruktur m.m.

IKT og velferdsteknologi

Det blir viktig å ta i bruk nye løysingar innan IKT og velferdsteknologi. Velferdsteknologi skal styrke meistring i kvardagen for brukaren og gi betre utnytting av helse- og omsorgstenesta sine ressursar. Teknologien skal gjere brukarane meir sjølvhjelpe og aktive. Samstundes opnar teknologien for nye måtar å behandle brukarar på enn det tradisjonelle møtet mellom behandlar og pasient.

Friviljug innsats

Luster Frivilligsentral og dei frivillige laga i kommunen vil kunne spele viktige rollar i det samla tilbodet. Når mykje av rehabilitering og habilitering skal føregå i kommunane vil dette stille store krav til ein auke av personressursen. Her kan frivillig sektor vere ein viktig ressurs. Tilgjengje til nok «hender» kan gi store utfordringar framover og det blir avgjerande kor flinke og heldige me blir til å løyse dette på ein god måte.

Denne forteljinga frå «Veilder om oppfølging av personar med store og sammensatte behov» kunne like godt vere henta frå Luster kommune:

Klara 80 år

«Klara på 80 år har kols, benskjørhet, hjertesvikt og begynnende demens. Hun bor på landet alene i egen bolig. Hun har et sterkt ønske om å bo hjemme så lenge som mulig. Barna har flyttet til storbyen og ser henne sjeldan. Hun er engstelig og dårlig til bens, og har hatt flere innleggelsear årlig på grunn av pustebesvær som både skyldes hennes lungesykdom og hjertesykdom. Hun trenger en del hjelp til det praktiske i huset og har vanskelig for å komme seg ut. Hun har i dag hjemmesykepleie 4 ganger i uka og hjemmehjelp daglig.»

5.0. Utfordringar

Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-19) peikar på at trass dei utfordringane mangel på personell og kompetanse medfører, er truleg den største utfordringa knytt til innretninga av rehabiliteringstilbodet, både fagleg og når det gjeld arbeidsform.

Dei ulike tenestene i kommunane er organisert kvar for seg i eigne organisatoriske einingar. Ein føresetnad for eit godt rehabiliteringstilbod er koordinering og samarbeid mellom tenestene.

Mangel på gode nok system for tverrfagleg samarbeid går utover brukarane. Det blir viktig å sjå på innretninga av arbeidsform og auka fagleg nivå hjå tenesteytarane. Tenesteytarane må støtte opp om og utløyse alle dei ressursane som ligg hjå brukaren, deira familie og sosiale nettverk, i nærmiljø og i lokalsamfunnet.

Det vert stadig viktigare med individuelle tilpassingar. Det er den enkelte sitt individuelle behov som skal avgjere tilboden, uavhengig av korleis tenestene er organisert. Opptrappingsplanen peikar på at det er behov for ein meir proaktiv tilnærming frå tenestene, meir teamarbeid og meir systematikk i oppfølginga. Det handlar om ei endring hjå tenesteytarane frå å spørje den enkelte: «Kva kan eg hjelpe deg med?» til å ha fokus på «Kva er viktig for deg?» Dette handlar om både kompetanse og haldningar hjå tenesteytarane.

Luster kommune er organisert i tenesteeiningar noko som kan gjøre det utfordrande å koordinere habiliterings- /rehabiliteringstenesta og stå fram som ein heilskap. Det stiller også krav til system.

I kartleggingsfasen har me involvert og utfordra tilsette og brukarar. Det har i stor grad vorte brukt etablerte tverrfaglege fora og møteplassar for å identifisere ulike problemstillingar. Me har då blitt særleg merksame på det me kallar kritiske fasar, dvs. fasar der det i særleg grad er behov for samhandling og system.

Særleg utsett er **overgangsfasar**. Me har utfordringar knytt til å ha gode nok system som sikrar livsfaseovergangar, mellom anna born – ungdom – voksen. Eit eksempel på dette kan vere eit barn med samansette behov som går i 10.klasse på ungdomsskulen og skal over i vidaregåande skule. Det handlar då om både planlegging og gjennomføring av overgang, samt når og korleis dei ulike prosessane blir gjennomført. Det kan også vere ei vere ei utfordring å finne koordinatorar – særleg i overgangen born-voksen.

Vidare er det utfordringar knytt til **«gråsoner»**. Det vil sei der det er uavklarte ansvarsforhold. Problemstillingar som «alle og ingen eig» og «einkvan» må gjøre noko.

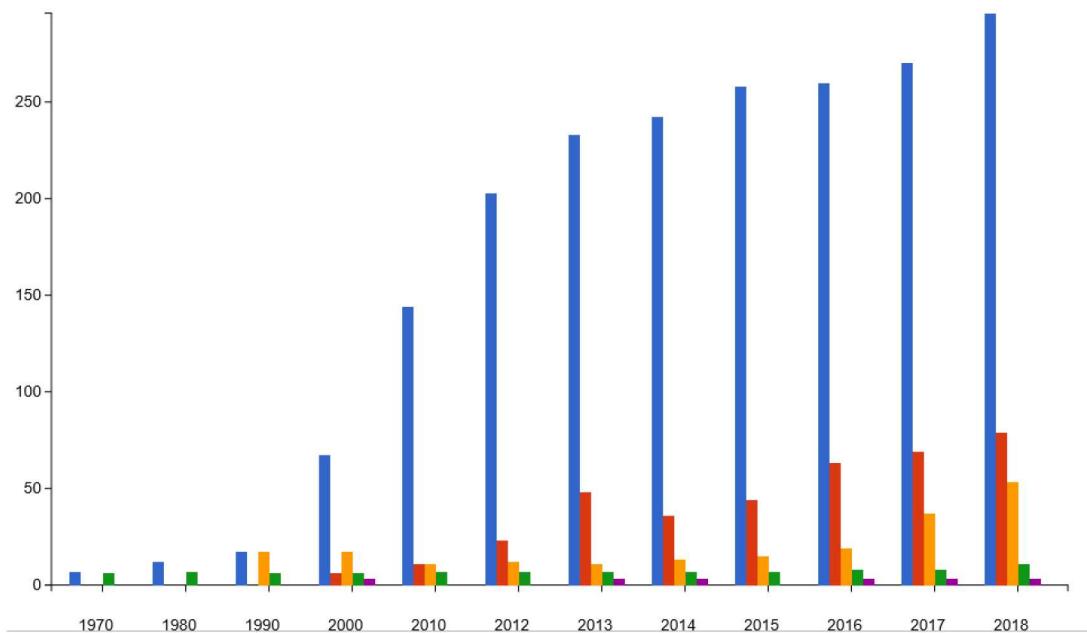
Sameleis kan det vere når det oppstår ei ny problemstilling som ein må ta tak i. For eksempel ein barn som ikkje følgjer normal aldersutvikling og det er mistanke om at her kan det vere noko som bør utreiast nærmare. Kven og korleis tek ein ansvar for å følgje opp vidare? Her kan vere mange personar involvert og det er lett å stole på at andre gjer noko. For eksempel eit barn på 12 månader der det er forsinka utvikling motorisk/kognitivt. Aktuelle aktørar her kan vere: foreldre, Helsestasjon (helsesøster, fysioterapeut, lege), fastlege, BUP, Barneavdelinga/habiliteringseininger, NAV, Barnevern m.fl. Her kan det vere uavklarte ansvarsforhold og systema må sikre rett tiltak til rett tid.

Luster kommune har ein aukande andel med innvandrarbakgrunn. Kommunen har behov for auka kunnskap om habilitering og rehabilitering til personar med innvandrarbakgrunn. Grafen viser innvandrarar og norskfødde med innvandrarforeldre etter opphavsland.

Kvar kjem innvandrarane frå i Luster kommune?

■ Europa unntatt Tyrkia
 ■ Asia med Tyrkia
 ■ Sør- og Mellom-Amerika

■ Afrika
 ■ Nord-Amerika
 ■ Oseania



Det vil bli fleire eldre i forhold til yrkesaktive, men som det går fram av folketalsframskrivninga vil «eldrebølgja» i Luster kommune først slå til fram mot år 2025.

Folketalsframskriving for Luster kommune

Personar pr. 1. januar	2018	2020	2025	2030	2035	2040
0-5 år	378	374	344	354	358	359
6-15 år	667	658	647	642	626	636
16-66 år	3 242	3 231	3 211	3 161	3 164	3 119
67 år eller eldre	936	963	1 079	1 183	1 265	1 342
Totalt folketal	5 223	5 226	5 281	5 340	5 413	5 456

Personer pr. 1. januar	2018	2020	2025	2030	2035	2040
67-79 år	613	647	735	767	779	771
80-89 år	238	243	270	341	389	447
90 år og eldre	85	73	74	75	97	124

(<https://statistikk.fylkesatlas.no/tema/48e1bb7a-7998-4599-bddc-c4ec67f0bb3a/75>)

5.1 Kven er morgondagens brukarar?

Dette er ikkje ei einsarta gruppe, men personar i alle aldrar med ulike problemstillingar. Ut frå erfaringar meiner me å sjå nokre utviklingstrekk blant morgondagens brukarar.

- Mange barn og unge med ulike utfordringar
- Generell auke i psykiske plager hjå unge jenter
- Problemstillingar knytt til Drop-out i vidaregåande skule
- Har erfaring, kunnskap og kan bruke digitale verktøy
- Har bra standard på bustaden
- Større sosial ulikskap
- Ynskjer å bu heime og klare seg mest mogeleg sjølv
- Fleire har sertifikat
- Mange er aktive og deltagande i nærmiljøet
- Meir kunnskap i høve til å ivareta eiga helse
- Medisinsk utvikling gjer at mange lever lenge med kompliserte sjukdomar
- Behov for tett oppfølging på grunn av samansette og kroniske sjukdomar
- Færre har nær familien som bur i nærlieken av brukar

Desse forteljingane frå «Veileder om oppfølging av personar med store sammensatte behov» viser aktuelle problemstillingar innan habilitering/rehabilitering.

Kari 36 år

«Kari har utviklet overvekt fra barndommen. Da hun var 29 år veide hun 152 kg. Hun har gjennomført et rehabiliteringsprogram som er en ikke-kirurgisk behandlingsform med mål om å endre livsstil. Hun oppgir at hun er deprimert. Hun opplever tungt i kroppen, våkner tidlig om morgen og er initiativløs. Hun er tungpustet og har artroseplager, noe som virker begrensende på fysisk aktivitet. Hun har også problemer med balansen. Hun har diabetes og høyt blodtrykk. Hun har to gode venner, men for øvrig lite sosialt nettverk og familien bor et stykke unna. Hun er uføretrygd i 50 % og er for en stor del langtidssykmeldt fra jobben sin.» ("Gjør det så enkelt som mulig" - Tipshefte om individuell plan, Helsedirektoratet 2008)

Martin 55 år

«Martin er 55 år. Han arbeider som kokk, men er sykmeldt. Han har astma, kols, lungeemfysem, allergier. Martin er gift og har to barn. Han har hunder og driver med jakt. Martin må muligens begynne med surstoff om natta. Han er overvektig, røyker mye og drikker en del også.

Martin var skrevet ut av sykehuset etter et alvorlig astmaanfall. Han har fått beskjed om at han må ha surstoff om natta. Han er sykmeldt på 5. måned og vil ikke ha kontakt med jobben. Han er deprimert, sint og motløs og vil ikke gå ut. Han har fått angstangfall. Martin vurderer å skille seg for at kona ikke skal "drasse rundt med en syk mann". Han vil avlive bikkjene for han tror ikke at han kommer på jakt mer.

Martin trener ikke, men går innimellom til fysioterapeut på grunn av vond nakke. Han har fått tilbud om røykeavvenningskurs av legen sin, men orker ikke å tenke på det akkurat nå. En lege nevnte at han var overvektig, men Martin er lite villig til å forandre kosthold. Han har hyppige, store kurer med kortison og føler seg stadig sulten.» ("Gjør det så enkelt som mulig" - Tipshefte om individuell plan, Helsedirektoratet 2008)

6.0 Kompetanse

For å ha god kvalitet i tenestene og imøtekoma brukarane sine behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, er det nødvendig med grunnleggande kompetanse. Breidda i brukarane sine behov krev eit vidt spekter av kompetanse. Kommunen treng basiskompetanse innan habilitering/rehabilitering og samhandling blant mange tilsette, samstundes som me også er avhengig av personale med spisskompetanse på habilitering/rehabilitering. Sentrale profesjonar er i følgje veiledaren; ergoterapeutar, fysioterapeutar, legar, psykologar, soshonomar, sjukepleiarar og vernepleiarar. Anna aktuell kompetanse er logoped og tilbod om audio-synspedagog. Kompetanse innan ernæring kan også vere sentralt for mange brukargrupper. Vidare vil kompetanse som soshonom vere ein styrke for habilitering/rehabilitering i kommunen og kunne hjelpe tilsette og brukarar med å finne gode løysingar. Brukarkompetanse gjev nyttige erfaringar og innspel til tenestene.

Kommunen skal jamfør lov om kommunale helse- og omsorgstenester ha knytt til seg lege, sjukepleiar, fysioterapeut, jordmor og helsesøster. Frå 01.01.2020 er det også krav om at kommunen skal ha knytt til seg ergoterapeut og psykolog.

Habilitering og rehabilitering vil føregå der brukarane oppheld seg til ei kvar tid, anten i heimen, skule, barnehage, arbeid eller aktivitetstilbod. Sikring av kompetanse i dei ulike einingar må skje gjennom kompetanseplanar. Aktuelle tiltak er vidare -og etterutdanning, nettbasert utdanning/opplæring og kurs. Det vil vere hensiktsmessig å byggje kompetanse på tvers av einingar for å sikre felles forståing og verdigrunnlag.

Vidare treng kommunen dyktige koordinatorar, som både har god kompetanse og får støtte til å utføre rolla som koordinator.

For å sikre habilitering - og rehabiliteringskompetanse er det sentralt å ha eit fagleg tyngdepunkt med fagspesifikk kompetanse. Kommunen må ha tilstrekkeleg personale med spisskompetanse innan habilitering/rehabilitering for å kunne gi gode tilbod på alle nivå i habiliterings- og rehabiliteringspyramiden. Innføring av nye tilbod vil kunne gi auka behov for ressursar. KA har ei viktig rolle i rehabiliteringsarbeidet i kommunen både i forhold til kompetanse og tverrfagleg samarbeid, samt i mange tilfelle også koordinering av heilscapelege forløp. Etableringa av Friskhuset legg til rette for samarbeid og har potensiale til å bli eit senter for førebygging, fruktretning, opptrening og habilitering/rehabilitering i kommunen.

KE har ein sentral rolle i planlegging og utvikling av habiliterings- og rehabiliteringstenesta i kommunen.

Handlingsplan for habilitering og rehabilitering 2018 – 2022

Utifrå plan for habilitering og rehabilitering er det laga følgjande handlingsplan for planperioden. Handlingsplanen skal vera eit arbeidsverktøy for å iversetje intensjonane i planen og sikre at lov og forskrift vert følt opp. Planen skal rullerast årleg, reviderast kvar 4. år og forankrast i kommunen sin gjeldane økonomiplan.

1.	Etablere kvardagsrehabilitering som teneste
BAKGRUNN	Nasjonal satsing på kvardagsrehabilitering. Manglande tilbod i Luster Kommune.
TILTAK	Etablere eige prosjekt med prosjektleiar og tverrfagleg prosjektgruppe for kvardagsrehabilitering.
ANSVAR	Prosjektleiar og prosjektgruppe for kvardagsrehabilitering
RESULTATMÅL	Kvardagsrehabilitering kan tildelast som teneste
ØKONOMI	Prosjektstilling. Prosjektmidlar. Vurdere behov for ressursar til drift og ev. behov for auka terapeutressurs.
TID	Implementering i 2019

2.	Basiskompetanse
BAKGRUNN	Behov for å auke kompetanse om habilitering og rehabilitering i tenestene, samt brukarmedverknad og samhandlingskompetanse.
TILTAK	<ul style="list-style-type: none">• Utdanning innan kvardagsrehabilitering for ressurspersonar innan omsorg (heimetenesta og KA)• Felles fagdagar 1-2 gonger i året i regi av KE for koordinatorar m.fl.• Intern opplæring i aktuelle einingar 1-2 gonger i året• Innføre faglunsj/temalunsj i aktuelle einingar• Markere «Kva er viktig for deg dagen?» 6.juni• E-læring
ANSVAR	KE og einingsleiarar
RESULTATMÅL	Kompetanse innan samhandling, brukarmedverknad, rehabilitering og habilitering er styrka.
ØKONOMI	Bruk av kompetansemidlar. Nytte prosjektmidlar til utdanning av ressurspersonar.
TID	Årleg

3.	Styrke koordinatorrolla
BAKGRUNN	Koordinatorane har ein nøkk爾olle og er viktige for å koordinere samarbeid og forløp på tvers av einingar og nivå.
TILTAK	<ul style="list-style-type: none"> • Plan for opplæring og oppfølging av kooordinatorar • 2 årlege koordinatorsamlingar • Gjennomføre ca. 10 «Workshops» i året • Bruk av e-læringsverktøy • Leiarst�tte
ANSVAR	KE og einigsleiarar
RESULTATMÅL	Kompetente koordinatorar som er trygge i rolla som koordinatorar
�OKONOMI	Kompetansemidlar
TID	�rleg frå 2018

4.	«Ei dør inn» - tenestene skal vere enkle å finne fram til
BAKGRUNN	Brukarar som har omfattande hjelpebehov opplever ofte «�g� frå eit kontor til eit anna, utan at tilsette kan hjelpe dei». Dette er teikn på tenestene ikkje er samkjørte og tverrfagleg organisert.
TILTAK	<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide digital modell for tverrfagleg samarbeid – «ei dør inn» • Tenesteytar som kan hjelpe i systemet og finne gode løysingar (til dømes sosionomkompetanse). • Tenesteytar som kan koordinere tilbod i ein startfase til koordinator er etablert i rolla og ved behov ha mogelegheit til å ta rolla som koordinator for ein periode.
ANSVAR	KE
RESULTATMÅL	Brukarar med langvarige og samansette behov skal oppleve at kommunen sitt hjelpeapparat er samkjørte og tilbyr dei tenester brukarane har rett og krav på.
�OKONOMI	Behov for ekstra ressursar
TID	2019 - 2020

5.	Sikre gode, heilsapelege forløp
BAKGRUNN	Kartlegging viser at overgangfasar, både livsfaseovergangar og overgangar mellom ulike nivå er kritiske fasar. Det same gjeld «gråsoner» der det er uavklarte ansvarsforhold, som t.d før ein har etablert eit tilbod.
TILTAK	<ul style="list-style-type: none"> • Tydeleggjere KE sitt ansvar for koordinering i LK • KE må vurdere prosedyrar og rutinar, samt etablert praksis. • Sikre gode forløp – (sjå på «standard»/prosedyrer for forløp/samarbeid) t.d. ved overgangar – involvere aktuelle einingar • Fleksibel bruk av ressursar • Aktiv bruk av VISMA Sampro som verktøy for samarbeid • Sjå på samarbeid/samarbeidsavtalar med spesialisthelsetenesta
ANSVAR	KE og einingsleiarar
RESULTATMÅL	Luster kommune sikrar gode, heilsapelege forløp
ØKONOMI	Innanfor eksisterande rammer, ev. søkje om prosjektmidlar
TID	2018-2020

6.	Systematikk i tverrfagleg kartlegging, tildeling og utføring av tenester
BAKGRUNN	Sentrale føringar peikar på at manglande systematikk i kommunal tverrfageleg kartlegging. Det er viktig at behov blir fanga raskt opp. Organisering av tilbod til brukarane må ta utgangspunkt i brukaren sine behov og mål, ikkje i korleis tenestene er inndelt.
TILTAK	<ul style="list-style-type: none"> • Vurdere behov for tverrfaglege kartleggjingsverktøy • Sjå på tildelingsstruktur • Sjå må mogelegheit for å etablere tverrfaglege team rundt brukarar med samansette behov • Rom for fleksibilitet og tilpassingar i tenestene
ANSVAR	KE og einingsleiarar
RESULTATMÅL	Luster kommune sikrar system for tverrfagleg kartlegging, tildeling og utføring av tenester
ØKONOMI	Innanfor eksisterande rammer, ev. søkje om prosjektmidlar
TID	2019-2020

7.	Styrke brukarmedverkad
BAKGRUNN	Brukarmedverknad er ein lovfesta rett regulert gjennom sentrale føringar, både på individ-, teneste- og systemnivå.
TILTAK	<ul style="list-style-type: none"> • Jamnlege brukarundersøkjingar innan habilitering og rehabilitering • Vurdere å nytte kartleggjingsverktøy for å kartlegge effekt av Habiliterings-/rehabiliteringsforløp (verktøy KS) • Auka kompetanse blant tenesteytarane • Markere «Kva er viktig for deg dagen?» 6.juni • Involvere brukarrepresentantar i utviklingsarbeid
ANSVAR	KE og einingsleiarane
RESULTATMÅL	Brukarmedverknaden er styrka
ØKONOMI	Prosjektmidlar
TID	2018-2020

8.	Styrke rolla til Korttidsavdelinga i arbeidet med rehabilitering i kommunen
BAKGRUNN	Korttidsavdelinga har ei viktig rolle i rehabiliteringsarbeidet i kommunen både i forhold til kompetanse og tverrfagleg samarbeid, samt i mange tilfelle også koordinering av heilsapelege forløp. Jamfør rehabiliteringspyramiden.
TILTAK	<ul style="list-style-type: none"> • Differensiere mellom rehabiliteringsopphald og anna korttidsopphald • Sjå på rutinar knytt til rehabiliteringsopphald, utskriving og planlegging av vidare forløp • Auka kompetanse innan rehabilitering • Styrke fysioterapitenesta med 20 % stilling
ANSVAR	KE og einingsleiar
RESULTATMÅL	Korttidsavdelinga har tilstrekkeleg med kompetanse og ressursar for å kunne ivareta communal habilitering/rehabilitering på ein god måte og er ein pådrivar i rehabiliteringsarbeidet i kommunen.
ØKONOMI	Behov for ekstra ressursar
TID	2018-2019

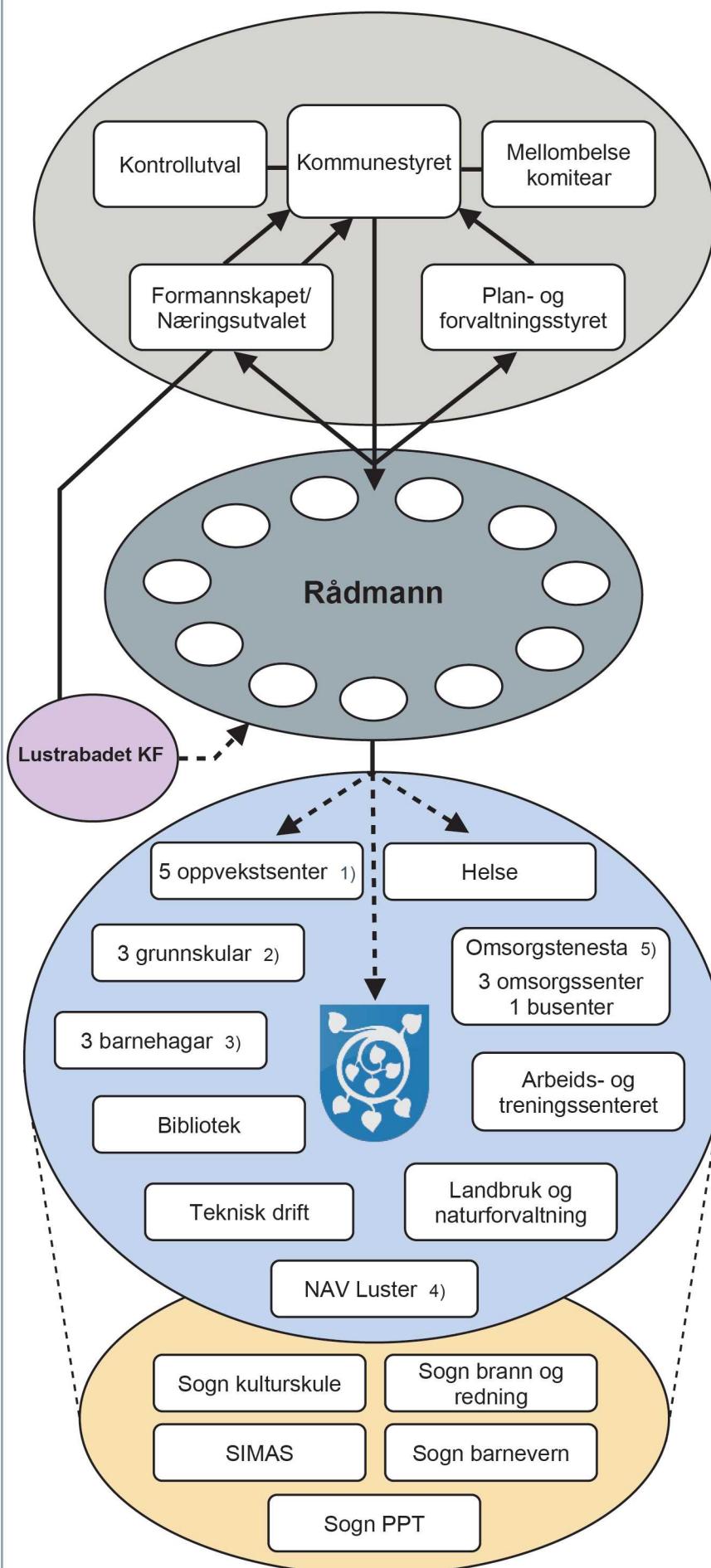
9.	Styrke lærings- og meistringstilbod
BAKGRUNN	Behov for kompetanse om å leve med sjukdom og plager. Det finst ulike tilbod i spesialisthelsetenesta, men det kan og vere behov for etablering av lokale tilbod.
TILTAK	<ul style="list-style-type: none"> • Kartleggje behov for lokale tilbod • Aktuelle arenaer: <ul style="list-style-type: none"> • Frisklivssentralen • Friskhuset – senter for førebygging, frisktrening, opptrening og habilitering/rehabilitering.
ANSVAR	KE i samarbeid med aktuelle aktørar
RESULTATMÅL	Luster kommune sikrar nødvendige lærings- og meistringstilbod i forhold til innbyggjarane sine behov
ØKONOMI	Avhengig av behov
TID	I løpet av prosjektperioden

10.	Styrke kompetanse om habilitering/rehabilitering til personar med innvandrarbakgrunn
BAKGRUNN	På bakgrunn av behov og sentrale føringar og aukande tal på personar med innvandrarbakgrunn i Luster kommune
TILTAK	<ul style="list-style-type: none"> • Kartleggje behov for kompetanse • Kompetanseutvikling (kurs, e-læring, erfaringsutveksling?) • Etablere tettare samarbeid mellom helse/omsorg og flyktningtenesta
ANSVAR	KE i samarbeid med aktuelle aktørar
RESULTATMÅL	Luster kommune har kompetanse om habilitering/rehabilitering til personar med innvandrarbakgrunn
ØKONOMI	Innanfor eksisterande rammer
TID	2020-2021

11.	Lager for tekniske hjelpemiddel og organisering av korttidsutlån
BAKGRUNN	Kommunen har ansvar for å ha utstyr tilgjengeleg for korttidsutlån. Det kan her vere hensiktsmessig å sjå på kommunen sitt system for korttidsutlån. Dette gjeld lager for utstyr, tilgjenge og oversikt, vedlikehald og reinhald av utstyr, samt utkjøring/utlevering.
TILTAK	<ul style="list-style-type: none"> • Etablere nytt lager for tekniske hjelpemiddel • Vurdere organisering rundt korttidsutlån av tekniske hjelpemiddel
ANSVAR	KE saman med aktuelle einingar
RESULTATMÅL	Kommunen har eit godt lager for tekniske hjelpemiddel og ei hensiktsmessig organisering av korttidsutlån.
ØKONOMI	Behov for ekstra ressursar
TID	2019-2020



Luster kommune - organisasjonsmodell



Politiske organ

Kommunestyret (25 representantar) er kommunen sitt øvste organ. Alle store/viktige saker vert avgjorde her, etter tilråding frå formannskapet/næringsutvalet (7) eller plan- og forvalningsstyret (7). Det to sistnemnde organ avgjer sjølv ein del saker etter fullmakt frå kommunestyret. I tillegg får kommunestyret også nokre saker frå eige kontrollutval (5) og frå mellombelse komitear (særskilde saker). Alle val til faste politiske organ er for 4 år. Ordføraren er kommunen sin fremste representant. Han leiar møta i kommunestyret og formannskapet/næringsutvalet.

Rådmannen

Rådmannen leiar administrasjonen, har tilrådingsrett i alle saker til politiske organ og har ein overordna oppfølgings- og støttefunksjon for alle underliggende tenesteeiningar. Rådmannen avgjer sjølv ein del saker etter fullmakt frå kommunestyret. Rådmannen har 11 ulike stabseiningar til å hjelpe seg i dette arbeidet. Dette er personal/organisasjon, økonomi, eigedom, oppvekst, kultur, folkehelse, plan, næring, IKT og kvalitet, omsorg og servicetorget. Rådmannen, kommunalsjef Oppvekst og kommunalsjef Helse og Omsorg, er kontaktpersonar for tenesteeiningane.

Kommunale foretak

Lustrabadet KF er organisert som eit kommunalt foretak med eit styre som rapporterer til Formannskapet / Kommunestyret

Tenesteeiningane

Kommunen har 21 tenesteeiningar som primært yter tenester til innbyggjarane. Kvar eining har ein eigen leiar som rapporterer til rådmann, då primært til ovnemnde kantperson. Desse leiarane arbeider med grunnlag i eit eige administrativt delegeringsreglement, fastsett av rådmannen.

1) Kommunen har fylgjande oppvekstsenter: Skjolden oppvekstsenter, Luster oppvekstsenter, Jostedal oppvekstsenter, Indre Hafslø oppvekstsenter og Sølvorn oppvekstsenter.

2) Kommunen har fylgjande grunnskular: Gaupne skule, Luster ungdomsskule og Hafslø barne- og ungdomsskule (administrerer også Veitastrand)

3) Kommunen har fylgjande barnehagar: Gaupne barnehage, Gamlestova barnehage og Hafslø barnehage.

4) NAV Luster er leia i partnerskap mellom stat og kommune.

5) Luster omsorgssenter, Gaupne omsorgssenter, Hafslø omsorgssenter og Grandmo busenter

Interkommunalt samarbeid

Kommunen har fylgjande interkommunale samarbeid:

- Sogn kulturskule (Leikanger er vertskommune)
- Sogn barnevern (Sogndal er vertskommune)
- SIMAS (IKS)
- Sogn brann og redning (IKS)
- Sogn PPT

I tillegg kjem fleire mindre interkommunale samarbeid