



**Bamble  
kommune**

# Helse og omsorgsplan

## Habilitering og rehabilitering



Foto: Grethe Oksholen

**Vedtatt i Bamble kommunestyre, sak 66/18**

**13.09.2018**

## Sammendrag

Plan for habilitering og rehabilitering er delplan til Bamble kommunes helse- og omsorgsplan, og det faglige grunnlaget for kapittel 5 i «Utvikling og dimensjonering av helse- og omsorgstjenestene». Planen må ses i sammenheng med kommunens øvrige planverk.

Plan for habilitering og rehabilitering er en viktig del av kommunens framtidige helhetlige planlegging, og gir oversikt over helse- og omsorgstjenestens behov, muligheter, utviklings- og utfordringer innenfor habiliterings- og rehabiliteringsområdet. Planen skal gi Bamble kommunestyre et godt grunnlag for prioriteringer innenfor framtidens habiliterings- og rehabiliteringstjenester.

Bamble kommune står overfor en betydelig endret demografisk utvikling. Antall 80-89 åringer dobles de neste 10 årene. Antall 90+ åringer øker med 30 % i samme periode. Parallelt reduseres barn, unge og voksne. Dette gir kommunen store utfordringer med å dimensjonere tjenestene til hele befolkningen.

Med bakgrunn i framtidige utfordringer og utviklingstrekk har man definert følgende områder for å sikre fokus og vekt på habilitering og rehabilitering:

- Koordinerende enhet
- Hverdagsrehabilitering
- Sømløse pasient-/brukerforløp
- Brukermedvirkning

Kapittel 1 omhandler bakgrunn, nasjonale og lokale føringer, og organisering av arbeidet.

Kapittel 2 definerer og beskriver verdier som ligger til grunn for habilitering og rehabilitering.

Kapittel 3 beskriver hvordan kommunens habiliterings- og rehabiliteringsarbeid er organisert og koordinert.

Kapittel 4 peker på viktige utviklingstrekk og utfordringsområder.

Kapittel 5 viser handlingsplan og foreslåtte tiltak innenfor de forskjellige områder.

Kapittel 6 omhandler økonomiske konsekvenser.

# Innhold

1	Innledning.....	5
1.1	Bakgrunn for planen.....	5
1.2	Lover og forskrifter.....	5
1.3	Nasjonale føringer og virkeområde.....	5
1.3.1	Definisjoner .....	7
1.4	Lokale føringer og sammenheng med øvrige planer .....	8
1.5	Organisering av arbeidet.....	8
1.6	Oppfølging av planen .....	8
2	Verdigrunnlag for habilitering og rehabilitering .....	9
3	Organisering og koordinering.....	9
3.1	Koordinerende enhet .....	9
3.2	Habilitering .....	10
3.3	Miljøarbeidertjenesten.....	10
3.4	Frisk Bris .....	10
3.5	Fysio- og ergoterapi.....	11
3.6	Helsestasjon for voksne.....	11
3.7	Dagavdelingen på Bamble helsehus.....	11
3.8	Døgnrehabilitering Bamble helsehus .....	11
4	Utfordringer og utviklingstrekk .....	12
4.1	Utfordrende pasientforløp .....	12
4.1.1	Koordinerende enhet .....	12
4.1.2	Habilitering .....	12
4.1.3	Fysio- og ergoterapi.....	13
4.1.4	Hverdagsrehabilitering og andre team .....	14
4.1.5	Læring og mestring.....	14
4.1.6	Dagavdelingen på Bamble helsehus.....	15
4.1.7	Døgnrehabiliteringen på Bamble helsehus .....	15
4.1.8	Psykolog og ernæringsfysiolog .....	15
5	Handlingsplan .....	16
5.1	Mål og visjoner .....	16
5.2	Satsningsområder og tiltak.....	17
5.2.1	Koordinerende enhet .....	17
5.2.2	Hverdagsrehabiliteringsteam .....	17

5.2.3	Sikre bedre flyt og kvalitet i pasientforløpene/behandlingsforløpene .....	18
5.2.4	Brukermedvirkning .....	19
5.3	Tiltaksplan.....	20
6	Økonomiske konsekvenser.....	21
7	Sentrale føringer og referanser .....	22

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for planen

Bamble kommune står overfor betydelige demografiske endringer de neste årene. På bakgrunn av de forventede endringer og økning i antall eldre og funksjonshemmede har Bamble kommune behov for en helhetlig plan for helse- og omsorgstjenesten, herunder delplan for habilitering og rehabilitering.

Plan for helse- og omsorgstjenestene er forankret i Bamble kommunes planstrategi 2016 - 2019, k-sak 96/16, 15.09.2016.

Helse- og omsorgsplan for Bamble kommune er delt i tre dokumenter:

- Implementering og bruk av velferdsteknologi, vedtatt i kommunestyret sak 68/17, 15.06.2017.
- Utvikling og dimensjonering av helse- og omsorgstjenester. Denne planen, plan for habilitering og rehabilitering, er den fullverdige planen jf. kapittel 5 i Utvikling og dimensjonering av helse- og omsorgstjenestene.
- Digitalisering, kompetanse og rekruttering.

Prosjektspesifikasjon for hovedplan og de enkelte delplaner er vedtatt i kommunestyret, sak24/17, 23.03.2017 Prosjektspesifikasjon Helse- og omsorgstjenesteplan. Kommunestyrets vedtak presiserer at planen skal utarbeides med fokus på at «nærhet til tjenestene skal vektlegges».

## 1.2 Lover og forskrifter

Helse- og omsorgstjenestene er regulert gjennom flere lover og en rekke forskrifter. Tjenestene er regulert gjennom Helse- og omsorgstjenesteloven, brukernes rettigheter er regulert gjennom Pasient- og brukerrettighetsloven og ansattes utføring av tjenestene er regulert gjennom Helsepersonelloven. Lovene er presisert i forskrifter. For habiliterings- og rehabiliteringsfeltet er det spesielt Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator og Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, som er viktig. I tillegg finnes en rekke rundskriv fra departementet som gir føringer for hvordan lover og forskrifter skal tolkes og forstås. Til sammen gir lover, forskrifter og retningslinjer direktiver om hvilke tjenester kommunene skal ha, hvilket nivå de skal ligge på og hvordan de skal utføres.

## 1.3 Nasjonale føringer og virkeområde

Habilitering og rehabilitering er viktige nasjonale satsningsområder, og gjennom Prop. 1 S (2017-2019) Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering, legges viktige føringer for kommunenes habiliterings- og rehabiliteringsarbeid. Opptappingsplanen skal bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt rehabiliteringstilbud til innbyggerne, og over tid overta flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Behovet for spesialisert kompetanse vil være avgjørende for om rehabiliteringen skal foregå i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen. Som hovedregel bør tilbud til store pasient- og brukergrupper utvikles i kommunene. Mange vil i perioder ha behov for tjenester på begge nivåer. Spesielt sårbar er overgangen fra opphold i spesialisthelsetjenesten til egen kommune, hvor behov for videre rehabilitering må fanges opp og ivaretas.

En forutsetning for et godt rehabiliteringstilbud er koordinering og samarbeid mellom tjenestene. Det gjelder internt i kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Derfor vil et godt

kommunalt tilbud og et godt tilbud for brukerne ikke bare kreve større kapasitet, men fremfor at endrede arbeidsformer og innretning av tilbudet både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det er også behov for større faglig bredde og bred kompetanse på et høyere faglig nivå hos tjenesteyterne i kommune. Tjenestene må støtte opp under og utløse alle de ressurser som ligger hos brukerne, deres familier og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet.

Opptappingsplanen skal også bidra til å styrke brukerperspektivet, brukermedvirkning og bedre kvaliteten i tjenestene. Pasientens helsetjeneste innebærer at pasienten får delta aktivt i rehabiliteringen, og gis mulighet til å mestre livet med de helseutfordringer han eller hun har. Prinsippet om brukermedvirkning er lovfestet gjennom Pasient- og brukerrettighetsloven, og knyttet til alle stadier i tjenesteutformingen og tjenesteytingen. Morgendagens omsorgstjeneste må ta utgangspunkt i brukernes faktiske behov og ønsker, og hvor, hvordan og når tjenester ytes. Tjenestene må derfor skapes sammen med brukeren.

Mange har eller vil få behov for rehabilitering i løpet av livet. Rehabilitering av god kvalitet kan være avgjørende for å sikre den enkeltes deltakelse i samfunnet. Det blir flere eldre og flere som lever med kronisk sykdom. Den medisinske utviklingen gjør at flere reddes etter ulykker og store traumer. Flere lever i egen bolig og må mestre livet med funksjonsnedsettelse.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator utdyper kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering:

*«Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud. Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, jf. § 1 og § 3. Re-/habiliteringstilbudet skal gis uavhengig av pasientens og brukerens boform. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ved behov samarbeide med andre etater» (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 5).*

Det må fremgå hvordan kommunens tilbud henger sammen i et samlet habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Kommunens sørge-for-ansvar grenser opp mot spesialisthelsetjenestens ansvar. Sørge-for-ansvaret for begge nivåer vil kunne endre seg over tid på grunnlag av faglig utvikling og helsepolitiske mål <sup>1</sup>.

"Kommunale habiliterings- og rehabiliteringstjenester skal ikke bare være av medisinsk art, men også dekke sosiale og psykososiale behov. Det er av sentral betydning at kommunene også opprettholder den sosialfaglige tilnærmingen for å sikre en helhetlig oppfølging av mennesker med psykisk lidelse,

---

<sup>1</sup> Rapport IS-1947 Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområde. Helsedirektoratet, 12/2011.

rusmiddelavhengighet, varig nedsatt funksjonsevne og mennesker som må omstille seg i forhold til bolig, arbeid og sosial deltakelse som følge av sykdom eller skade <sup>2</sup>.

Kommunen må sikre et differensiert tilbud som inneholder funksjonstrening, tilrettelegging og læringstilbud som dekker behovet til kommunens innbyggere. Dette bør blant annet omfatte:

- Døgnbasert tilbud i institusjon
- Dagtilbud i brukerens hjem
- Tilbud integrert i barnehage og skole
- Dagaktiviteter/-tilbud og arbeid
- Lærings- og mestringstilbud
- Hjelpemidler

Videre skal kommunen ha en synlig og lett tilgjengelig koordinerende enhet med tilstrekkelig bemanning og kompetanse. I tillegg må kommunen sikre system for tverrfaglig utredning og kartlegging av behov.

Det anbefales at kommunen sikrer et faglig tyngdepunkt med grunnleggende basiskompetanse innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

### **1.3.1 Definisjoner**

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser mellom bruker, pårørende og tjenesteytere 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 <sup>3</sup>. Målguppen for rehabilitering kjennetegnes ved behovet for å gjenvinne tapte funksjoner etter sykdom, skade eller avhengighet. Metoden er derfor preget av re-læring og oppøving av tidligere funksjoner og ferdigheter. Dette er ingen enkelttjeneste, men en serie tjenester eller tiltak som er satt i et system.

Habilitering kommer fra det latinske "habilis" som betyr bekvem, passende eller dugelig og "habere" som betyr å ha eller få. Av dette kan habilitering forstås som å sette en person i stand til å føle seg bekvem, tilpasset eller dugelig. Målgruppen for habilitering er mennesker med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse, og skiller seg dermed fra målgruppen for rehabilitering. Målet med habilitering er å tilegne ferdigheter, som i utgangspunktet ikke har vært tilstede. Tjenestene har også som funksjon å legge til rette for at mennesker med ulike funksjonsnedsettelse i størst mulig grad vil være i stand til å delta i samfunnet på lik linje- og være likeverdige med den øvrige befolkningen og behovet for tjenester må da ses i et livsløpsperspektiv.

---

<sup>2</sup> Prop. 91L (2010 - 2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, side 182.

<sup>3</sup> Definisjon: Høringsnotat fra Helse og omsorgsdepartementet, 7. sept 2017, Forslag om endring av forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

## 1.4 Lokale føringer og sammenheng med øvrige planer

Kommuneplanen Herfra til 2025, Boligsosial handlingsplan, Handlingsplan for folkehelse, Helseoversikten, Velferdspolitisk handlingsplan, Plan for likestilling, mangfold og inkludering og IKT-plan, kommunens verdigrunnlag og Livskvalitet og mestring, Utvikling og dimensjonering av helse- og omsorgstjenestene, er alle premissleverandør for hvordan Bamble kommunes helse- og omsorgstjenester, herunder habilitering og rehabilitering, bør utvikles. Denne planen må derfor ses i sammenheng med disse.

## 1.5 Organisering av arbeidet

Medarbeidernes spesielle fagkompetanse og nettverk, både til et stort fagmiljø og nærhet til brukerne/pasienten, må i større grad utnyttes til idegenerering for videreutvikling av tjenestene fremover. Dette vil føre til tjenester som er mer effektive og bedre tilpasset brukerne/pasientene, samtidig som vi vil få økt jobbtilfredshet og en innovasjonskultur som åpner opp mulighetsrommet og gir nye løsninger.

I denne planprosessen har dette vært gjort, ved å anvende medarbeidernes ideer, kunnskap, nettverk og erfaring ved opprettelse av forskjellige arbeidsgrupper på tvers av avdelinger, virksomheter og enheter. Deltagerne er stort sett ansatte med forskjellig fagbakgrunn og som jobber tett opp mot bruker/pasient. Noen virksomhetsledere og avdelingsleder har også deltatt, men på lik linje med de andre deltagerne. På denne måten er det ivarettatt at idegenereringene følger statlige føringer og anbefalinger og kommunens strategier og mål. Tre pasienter/pårørende har også blitt intervjuet i forhold til overganger i behandlingsskjedene. Brukerrepresentanter har deltatt i arbeidsgruppene for å sikre brukermedvirkning.

## 1.6 Oppfølging av planen

God gjennomføring av planen forutsetter blant annet riktig kompetanse. Det er viktig at kommunen både beholder og rekrutterer dyktige fagfolk, for å utføre oppgaver på en effektiv måte. Men vel så viktig er ansattes endringsvilje og –kompetanse. En viktig forutsetning for å lykkes med vridning av tjenester fra behandling til mer fokus på forebygging og rehabilitering, er ansattes forståelse for endrede arbeidsmetoder, eieforhold til teknologiske løsninger og villighet til kontinuerlig endring og omstilling.

Det kan ikke forventes at alle nye tiltak finansieres av «friske» midler. Det vil derfor være av avgjørende betydning at både kommunen som helhet og de berørte tjenestene har vilje og evne til å bruke eksisterende ressurser på andre og mer kostnadseffektive måter.

Tiltakene følges opp ved innarbeiding i enhetens kommende utfordringsnotat og virksomhetsplaner, og kommunens kommende utfordringsnotater, handlingsprogrammer og budsjetter.

Behov for oppdateringer og endringer gjøres i forbindelse med den årlige oppdateringen av kommunens planstrategi.



## 2 Verdigrunnlag for habilitering og rehabilitering

I henhold til Prop. 1 S (2017-2019) Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, er styrking av rehabiliteringstilbudet i kommuner et helsepolitisk satsningsområde. Fokuset rettes mot brukere med funksjonsnedsettelse som følge av fysisk sykdom, uavhengig av alder, diagnose og bosted. En rekke stortingsmeldinger og rundskriv peker på viktigheten av at kommunen utvikler fleksible koordinerte og effektive rehabiliteringstiltak. Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i brukerens livssituasjon og mål. Formålet vil være å gi den enkelte mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, samt fremme selvstendighet og deltakelse i samfunnet. Fokuset skal være på målrettede samarbeidsprosesser mellom bruker, pårørende og tjenesteyter på relevante arenaer.

Bamble kommune vektlegger samarbeid på tvers av enheter, slik at det er brukerens behov som er styrende for de tjenester som iverksettes. Hovedfokus skal være at alle tjenester innrettes på en slik måte at bruker/pasient klarer å håndtere egen sykdom og belastning slik at han/hun så langt det lar seg gjøre kan ta ansvar for eget liv. Dette er også beskrevet i veiledningsdokumentet for ansatte i Bamble kommune, «Livskvalitet og Mestring».

*«Helhetstenkning i forhold til tjenester er sentralt når en planlegger hvilke tiltak som skal settes inn. Alle tiltak i en prosess må baseres på en helhetlig forståelse av brukerens situasjon og mål. Tiltakene må samordnes slik at de støtter opp under hverandre. De må også vurderes i forhold til tidsaspektet. For lang ventetid mellom to påfølgende tiltak kan sette brukerens utvikling tilbake. Planlegging og samtidighet i tiltak kan være avgjørende for en brukers mulighet til å lykkes» (Livskvalitet og mestring).*

Bamble kommunes tjenester bør oppleves som forutsigbare og helhetlige, der koordinering, samhandling og planlegging er en forutsetning for gode tjenester. Kommunen må derfor i større grad enn i dag utvikle tjenester som har fokus på å gi helhetlige behandlingsforløp som oppleves sømløse for den enkelte tjenestemottager. Dette innebærer at ansatte i organisasjonen har god kjennskap til hverandre, til eksisterende tjenester og et godt formalisert samarbeid seg imellom. Det bør ikke være slik at den enkelte tjenestes plassering i organisasjonen har betydning for hvorvidt brukeren får et helhetlig og sammenhengende forløp. Videre bør tjenestene bygge på Bamble kommunes verdigrunnlag, og det bør sikres god opplæring i verdigrunnlaget. Bare slik kan det «å være modig og se muligheter», sikre «kvalitet og kompetanse i alle ledd» og det å «vise respekt og se om igjen», bli naturlige elementer i daglig drift og hjelpe ansatte til å samskape gode tjenester etter brukers behov.

## 3 Organisering og koordinering

Bamble kommune har en rekke tjenester som jobber med habilitering og rehabilitering på tvers av avdelinger, virksomheter og enheter.

### 3.1 Koordinerende enhet

Koordinerende enhet(KE) sitter i nær tilknytning til kommunens tjenestekontor. Det er 10 % stilling til leder av KE. KE består ellers av medlemmer fra skole/barnehage og helsesøstertjenesten. KE har

oversikt over alle med ansvarsgrupper, individuell plan og hvem som er koordinatorene. KE veileder og holder kurs for personell i Acos IP og koordinatorrollen.

### **3.2 Habilitering**

Tjenester til mennesker i målgruppa leveres av mange forskjellige instanser både på kommunalt, statlig og fylkeskommunalt nivå og må tilpasses de ulike livsfasene. I tillegg er det flere sektorer involvert. Tjenestene starter gjerne i tidlige barneår, noen ganger så tidlig som før barnet blir født. Jordmor, helsestasjon, fysioterapi, ergoterapi, barnehage, skole/SFO, PPT, og fritidsaktiviteter supplert med avlastning og/eller omsorgslønn til foreldre. Andre tjenester som ofte videreføres til «voksenlivet» er støttekontakt, omsorgslønn, bolig med heldøgns tilsyn, praktisk bistand og opplæring, aktivitets- /arbeidstilbud, og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten.

Det er et uklart skille mellom barn og voksne som mottar tjenester. Foreldre til hjemmeboende barn og unge har den daglige omsorgen og en viktig rolle for å ivareta barnets interesse i samarbeid med offentlige tjenester. Foreldrene er barnas og kommunens viktigste ressurs i barnas oppvekst. Det er ikke uvanlig at barn med spesielle behov blir boende hos sine foreldre også i ung voksen alder. Foreldrene får da ofte en omsorgsrolle for sine barn i voksen alder.

### **3.3 Miljøarbeidertjenesten**

Gir tjenester til mennesker med utviklingshemming gjennom omsorgsboliger, avlastning, praktisk bistand- opplæring til hjemmeboende og arbeid og aktivitetstilbud. Tjenesten har 30 tjenestemottakere bosatt med heldøgns oppfølging i samlokaliserte boliger og bofellesskap. Det gis også tjenester til 8 hjemmeboende, samt avlastningstilbud til 4 personer over 18 år. Det er venteliste på omsorgsboliger til voksne funksjonshemmede. I påvente av tilrettelagt botilbud, ytes tjenester til unge voksne, der pårørende har ansvaret for den daglige omsorgen, hovedsakelig i form av avlastningstilbud. Det planlegges bygging av 8 nye boliger for voksne tjenestemottakere og en barnebolig, med oppstart i 2019. Underskuddet på omsorgsboliger vil i stor grad være dekket ved planlagt bygging og oppstart av omsorgsboligen. Det er i Bamble kommune registrert 70 personer med psykisk utviklingshemming som mottar tjenester fra kommunen. 60 av disse var pr. januar 2018 over 16 år. Det er registrert 10 barn med utviklingshemming og 3 barn med multifunksjonshemning under 16 år.

Mennesker med funksjonsnedsettelse kan ha store utfordringer med å komme inn på arbeidsmarkedet. En svært stor andel mottar uføretrygd fra fylte 18 år. Bamble kommune har et tett samarbeid med GREP når det gjelder arbeidstilbud med varig tilrettelagte arbeidsplasser i skjermet virksomhet. NAV gir støtte til varig tilrettelagt arbeid i ordinær virksomhet. Miljøarbeidertjenesten har også et eget arbeid og aktivitetstilbud på Nustad gård. Det er pr. dags dato venteliste på alle typer arbeid og sysselsettingstiltak for uføretrygdde i kommunen.

### **3.4 Frisk Bris**

Frisk Bris utfører arbeidsrettet rehabilitering, og er også en frisklivsentral for livsstilsendring gjennom fysisk aktivitet, røykeslutt og kostholdsveiledning. Har lærings- og mestringstilbud til forskjellige brukergrupper, noen i egen regi, andre i samarbeid med Helsestasjon for voksne (KOLS, diabetes,

mestring av smerter). Frisk Bris er bemannet med fysioterapeut, psykiatrisk sykepleier, sykepleier, miljøarbeidere og idrettspedagog.

### **3.5 Fysio- og ergoterapi**

Fysioterapitjenesten er delt mellom kommunalt ansatte og fysioterapeuter med driftstilskudd. Den kommunale delen består av 4,6 fysioterapeuter og 1 turnuskandidat. Kommunen har 10 private fysioterapihjemler fordelt på 2 institutter. Her finnes blant annet kompetanse innen allmenn fysioterapi, psykomotorikk, manuellterapi, spesialist på barn/unge og lymfødem. Fysioterapeutene driver individuell- og gruppebehandling, undersøkelse og behandling. Gruppetilbudet er stort og variert og det er kort ventetid. Det drives noe hjemmebehandling men ikke i stort omfang.

Kommune har 2,5 ergoterapeuter. Tjenestene inneholder blant annet forebyggende og helsefremmende arbeid, undersøkelse og behandling i hjemmet og poliklinisk, styrke- og fallforebyggende behandling, diverse gruppetilbud, tilpasning og tilrettelegging av hjem og omgivelser, hjelpemiddelformidling, geriatriske utredninger. Ergoterapeut deltar i seniorseminar, forebyggende hjemmebesøk, og undervisning og veiledning gjennom Helsestasjon for voksne. I tillegg gjøres undersøkelser, behandling og tilrettelegging for KAD-, korttids- og langtidsplasser.

### **3.6 Helsestasjon for voksne**

Helsestasjon for voksne er et lavterskeltilbud for voksne. Helsestasjonen har åpent hver torsdag. Arbeider med forebyggende og helsefremmende arbeid gjennom helsesamtaler, seniorseminar, hjemmebesøk/kartleggingsbesøk og «Lyst på livet kafe». Videre gjennomføres lærings- og mestringkurs og veiledning av personell, brukere/pårørende, innen KOLS, diabetes og livsmestring. Helsestasjonen bidrar også med å veilede brukere til rett tilbud og tiltak etter behov. Er bemannet med fysioterapeut, ergoterapeut, kolssykepleier og diabetessykepleier.

### **3.7 Dagavdelingen på Bamble helsehus**

Dagavdeling på Bamble helsehus er et tilbud på dagtid for hjemmeboende eldre. Tre dager i uken er forbeholdt personer med demenssykdom, 8 plasser pr dag. To dager i uken er tilbudet for andre eldre med 12 plasser pr dag. Avdelingen er bemannet med aktivitør, sykepleiere og helsefagarbeider.

### **3.8 Døgnrehabilitering Bamble helsehus**

Døgnrehabiliteringen har 8 plasser og er bemannet med sykepleiere, hjelpepleiere og en fysioterapeut. Avdelingen har tilsynslege ukentlig, og samarbeider sporadisk med logoped etter behov. Det mangler ergoterapiressurs og det er behov for økt fysioterapiressurs. Det er viktig og sikre bruk av logopedressurs og styrke kompetanseutviklingen for alle faggrupper innen rehabiliteringsfeltet.

## 4 utfordringer og utviklingstrekk

Etter samhandlingsreformen sees en forskyvning av arbeidsoppgaver og økt ansvar fra spesialisttjenesten til kommunene. Rehabilitering og rehabilitering skal i større grad skje i pasient/brukers nærmiljø. Flere private opptreningsinstitusjoner er lagt ned på landsbasis, og det er reduksjon i rehabiliterings- og slagplasser på sykehusene. Pasientene skrives raskere ut, er dårligere og har mer komplekse problemstillinger. Mange pasienter har flere diagnoser. Det er videre et økende antall eldre med behov for økt mestring i å bo hjemme lenger. Det er behov for tverrfaglig team med god rehabiliteringskompetanse, som kan gi rask iverksettelse av tiltak (før hjelpetilbud er etablert) i hjemmet. Dette mangler i Bamble kommune.

### 4.1 Utfordrende pasientforløp

Når det gjelder flyt i tjenestetilbud og pasientforløp, ble blant annet tre pasienter/pårørende intervjuet. Helsevesenet får gode tilbakemeldinger på kort responstid med blålys og god akuttmedisinsk hjelp jevnt over. Dog var det også en pasient med pårørende som ikke oppfattet informasjonen som ble gitt under sykehusoppholdet. Dette må både etterspørres og kvalitetssikres når pasienten kommer til kommunen. Informasjonsflyt mellom nivåer og til pasienten/pårørende kan bli bedre. Når pasientene kommer inn i det kommunale systemet er det viktig å informere om valg av egen målsetning, tid for opphold, rammer i forhold til betaling, ansvarsfordeling/ansvarliggjøring og forventninger til hverandre. Riktigere og bedre bruk av journalsystemet er noe som må tas tak i og som kan bidra til bedre flyt i behandlingsforløp. Brukermedvirkning må sikres i alle ledd.

#### 4.1.1 Koordinerende enhet

Koordinerende enhet (KE) må få en mer sentral rolle i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet. KE skal være kontaktpunktet for hele Bambles befolkning i forhold til tverrfaglig samarbeid, habilitering og rehabilitering, og bør bli mer brukt på tvers av alle nivåer og enheter i kommunen enn i dag. Samarbeidet med tjenestekontoret bør sikres og utvides og KE bør også være en pådriver til å sikre gode møtepunkter på tvers av enheter, virksomheter og avdelinger. Noen faste møtepunkter bør formaliseres for å få til flyt i behandlingsforløpene og å sikre riktig bruk av ressurser til det beste for brukerne. KE må ha en oversikt over hvem som gjør hva, hvem som har kompetanse på hva, og bidra med informasjon om dette til alle samarbeidspartnere. KE bør bli mer synlig på organisasjonskartet og på Bamble kommunes nettsider. Enheten skal ha oversikten over alt av habiliterings- og rehabiliteringstilbud og frisklivstilbud som finnes i kommunen. KE bør også ha full oversikt over alle lærings- og mestringstilbud som til enhver tid finnes. Totaloversikt og oppdatering bør sikres bedre og oversikt over antall personer med diverse diagnoser/funksjonsnedsettelse bør foreligge for å kunne dimensjonere tjenestene fremover. KE bør få en større veilederrolle overfor pasienter og pårørende i forhold til å hjelpe dem til å finne rett tilbud og tjenester. KE bør også bistå mer direkte inn i saker i samarbeid med andre fagpersoner enn tilfellet er i dag. En høyere stillingsprosent for leder av koordinerende enhet trengs for å kunne ivareta alle oppgavene som ligger under denne tjenesten på en bedre måte, og det må komme tydeligere frem hvilke oppgaver som skal prioriteres ut fra dagens kapasitet. Forventninger til KE sin rolle fremover må avklares. KE skal ha en nøkkelposisjon og en nøkkelrolle i kommunene i forhold til habilitering og rehabilitering, og dette er ikke tilfelle i dag.

#### 4.1.2 Habilitering

Bamble kommune har et godt tjenestetilbud til barn og unge med habiliteringsbehov. Det er utarbeidet gode systemer, men det kan i enkelte tilfeller oppstå uoversiktlige ansvarsforhold der

flere instanser er involvert. Noen tjenester må søkes på og gis da som enkeltvedtak, mens andre tjenester gis som lavterskeltilbud uten klagemulighet. Alle tjenester er frivillig og motta, og gis kun etter samtykke.

For unge voksne med funksjonsnedsettelse og/eller utviklingshemming er det en endring av tjenestebehovet, der ønsket om selvstendighet og større grad av individuelt tilpassede tjenester står sterkt. Brukere ønsker i større grad å etablere seg i egen bolig, og søker tjenester i eget hjem der dette er mulig. Dette er samtidig en gruppe som uten støttetjenester kan bli sosialt isolert. For de personene som trenger verge er det viktig å avklare vergens ansvar og rolle. Pr i dag kan ansvarslinjene mellom pårørende, verge og tjenesteyter være uklare, og det må arbeides med forventningsavklaring.

Det er også en utfordring å etablere et bredere arbeid og aktivitetstilbud for mennesker med funksjonsnedsettelse, og en kan risikere at de som ønsker å være i arbeid og aktivitet blir stående uten tilbud. Det bør undersøkes mulighet for å søke midler til stilling med fokus på økt verdiskapning og arbeid for mennesker med funksjonsnedsettelse i kommunen som faller utenfor dagens tilbud. Videre forventes det godt samarbeid med frivillighetskoordinator for å rette fokus mot samarbeid med frivillige aktører for å tilpasse og styrke aktivitetstilbudet for dem som trenger tilrettelegging.

For å kunne imøtekomme økt krav til selvstendighet, samtidig som tjenestene som ytes skal være tilstrekkelige og forsvarlige, kreves det at ansatte som følger opp tjenestemottakerne har tilstrekkelig kompetanse og ressurser til dette. For hjemmeboende med sammensatte behov, vil det også bli økt behov for tjenester som ytes på tvers av virksomheter og enheter.

Med bakgrunn i samhandlingsreformen, sendes barn og voksne raskere hjem fra sykehus. Dette gjelder også mennesker med spesielle behov. Dette stiller tørre krav til det generelle helsetilbudet enn tidligere. Her er det viktig med god kompetanse og opplæring av habiliteringstjenesten i kommunen. Forventet levealder for mennesker med utviklingshemming er også økende, og antall mennesker med omfattende hjelpebehov som blir eldre vil også øke betraktelig. Dette medfører også at behov for særskilt kompetanse innen demens og andre aldersrelaterte helseutfordringer er en nødvendighet i omsorgsboliger for utviklingshemmede. Det vil også være en økning i antall eldre utviklingshemmede med behov for plass på sykehjem, med dertil behov for kompetanse på utviklingshemming.

#### **4.1.3 Fysio- og ergoterapi**

Fysio- og ergoterapitjenesten er underdimensjonert i forhold til dagens og fremtidens behov når det gjelder kommunale terapeuter. Stadig nye oppgaver pålegges tjenesten og dagens oppgaver øker i omfang grunnet flere eldre, raskere utskrivning og dårligere brukere som trenger økt tilrettelegging og intensive treningsopplegg. Dersom stadig flere skal klare å fortsette å bo hjemme, kreves det flere stillinger for å kunne dekke alle oppgaver. Terapeutene vil fremover være nøkkelpersonell i forhold til diverse fremtidige team i forhold til utredning av rehabiliteringspotensial, hverdagsrehabilitering, demensteam, div. innsatsteam osv. De har høy kompetanse på mange felter og vil være en ressurs som veiledere og tilretteleggere inn mot blant annet personell i miljøarbeidertjenesten, hjemmetjenesten, institusjonstjenesten, skole/SFO, barnehage og tekniske tjenester (universell utforming, tilrettelegging/tilpasninger i bygg og omgivelser). De er også viktige støttespillere i forhold til lærings- og mestringstilbud i kommunen etter hvert som sykehusene trapper ned sin virksomhet på dette området. De samarbeider i dag allerede med forskjellige instanser i forhold til læring og

mestring og deltar i pårørendeskoler. Ved bedre kapasitet i tjenesten bør de brukes ytterligere inn i undervisning, veiledning og kursing av pårørende og ansatte. Videre bør det utvikles et enda tettere samarbeid med folkehelsekoordinatoren, da de også på dette feltet har mye å bidra med.

Utfordringen i dag er at det er for få terapeuter og for mange uløste oppgaver. Når det gjelder de private fysioterapeutene, så er dekningen god og ventelistene korte. Utfordringen fremover blir derfor å få disse terapeutene til i større grad å ta sin del av hjemmebehandlingen i kommunen. Behovet for hjemmebehandling kommer til å øke i årene fremover, og en er helt avhengig av at de private fysioterapeutene tar sin del av ansvaret i forhold til samhandlingsreformen og den demografiske utviklingen. Med direkte tilgang til fysioterapi er det også viktig å sikre kvaliteten på tjenesten ved kursing innen undersøkelse/kartlegging og dokumentasjon, for dermed å sikre videre henvisning ved mistanke om alvorlig sykdom.

#### **4.1.4 Hverdagsrehabilitering og andre team**

Hjemmetjenesten sliter med stor pågang av nye brukere og sprengt kapasitet. Det er et stort ønske om å jobbe på ny og mer fremtidsrettet måte der fokus endres fra «hva trenger du hjelp til?» til «hva er viktig for deg å mestre selv?», samt målrettet arbeid med brukernes egenmestring. Det er i dag ingen eksisterende definert «tværfaglig team» innen rehabilitering som kan yte raske tiltak over noe tid i innbyggernes hjem. Arbeidsgruppa som har sett på ulike team, har utarbeidet flere teammodeller til forskjellig bruk. For å yte kostnadseffektive tjenester er det viktig å innføre hverdagsrehabilitering. Dette krever økte ressurser, kompetanseheving og villighet til å tenke og jobbe annerledes enn i dag. Det bør også være et team som kartlegger behovet til søkere av våre tjenester. Det er en utfordring med morgendagens tjenestemottakere at en ikke får kartlagt godt nok, hvilke behov for tjenester de forskjellige faktisk har. En kjenner i flere tilfeller ikke tjenestemottakers behov og potensiale. En har i dag ikke hverdagsrehabilitering i kommunen, heller ikke ambulant team i forhold til å kartlegge brukernes habiliterings- og rehabiliteringspotensiale før passive ytelser innvilges. Resultatet kan bli at enkelte får for mye tjenester, feil type tjenester eller ikke får mulighet til å oppnå sitt potensiale for selvstendighet. En trenger derfor å få til bedre flyt og riktigere bruk av ressursene mellom tjenestene for å få til økt livskvalitet og egenmestring for befolkningen. Rett tjeneste til rett tid med god brukerinvolvering blir sentralt.

#### **4.1.5 Læring og mestring**

Læring og mestring er et pedagogisk tilbud som gis i grupper, der målet er å utvikle innsikt om egen situasjon og bli styrket i sin mestring av hverdagen. Tilbudet skal være et tilbud for, og på tvers av, ulike diagnoser. Tilbudene bygger føringer fra helsemyndigheter og spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsrettet rehabilitering er en målrettet prosess som skal bidra til at personer med helseproblemer kommer tilbake til lønnet eller ulønnet verdiskapning innen arbeid, skole eller frivillighet.

Frisklivstiltak/frisklivstilbud er individ- og grupperettede tiltak innenfor levevaneområder, og tiltak for å sikre sosiale fellesskap.

Lærings- og mestring er sentralt innen habilitering og rehabilitering og bør sikres en tydelig faglig og organisatorisk forankring og tilhørighet til dette tværfaglige tjenesteområdet. Tilbudene har gradvis blitt bygget ned på 2. linjenivå og oppgavene har blitt forskjøvet til kommunene. I dag har en tilbud som foregår på forskjellige steder i kommunen og ikke et eget senter for læring og mestring. Kommunen har frisklivscentral med støtte til endring av levevaner på Frisk Bris. De samarbeider også

med helsestasjon voksne om KOLS, diabetes og livsmestring. Både Frisk Bris, psykisk helse og rusomsorg og helsestasjon for voksne har individuelle opplegg med lærings og mestring i forhold til forskjellige grupper. I tillegg gjøres det mye individuell veiledning og oppfølging fra flere avdelinger og virksomheter. Utfordringen er å ha oversikt over alle tilbud og hvem som gjør hva, og hvilke områder som bør utvikles videre. Her spiller koordinerende enhet en sentral rolle for å få til denne oversikten, og gjøre den tilgjengelig slik at vi klarer å samkjøre tiltakene og ressursene best mulig. Koordinerende enhet bør også delta aktivt i videreutvikling av lærings- og mestringstilbudene, men må da ha kapasitet til dette. En har i dag godt samarbeid på tvers om mange tiltak og det blir viktig å videreutvikle dette samarbeidet fremover. En ser at behovet for læring og mestring rundt livsstilssykdommer, psykisk helse, rus og diverse pårørendeskoler i forhold til kreft, demens, utviklingshemming, alvorlig sykdom med endring av livssituasjon m.m. er økende. For grupper som trenger mer støtte for å delta på aktiviteter og følge opp egne målsetninger både i forhold til habilitering og rehabilitering, ser en at disse kan trenge andre typer aktiviteter og oppfølginger, da de ikke like lett kan nyttiggjøre seg dagens tilbud.

#### **4.1.6 Dagavdelingen på Bamble helsehus**

Dagtilbud med flere dagavdelinger for hjemmeboende eldre blir viktig fremover. Med stadig flere eldre som bor alene er behovet for en møteplass viktig. Fremover blir det behov for både plasser i forhold til de som ikke er demente og de som har demenssykdom. Tilbudet bør utvides til både kveld og helger, og innholdet av tilbudet bør være helsefremmende og forebyggende. Beliggenhet og størrelsene på dagavdelingene bør tenkes nøye igjennom, og det er viktig med bred faglig kompetanse på de ansatte. Dagavdelingene kan også kombineres med lærings- og mestringstilbud.

#### **4.1.7 Døgnrehabiliteringen på Bamble helsehus**

Døgnrehabiliteringen har pr i dag nok plasser, men grunnet få korttids plasser og heldøgns plasser, brukes plassene i dag ikke bare som rene rehabiliteringsplasser. Arbeidet med pasientens egen målsetning er uklart. For å få frem pasientens målsetning må en bruke spørsmålene «Hva er viktig for deg»? og «Hvilke aktivitet(er) er viktig(e) for deg nå»? På døgnrehabiliteringen er det oppdaterte mapper med informasjon på hvert rom, og informasjonstavle med «Målet mitt er:» og «Mine avtaler er:». Pasientens målsetninger må også komme tydeligere fram i journal og overføringsrapporter i alle ledd. Videre er det viktig å sikre bruk av logopedressurs og styrke kompetanseutviklingen for alle faggrupper innen rehabiliteringsfeltet. Terapeutressursene er underdimensjonert på avdelingen med kun en fysioterapeut. Ergoterapiressurs mangler. Uten ergoterapeut i avdelingen blir kvaliteten på rehabiliteringen dårligere og pasienter får ikke den hjelpen de trenger for å komme tilbake til et fullverdig liv. Grunnet økning av slagpasienter og andre komplekse pasienter er behovet for kognitiv kartlegging, spesifikk trening og trening av Adl-aktiviteter økende. Behovet for flere fagspesifikke treningsøkter pr. dag, samt kvelder og helger er nødvendig for optimal rehabilitering. Overføringen til hjemmet må også sikres bedre. Mye skal ofte tilrettelegges i hjemmet før hjemkomst. Det bør tilstrebes at fysioterapeut- og/eller ergoterapeutressurs fra døgnrehabiliteringen kan følge pasienten hjem i samarbeid med hjemmetjenesten for å sikre god nok informasjonsflyt, trygging av pasient/pårørende og optimal tilrettelegging og oppfølging videre.

#### **4.1.8 Psykolog og ernæringsfysiolog**

Det mangler i dag psykolog og ernæringsfysiolog i kommunen. Dette er faggrupper som er etterspurt på tvers av alle virksomheter i enhet helse- og omsorg. Regjeringen har innført et krav om at alle kommuner skal ha psykologkompetanse i sin helse- og omsorgstjeneste innen 2020. Gjennom å



lovfeste plikten til å ha psykologkompetanse, sikrer regjeringen en minstestandard for kommunens kompetanse på psykisk helse- og rusfeltet. Kommunen får et viktig redskap for å heve kvaliteten, styrke det forbyggende arbeidet og bedre samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. Psykologkompetanse vil også være et viktig tilskudd i lærings- og mestringstiltak, arbeidsrettet rehabilitering, frisklivssentral og generelt innen habilitering og rehabilitering.

Det er ønskelig å få styrket ernæringskompetansen i kommunen. Mange diagnosegrupper gir fare for under- og/eller feilernæring. Riktig ernæring er svært viktig for mennesker i utsatte og sårbare situasjoner, blant annet mennesker med kreft, diabetes, demens m.m. Riktig ernæring er viktig for både habilitering og rehabilitering, samt svært viktig i et forebyggende og helsefremmende perspektiv. Kompetanse innen ernæringsfysiologi vil kunne brukes overfor alle innbyggere i kommunen, også inn i helsestasjon, barnehage og skole.

## 5 Handlingsplan

### 5.1 Mål og visjoner

Kommunen har i dag et bredt spekter av tjenester til målgruppen innenfor re- og habilitering, og har gode systemer og retningslinjer for å ivareta målgruppens behov og rettigheter.

Pasientforløpene/behandlingsforløpene er derimot ikke sømløse nok fra avdeling til avdeling og på tvers av enhetene. Målet er å sikre overgangene bedre, samtidig som en får til god brukermedvirkning med fokus på «hva er viktig for deg». Tjenestekontoret kartlegger brukernes behov og ønsker, men siden kommunen har få differensierte tilbud på habiliterings- og rehabiliteringsområdet, blir døgnrehabilitering i stor grad brukt til å kartlegge tjenestemottakers behov og potensiale. Kommunen har i dag ikke hverdagsrehabilitering og ambulante innsatsteam. Fokus på hverdagsrehabilitering, hjemmerehabilitering og ambulante tjenester, vil gi mer kostnadseffektive tjenester ved at pasienter/brukere sluses til aktuelle habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Målet er å starte opp med hverdagsrehabilitering delvis finansiert gjennom eksterne midler, og å få til diverse teamløsninger på tvers av organisasjonen ved bruk av eksisterende ressurser.

Det blir viktig å få til god relasjonsbygging med pasienter, pårørende, verger og mellom alle samarbeidsparter i kommunen. Arbeidet må bygge på Bamble kommunes verdier. For å lykkes med å samskape gode tjenester basert på brukers behov, bør det lages et system som sikrer at alle ansatte er godt kjent med og trygge på de verdiene våre tjenester baserer seg på. Videreutvikling av kompetanse og opplæring av nyansatte kan være gode arenaer for dette. Systemene og retningslinjene som skal ivareta brukermedvirkning kan med fordel få en bedre forankring i det daglige arbeidet mellom ansatte og tjenestemottaker og samarbeidet mellom involverte instanser. Et viktig fokus for kommunens habiliterings- og rehabiliteringstjenester bør derfor være å styrke grunnlaget for brukermedvirkning og samarbeid med pasient/bruker, pårørende og verger. Det er viktig å sikre at alle relevante parter blir involvert. Dette kan være saker der enhet for skole og barnehage, kultur og oppvekst og helse og omsorg er involvert. Samarbeid fungerer erfaringsmessig godt i enkeltsaker, men kan sikres bedre på systemnivå.



Her spiller koordinerende enhet en viktig rolle fremover. Bamble kommunes tjenester bør oppleves som forutsigbare og helhetlige, der koordinering, samhandling og planlegging er en forutsetning for gode tjenester. Individuell plan er her et viktig virkemiddel. I omfattende saker er det hensiktsmessig at saken «løftes» til et overordnet nivå. Det bør også legges vekt på økt kompetanse hos kommunens ansatte, og sikre at denne kompetansen blir benyttet hensiktsmessig gjennom organisering av tjenestene for få til mer effektiv drift med de samme ressursene.

## **5.2 Satsningsområder og tiltak**

Foreslåtte satsningsområder bygger på statlige føringer og anbefalinger, Bamble kommunes kommuneplan med Helse og omsorgs prioriteringsområder og kunnskapen/erfaringene fra fagpersoner som jobber tett på kommunens brukere/pasienter, samt deltagende brukerrepresentanter/informanter.

### **5.2.1 Koordinerende enhet**

Koordinerende enhet (KE) er lite synlig. Leder av KE har 10 % stilling pr. i dag. Det er behov for økt tilgang til og hjelp fra KE når det gjelder koordinering og veiledning. I tillegg har KE en viktig rolle i å være et bindeleddet mellom forskjellige avdelinger, virksomheter, enheter og brukergruppene, og som har det helhetlige bildet. Det å ha oversikt over tilbud og hvilke instanser som kan bidra med hva, kunne være mer aktivt deltagende i prosesser rundt brukere med komplekse behov og sørge for gode møtepunkter for aktiv jobbing og utveksling av erfaringer er i dag mangelfullt. Målet er å styrke og synliggjøre KE slik at KE kan være i stand til å tilrettelegge for helhetlige og koordinerte tjenester på tvers av fag, enheter og forvaltningsnivåer. Videre sikre at pasienter og brukere får oppfylt retten til individuell plan og koordinator og hjelpe til å styrke koordinatorrollen. KE skal også være pådriver for å sikre brukermedvirkning, riktige tjenester til rett tid og tilfredsstillende lærings- og mestringstilbud. Minimum trengs det en 50 % stilling til dette arbeidet. Det er søkt midler via Fylkesmannen til delfinansiering av stillingen i en oppstartsfase.

### **5.2.2 Hverdagsrehabiliteringsteam**

Opprettelse av hverdagsrehabiliteringsteam blir viktig for å hindre at hjemmetjenesten ekspanderer. Å gi rett tjeneste til rett tid og ut fra hva som er viktig for brukeren, blir avgjørende for å kunne ha nok ressurser til å dekke tjenestebehovet fremover. Bamble kommune må jobbe annerledes og bruke ressursene og kunnskapene mer på tvers av virksomheter enn det som gjøres i dag. Hverdagsrehabilitering har vist seg å være en måte å effektivisere tjenesten og å oppnå gode gevinster i den andre enden. Dette fordrer tett samarbeid med hjemmetjenesten og der hjemmetjenesten må endre sine arbeidsmetoder. Målet er å opprette et tverrfaglig rehabiliteringsteam som kan drive aktivt med hverdagsrehabilitering og gjennom dette tilpasse tjenestetilbudet til befolkningen og gradvis implementere rehabiliteringstankegangen og egenmestringstanken i hele helse- og omsorgssektoren. På denne måten kan pasienters og brukeres mulighet for å opprettholde og/eller gjenvinne sin fysiske, sosiale og/eller psykiske mestringsevne, styrkes. Dette vil være med på å forebygge og utsette befolkningens behov for kompenserende tjenester. For å få til dette trengs det friske midler i form av tre nye stillinger: 100 % ergoterapeut, 100 % fysioterapeut 100 % sykepleier. Det er søkt midler via Fylkesmannen om delfinansiering av stillingene i en oppstartsfase.

### **5.2.3 Sikre bedre flyt og kvalitet i pasientforløpene/behandlingsforløpene**

Målet er å få til trygge og forutsigbare overganger med rett tiltak til rett tid. Styrking av koordinerende enhet og opprettelse av hverdagsrehabiliteringsteam vil være med å styrke muligheten for å nå dette målet.

#### **5.2.3.1 Diverse team**

Bedre flyt mellom tjenestene kan sikres ved å opprette diverse team på tvers av organisering og fag. På denne måten hindres fragmentering av tjenestene og silotenking. Det muliggjør et bredere og mer samordnet tilbud, bedre tilgjengelighet og riktigere bruk av ressursene. Dette tenker en kan gjøres ut fra nåværende ressurser. Det er mangel på systematisk tverrfaglig kartlegging på flere felt. En kan ha faste og/eller fleksible team som går inn og kartlegger, veileder (brukere/pårørende/personell) og sikrer rett behandling og oppfølging til rett tid. Dette kan gjelde felt som demens, rus, psykiatri, mennesker med nedsatt funksjonsevne, somatikk/livsstilssykdommer osv. Det er derimot viktig at teamene bygger mer på brukernes funksjon og behov, uavhengig av diagnoser, da brukerne i kommunen ofte har sammensatte behov. På denne måten kan en bygge opp noen få team som kan dekke hele befolkningen uten å tilføre flere ressurser. Eksempler kan være:

- Hverdagsrehabiliteringsteam (som nevnt over).
- Ambulant kartleggingsteam (kan evt. kombineres med hverdagsrehabiliteringsteamet).
- Tverrfaglig team med fokus på kartlegging, botrening og ambulering i etableringsfasen fra hjem til egen bolig for mennesker med nedsatt funksjonsevne. I tillegg evt. øremerkede leiligheter til botrening og kartlegging før etablering i omsorgsbolig eller privat leilighet.
- Primærhelseteam/ambulant team/ innsatsteam som skal ha ansvar for grunnleggende helsetjenester til hele befolkningen.

Hvem som skal «eie» diverse team må tenkes nøye igjennom for å sikre at teamene ikke «drukner» i andre oppgaver enn det som er tiltenkt. En god plan for organisering og styring av ressursene blir viktig for å lykkes.

#### **5.2.3.2 Fagsystem/journalsystem**

Fagsystem/journalsystem er et sentralt verktøy for informasjonsutveksling på tvers av avdelinger og virksomheter. Det bør lages gode rutiner for informasjonsflyt, sjekklister og maler. Kommunikasjon knyttet opp mot journalsystemet må tydeliggjøres for alle avdelinger. Dette er essensielt for overganger både mellom vaktskifter i den enkelte avdeling og mellom virksomheter på tvers. Mål for oppholdet, hensikten med tiltak og hva som er viktig for pasienten/brukeren er essensiell informasjon som må komme klart fram i journal for å få til gode overganger.

#### **5.2.3.3 Primærgrupper og store stillinger**

For bedre kontinuitet for brukere/pasienter kan det være viktig å satse på primærgrupper der dette er hensiktsmessig. Videre ser en at store stillinger gir kontinuitet, god oversikt og økt trivsel både for ansatte og bruker/pasient.

#### **5.2.3.4 Økte terapeutressurser på døgnrehabiliteringen**

På døgnrehabiliteringen er terapeutressursene underdimensjonert i forhold til dagens og fremtidens utfordringer med stadig dårligere og mer komplekse pasienter. Ergoterapiressurs mangler. Det er behov for både ergoterapeut og noe økning av fysioterapeut, for å få til optimal rehabilitering med økt fokus på kognitiv kartlegging, adl-trening og flere fagspesifikke treningsøkter. Økning av

terapeutressurser er også nødvendig for å kunne sikre overgangen fra døgnrehabilitering til hjem, med felles hjemmebesøk med hjemmetjenesten. Det trengs friske midler til 100 % ergoterapeut og 50 % fysioterapeut. Ergoterapeut bør prioriteres, da rehabiliteringsforløpet ikke kan bli komplett uten denne faggruppen. Det blir også viktig å sikre fortsatt tilgang på logopedressurs.

#### *5.2.3.5 Styrke kommunal fysioterapi og ergoterapi*

Det er behov for styrking med 100 % fysioterapistilling og 100 % ergoterapistilling som skal jobbe med hjemmebehandling, forebygging og tilrettelegging for voksne/eldre, både hjemmeboende og i institusjon. Det er stort behov for prioritering av undersøkelse og aktivisering av pasienter på korttids- og langtids plassene og å tilrettelegging for hjemreise, og det å ha tid til veiledning og samarbeid med personell på disse avdelingen for å sikre god kvalitet på tjenestene. Dette er i dag nedprioritert. Videre vil økt fysioterapeut og ergoterapeut gå inn som nøkkelpersonell i forhold til diverse fremtidige team, og være en kompetanseressurs som veiledere og tilretteleggere inn mot personell i miljøarbeidertjenesten, hjemmetjenesten, institusjonstjenesten, skole/SFO, barnehage og tekniske tjenester (universell utforming, tilrettelegging/tilpasninger i bygg og omgivelser) m.m. De bør brukes ytterligere inn i undervisning, veiledning og kursing av pårørende og ansatte og de bør også få til et enda tettere samarbeid med folkehelsekoordinatoren.

#### *5.2.3.6 Kompetansehevede tiltak i miljøarbeidertjenesten*

For å sikre at tjenestemottagere i miljøarbeidertjenesten får riktig og faglig forsvarlige tjenester er det nødvendig å ha fokus på kompetansehevede tiltak for ansatte. Tjenesten har størst andel ansatte med fagbrev som helsefagarbeidere, en stor andel assistenter og har en terapeutdekning på ca. 30 %. I henhold til kompetanseplan i Helse og omsorg betyr det at det må omgjøres stillinger ved ledighet i alle avdelinger for å nå målsetning om 50 % andel av ansatte med 3 –årig høgskoleutdanning, fortrinnsvis vernepleiere.

Det er også nødvendig å ha kompetansehevede tiltak for assistenter og fagarbeidere i tjenesten, for å bedre kvalitet på tjenesten. Mitt Livs ABC er et av tiltakene som er iverksatt fra 2017. Mitt Livs ABC er et nasjonalt kompetansetiltak i tjenester til personer med utviklingshemming.

Målet med prosjektet "Mitt livs ABC" er å bidra til bedre livskvalitet, bedre tjenester og bedre rettssikkerhet for personer med utviklingshemming gjennom bevisstgjøring, bedre faglig skjønn og bedre praksis hos tjenesteytere. Personer med utviklingshemming skal bli møtt med forståelse og respekt og få nødvendig hjelp og oppfølging.

Ved at alle avdelinger øker andel ansatte med vernepleie utdanning vil også medføre bedre ressursutnyttelse, da det vil bli mindre behov for sykepleiefaglig bistand fra hjemmetjenesten.

#### *5.2.4 Brukermedvirkning*

Det blir viktig å sikre brukermedvirkning også i tiden fremover. Målet er å styrke samarbeid, samhandling og opparbeide tillit mellom bruker/pårørende og ansatte. Vi må få til god brukermedvirkning med fokus på «hva er viktig for deg». For å lykkes med å utvikle tjenester hvor det er behovet til den enkelte tjenestemottager som er styrende, bør det vurderes å utvikle felles retningslinjer og mal for hvordan man sikrer reell brukermedvirkning.

Det anbefales medvirkning på tre nivå innenfor de forskjellige tjenestene:

1. Når det er bestemt at en person skal motta en tjeneste må det utvikles en tiltaksplan som formuleres etter spørsmålet «Hva er viktig for deg». Denne bør deles inn i livskvalitetsmål, delmål og tiltak og evalueres etter faste intervaller. Denne strukturen vil passe med de mulighetene som ligger i CosDoc.
2. Feedbackinformerte tjenester bør danne grunnlaget for tjenesteutvikling. Feedbackinformerte tjenester handler om systematisk tilbakemelding fra brukere, samt endre og tilpasse tjenestene i tråd med disse tilbakemeldingene. Dette er et viktig ledd i å benytte erfaringer fra brukere til å forbedre tjenestene.
3. For å sikre at tjenestemottagere får innflytelse på systemnivå, bør tjenestemottagere med direkte kjennskap til tjenestene også være med å bidra i planprosesser, fagdager, utviklingsforum m.m. Det bør vurderes å rekruttere deltagere som nylig har mottatt tjenestene i tillegg til brukerrepresentanter fra de aktuelle brukerorganisasjoner. Dette for å sikre at de som er med har et nært kjennskap til de tjenestene man utvikler.

Eksempler på tiltak for brukermedvirkning kan være:

- Etablere diverse brukerråd og pårørenderåd
- Utarbeide rolleavklaringsmanual/tjenesteerklæring om hva som kan forventes av de ulike tjenestene
- Systematisk samhandling med diverse lag og foreninger
- Brukerundersøkelse, intervju, fokusgrupper, tilbakemeldingssystemer direkte til fagpersoner og via nettløsninger osv.

### 5.3 Tiltaksplan

Det foreslås flere tiltak for å styrke habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet i kommunen. Tiltakene er tatt inn i den overordnede tiltaksplanen i «Plan for utvikling og dimensjonering av helse- og omsorgstjenestene».

Selv om det er vanskelig å anslå nøyaktige summer er det viktig å synliggjøre mulige gevinster av de foreslåtte tiltakene.

Tiltak	Mulig gevinst
Styrke koordinerende enhet 50 % stilling	Mer helhetlige og koordinerte tjenester gir høyere kvalitet på tjenestene, mer effektive tjenester, sømløse behandlingkjeder og bedre utnyttelse av fagressursene= sparing. Mer tilfredse brukere/pasienter og ansatte.
Hverdagsrehabilitering 100 % fysioterapeut 100 % ergoterapeut 100 % sykepleier	En dreining fra kompenserende tiltak til aktivisering og egenmestring i hverdagen bevarer og opprettholder den enkeltes funksjonsnivå og helse. Vil i de fleste tilfeller utsette mer omfattende pleiebehov. Dersom eldre får tilbud om å trene på hverdagslige aktiviteter, kan etterspørselen etter hjemmetjenester gå ned. Eks: Stavanger kommune hadde 300 færre brukere i hjemmesykepleien og 420 færre brukere av hjemmehjelp over 3 år. Tall fra Danmark viser at ca. 45 % blir

	selvhjulpne og 40 % får behov for mindre hjelp enn først antatt. Virkningen har effekt over tid, og besparelsen vil derfor øke.
Døgnrehabilitering 100 % ergoterapeut 50 % fysioterapeut	Kommunene må prioritere forebygging og rehabilitering før pleie og omsorg. Det frigjør ressurser hos brukere og omsorgstjenesten, som igjen kan brukes på de med større pleie og omsorgsbehov. Hverdagsrehabilitering er generelle tiltak i hverdagslivet og ikke nok for mer omfattende og kompliserte funksjonsnedsettelse, for eksempel kognitive utfall etter hjerneskader. Eks: Elverum kommune beregnet at en ergoterapeut sparte kommunen for kr 11 millioner på ett år, blant annet ved å utsette sykehjemsbehov tilsvarende 10 personer i 12 måneder. Færre hoftebrudd, 9000 på landsbasis: I det første året utgjør gjennomsnittskostnaden som følge av et hoftebrudd vel 500.000 helsekroner. Etter 2 år er det sannsynlig at totalkostnaden øker som følge av hoftebrudd til 800.000 – 1.000.000 kroner. Forebygging hindrer smerter, lidelse, funksjonssvikt, redsel for nye fall, avhengighet og tap av helserelatert livskvalitet som er vanskeligere å tallfeste. Kun 14% sendes direkte hjem etter sykehusopphold. De resterende koster penger på korttids- og rehabiliteringsplasser, permanent institusjonsplass og varig bistand fra hjemmesykepleien. Dette tilsvarer millionbeløp pr. år.
Kommunal fysio- og ergoterapi 100 % ergoterapeut 100 % fysioterapeut	
Forskjellige team	Gir bredere og mer samordnet tilbud, bedre tilgjengelighet og riktigere bruk av ressursene. Systematisk tverrfaglig kartlegging på mange felter, som gir rett tjeneste og rett nivå på tjenesten til rett tid. Dette vil igjen gi mer kostnadseffektive tjenester.

## 6 Økonomiske konsekvenser

Plan for habilitering og rehabilitering peker på viktige utfordringsområder innen habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Regjering og Storting følger til en viss grad opp dette med økt rammeoverføring basert på endret demografi, tilskudd til opptrapping av kommunens oppgaver innen rus og psykisk helsearbeid og tilskudd til rehabiliteringsoppgaver.

Driften av nye tiltak må imidlertid finansieres innenfor kommunens ordinære budsjett. Tjenesten må organiseres slik at den kan yte tjenester til flere brukere innenfor eksisterende rammer.

Styrking av forebyggende og helsefremmende arbeid kan både på kort og lang sikt gi økonomiske gevinster. Trygghetsteknologi og teknologi som kan avhjelpe funksjonssvikt kan utsette institusjonsinnleggelse. På denne og andre måter kan velferdsteknologiske løsninger bidra til kostnadseffektive tjenester i morgendagens habiliterings- og rehabiliteringstjeneste.

Budsjettmessige bevilgninger til tiltakene som er foreslått i planen prioriteres og innarbeides i kommunens kommende handlingsprogrammer og budsjetter. Gjennomføringen av investeringene i planen er enkeltprosjekter som forutsetter ordinær prosjektutredning og politisk behandling i henhold til kommunens økonomireglement. Det tas derfor ikke stilling til budsjettbevilgninger i denne fasen av planarbeidet.

## 7 Sentrale føringer og referanser

Listen er ikke uttømmende.

- LOV-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- LOV-1999-07-02-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- LOV-1999-07-02-64 Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
- FOR-2011-12-16-1256 Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- FOR-2012-08-29-842 Helse- og omsorgsdepartementet Forskrift om fastlegeordning i kommunene (fastlegforskriften)
- St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid
- Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten
- Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg
- Meld. St. 14 (2014-2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner
- Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter
- Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre
- Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020
  - Omsorg 2020
  - Demensplan 2020
- Regjeringens handlingsplan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester – Kompetanseløft 2020
- Prop. 15 S (2015-2016) Opptappingsplan for rusfeltet (2016-2020)
- Prop. 1 S (2017-2019) Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering
- NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg
- NOU 2016:17 På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming
- Helsedirektoratet IS-1990 Velferdsteknologi – Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030
- Helsedirektoratet IS-2651 Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator