



Plan for habilitering og rehabilitering

2020-2024

Innhold

1 Innledning.....	2
Formål.....	2
Ansvar og oppfølging.....	2
2 Definisjoner og begrep.....	2
Habilitering og rehabilitering	2
Brukermedvirkning.....	3
Forebygging	3
Individuell plan	3
Koordinator	3
3 Styringsdokumenter.....	4
Sentrale føringer.....	4
Lokale føringer.....	4
Lovverk	5
4 Situasjonsbeskrivelse nasjonalt og lokalt.....	6
Nasjonalt.....	6
Lokalt	6
5. Handlingsplan.....	13

1 Innledning

For at helse- og omsorgstjenestene i framtida skal være bærekraftige, beskriver nasjonale føringer at det må skje store endringer i organiseringen av tjenestene. Oppgaver skal flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, der brukerne bor og oppholder seg. Ressursene skal i større grad brukes på forebygging og behandling, fremfor reparasjon. Det må legges til rette for å sikre mobilisering av ressurser hos den enkelte, og å sette brukere og pasienter i stand til mestring og selvstendighet. En arbeidsgruppe har jobbet med å utarbeide plan for habilitering og rehabilitering i Kvinesdal kommune 2020 - 2024. Handlingsplanen skal rulleres årlig.

Arbeidsgruppe:

Vigdis Hunsbedt, leder i koordinerende enhet/ levekår
Torhild Kvinlaug, enhetsleder Åpen omsorg og rehabilitering
Therese Netland, enhetsleder Habilitering
Anne Berit Åtland Hansen, kommunalsjef helse og omsorg

Planen presenteres for kommunalt råd for personer med funksjonsnedsettelse og eldrerådet med muligheter for innspill fra medlemmene før den behandles i drifts- og tjenesteutvalget.

Formål

Planen skal kartlegge og beskrive dagens tjenester innen habilitering og rehabilitering, beskrive utfordringer i tida framover, og definere satsningsområder og tiltak som bør prioriteres i årene 2020-2024. Planen skal bidra til en helhetstenking rundt kommunens habiliterings- og rehabiliteringsarbeid.

Ansvar og oppfølging

Planens siste del er en handlingsplan, med definerte satsningsområder, mål og tiltak. Her beskrives det hvem som har ansvar for å iverksette de ulike tiltakene. Koordinerende enhet har et overordnet ansvar for å følge opp at tiltakene blir iverksatt.

Koordinerende enhet har også ansvar for at handlingsplanen rulleres en gang per år. Det skal rapporteres status på handlingsplanen kvartalsvis.

2 Definisjoner og begrep

Habilitering og rehabilitering

I [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#) defineres habilitering og rehabilitering på følgende måte:

«Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, 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.»

Forskjellen mellom habilitering og rehabilitering er i hovedsak knyttet til målgruppe. Brukere med behov for habilitering er ofte barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse, mens rehabilitering er rettet mot skader, sykdommer og andre tilstander som har oppstått senere.

[I opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering](#) legger regjeringen til grunn en bred forståelse av habilitering og rehabilitering som inkluderer alle brukere av helse- og omsorgstjenesten som har behov for en målrettet innsats for å opprette, gjenopprette, vedlikeholde og bedre funksjon, forebygge funksjonsfall og å lære å mestre livet med sykdom og funksjonsnedsettelse

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning kan foregå både på individnivå, tjenestenivå og systemnivå. Brukermedvirkning på individnivå handler om aktiv deltakelse i egen behandling og oppfølging, og om reell mulighet til å påvirke beslutninger om helsehjelpen som gis. På tjenestenivå handler det om påvirkningsmulighetene i utforming av tjenester og tilbud. På systemnivå handler det om styrings-, kvalitets-, og utviklingsarbeid som har allmenn betydning. På tjeneste- og systemnivå foregår medvirkningen gjennom at brukerrepresentanter- eller organisasjoner medvirker på vegne av grupper av brukere.

Forebygging

Forebyggende helsearbeid handler ikke kun om å forhindre sykdomsutvikling. Det kan også handle om å stanse sykdomsutvikling og/eller hindre tilbakefall (sekundærforebygging), eller å hindre forverring av sykdom og sikre best mulig mestring av livet med helseutfordringer (tertiærforebygging). Noen helsetjenester kan derfor falle innenfor både rehabiliterings- og forebyggingsbegrepet. I dette dokumentet brukes begrepet forebygging som en samlebetegnelse for de ulike gradene av forebygging.

Individuell plan

Alle som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har jf. [pasientrettighetsloven §2-5](#) rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP). IP skal bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og sikre en ansvarlig tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren. Gjennom IP skal brukerens mål, ressurser og behov kartlegges, og tiltak skal koordineres. IP skal styrke samhandlingen mellom bruker og tjenesteyter, og mellom tjenesteytere på ulike forvaltningsnivå.

Koordinator

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, skal kommunen tilby koordinator, jf. [helse- omsorgstjenesteloven § 7-2](#), uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt samordning av tjenestetilbudet, og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

3 Styringsdokumenter

Sentrale føringer

Fremtidens primærhelsetjeneste (Meld St. 26, 2014-15)

[Primærhelsetjenestemeldingen \(2014-15\)](#) er en oppfølging og konkretisering av samhandlingsreformen. Den setter pasientens behov i sentrum for utvikling av fremtidens helse- og omsorgstjenester. Meldingen fokuserer på at gode helse- og omsorgstjenester tar utgangspunkt i brukernes mål, behov, og ønsker i eget liv. Helsetjenestene skal oppleves helhetlige, det må satses mer forebygging og proaktiv oppfølging, og flere tjenester skal leveres i kommunene. Fremtidens helse- og omsorgstjenester skal være brukernes tjeneste, og utvikles sammen med brukerne og deres pårørende. Et mer målrettet og intensivt tilbud i kommunene kan gjøre mange mer selvhjulpne og fått et bedre liv, og i et rehabiliteringsforløp er det særlig viktig med opplæring for egenmestring.

Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-19 (Særtrykk til Prop. 1 S, 2016–2017)

Budskapet i [Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering \(2017-19\)](#) er at det i fremtiden må jobbes annerledes enn i dag med habilitering og rehabilitering. Dagens arbeidsformer fører til at mange brukere med kronisk sykdom og med store og sammensatte behov ikke får tett nok oppfølging eller god nok opplæring til egenmestring. Når brukere ikke fanges opp i tide, øker risikoen for dårligere egenmestring og funksjonsfall som kunne vært unngått. Brukere må involveres i egen re-/habiliteringsprosess, og de må få tilstrekkelig hjelp til å leve med og til å mestre sykdom. Kommunene må settes i stand til å gi et godt og tilrettelagt rehabiliteringstilbud, og å overta flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Hovedtyngden av innsatsen skal skje i kommunen hvor brukeren bor. I tillegg vektlegges bedre kvalitet, økt kompetanse, og samhandling og koordinering mellom og innenfor ulike nivåer.

Lokale føringer

Kommuneplanens samfunnsdel

Kommuneplanens samfunnsdel ble vedtatt av kommunestyret 22.09.2010. Den skisserer 7 satsningsområder: Omdømme og synlighet, det gode liv, bosettingspolitikk, kultur og frivillighet, utdanning, næringsutvikling, klima og miljø. Målet for satsingen på nevnte områder er å skape et mangfold i samfunnet, økt bolyst, gode opplevelser og møteplasser, et mangfold av aktiviteter og et sterkt regionsenter. Tiltakene på området levekår retter seg mot tidlig innsats, tilrettelegging for å mestre hverdagen og frivillighet. Innenfor kultur og fritid retter tiltakene seg mot identitet, lokalhistorie og kultur, forutsigbarhet og samarbeid med frivillige, mangfold og kvalitet når det gjelder aktiviteter, samt fokus på barn og unge. Næringsutvikling og regionsenter har også betydning for helse og omsorg, da de peker på kompetanse, arbeidsplasser og spesialfunksjoner som ressurser for regionen.

Kvinesdal 2040 – Det utarbeides ny samfunnsdel tilhørende kommuneplanen. Samfunnsdelen er planlagt ferdigstilt i oktober 2021. Plan for habilitering og rehabilitering vil bli justert i henhold til overordnet plan.

Helse- og omsorgsplan 2018 - 2040

Kommunestyret vedtok i oktober 2018 Plan for helse og omsorg i Kvinesdal frem mot 2040. Planen skal rulleres i løpet av 2023. Planen har overskriften «sammen skaper vi fremtiden». Overskriften illustrerer en ambisjon om utviklingen skal skje gjennom en dialog mellom berørte parter som brukere, innbyggere, politikere, frivillige, ledere, ansatte og representanter for spesialisthelsetjenesten.

Folkehelse

Kommunen arbeider tverrsektorielt med mål om «*folkehelse i alt vi gjør*». Det betyr at målsettingen i tillegg til forankring i overordnede planer også må forankres i alle øvrige planer (virksomhetsplaner) og gjennomsyre sektorenes drift. Kapittel 2.6 i Plan for helse og omsorg i Kvinesdal frem mot 2040 omhandler folkehelsearbeid i sektoren.

Lovverk

Kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering

[Forskrift for habilitering og rehabilitering §5](#) beskriver at: «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.»

Ansvarsfordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten

Ansvarsfordelingen reguleres av [helse- og omsorgstjenesteloven](#) og forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, [kapittel 3 og 4](#). Kommunens oppgaver beskrives ikke spesifikt, men kommunene har ansvaret for de oppgavene som ligger utenfor spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. Spesialisthelsetjenesten sitt ansvar vurderes ut fra tre sentrale faktorer: behovet for spesialistkompetanse, kompleksiteten, og hvorvidt det er behov for intensitet i behandlingen. Spesialisthelsetjenesten har ansvaret for:

- Re-/habilitering som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning
- Intensiv trening som inngår i re-/habiliteringsplan eller spesialisert tilbud etter behandling
- Tilrettelagt opplæring for pasienter og brukere som trenger det

Kommunen er jf. helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 pålagt å inngå samarbeidsavtaler med helseforetaket som sikrer at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Kvinesdal kommune og Sørlandet sykehus HF har inngått lovpålagte avtaler. Avtaler inneholder blant annet retningslinjer for samarbeid om habilitering,

rehabilitering og lærings- og mestringstilbud, som skal sikre helhetlige og sammenhengende tjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

Koordinerende enhet

Jf. [Helse- og omsorgstjenesteloven §7-3](#) skal det finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. Den koordinerende enheten har overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. [Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator §6](#) beskriver at koordinerende enhet skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Om ansvaret for individuell plan beskriver forskriften at koordinerende enhet skal motta meldinger om behov for individuell plan, samt sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan.

4 Situasjonsbeskrivelse nasjonalt og lokalt

Nasjonalt

[Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering \(2017-2019\)](#) skisserer **fire hovedutfordringer** i arbeidet med habilitering og rehabilitering:

- **Brukermedvirkning:** Tjenesteapparatet lykkes ikke med å bistå brukeren i å få fram hva som er brukerens mål eller tilbyr ikke tjenester tilstrekkelig tilpasset brukerens behov.
- **Samhandling og koordinering:** Enkelttjenester henger ikke sammen som en helhet for brukeren. Dette gjelder både undersøkelse og kartlegging og de oppfølgende tiltakene.
- **Kapasitet:** Enkelttjenester som skal bistå brukeren mangler eller har uakseptabel lang ventetid.
- **Faglig kvalitet, arbeidsform og/eller organisering:** Tjenestene er ikke i tråd med brukerens forventninger eller faglige standarder.

Lokalt

Organisering og utfordringsbilde

For å møte oppgaveforskyvningen fra spesialisthelsetjeneste til kommune er det viktig at de kommunale habiliterings- og rehabiliteringstjenestene styrkes. Befolkningsframskrivning viser en økning på nærmere 50 % av antall eldre over 80 år i 2040, og det ventes fortsatt økning i forekomsten av kroniske sykdommer. Når det gjelder kapasitet på de eksisterende habiliterings- og rehabiliteringstilbudene i Kvinesdal er det generelt lite ventetid.

Gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester forutsetter at helsetjenestene samarbeider godt seg i mellom, og at de ulike tjenestene er godt koordinert. For noen tjenester vil sektorovergrepene samarbeid være nødvendig for å kunne gi det beste tilbudet.

I det følgende beskrives organiseringen av tjenestene som er involvert i habilitering- og rehabilitering i Kvinesdal kommune, samt utfordringsbildet knyttet til habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet i de ulike tjenestene.

Individuell plan og koordinator

Alle brukere og pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP), og/eller å få utnevnt en koordinator som sørger for samordning av tjenestetilbudet. Det er koordinerende enhet som har det overordnede ansvaret for arbeidet med IP og koordinator. De fattet vedtak når det søkes om IP, og bidrar til oppnevning av koordinator der dette er ønskelig.

Utfordringsbilde:

- Bruken av IP og koordinator er relativt lav.
- Til tross for at IP ble innført for mange år siden, og opplæringer er gitt, er verktøyet fortsatt lite tatt i bruk. En av årsakene som nevnes er at en ikke ser nytteverdien.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Koordinerende enhet (KE) har ansvar for å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til brukere med behov for tjenester fra flere fagområder, nivåer og sektorer. De har også det overordnede ansvaret for individuell plan og koordinator. I Kvinesdal kommune ligger koordinerende enhet i Enhet for levekår, tjenestekontoret. Tjenestekontoret består av fire saksbehandlere med ulik kompetanse.

Utfordringsbilde:

- Det er ikke avsatt tilstrekkelig stillingsressurs i forbindelse med arbeidet med KE.
- Kjennskapen til KE er for lav hos både kommunale tjenester og samarbeidspartnere.

Rehabilitering

Består av fysio- og ergoterapitjenestene samt friskliv, mestring og hverdagsrehabilitering. Medisinsk rehabilitering driver med forebygging og behandling i alle aldersgrupper, blant annet gjennom tilrettelegging og veiledning i daglige aktiviteter, ulike gruppetilbud, og formidling av tekniske hjelpemidler.

Tilbud ved medisinsk rehabilitering:

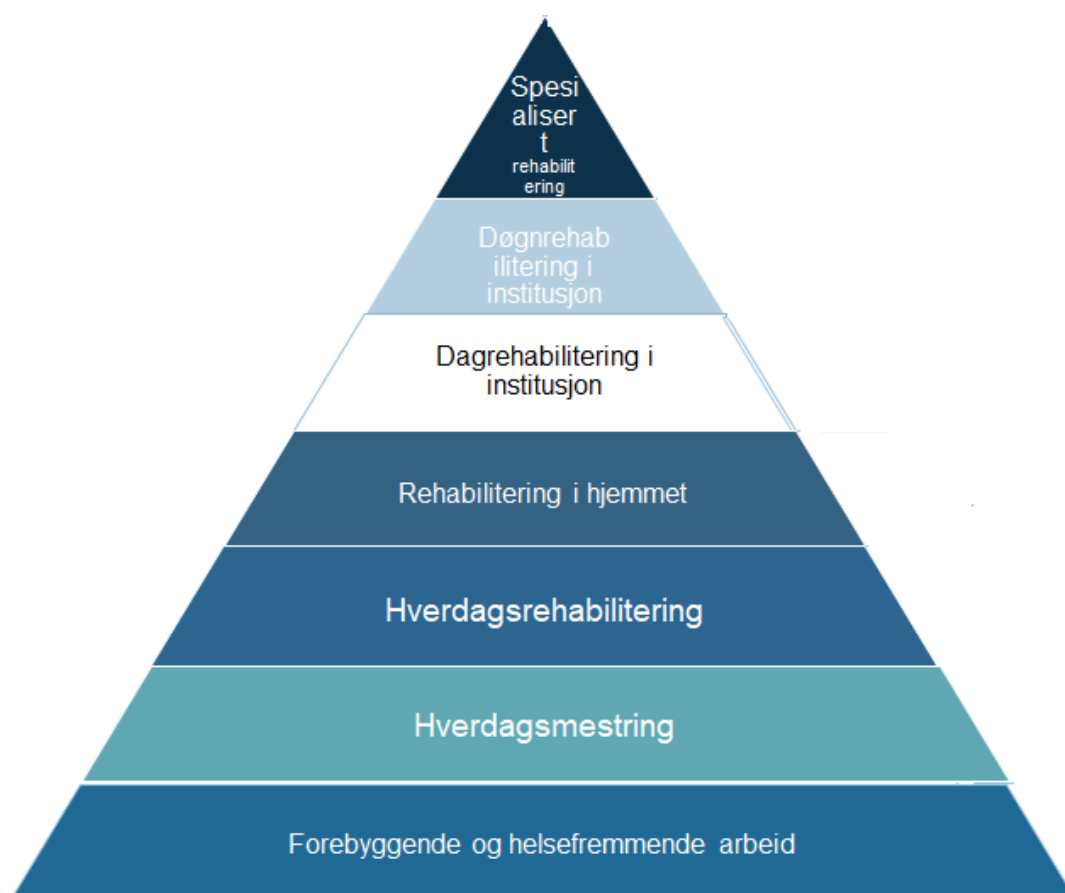
- Fysio- og ergoterapitjenester:
 - 3 stillinger kommunalt ansatte fysioterapeuter, 100, 100 og 60%, en 100% ergoterapistilling.
 - Fysioterapeuter på kommunalt driftstilskudd 3 x 100%, 1 x 20%
 - Fysioterapeut og ergoterapeut bidrar i hverdagsrehabiliteringsteamet.
 - Lymfødembehandling
 - Hverdagsrehabilitering (intensiv og målrettet rehabilitering i hjemmet)

- o Hjelpemiddelformidling
- o Trening i varmtvannsbasseng
- o Fallforebyggende grupper
- o Døgnrehabilitering ved Kvinesdal bo og dagsenter, korttidsavdelingen

Utfordringsbilde medisinsk rehabilitering:

- Ergoterapi: kun en ergoterapeut som skal ivareta både hverdagsrehabilitering og oppfølging av hjelpemidler.
- Vi har ikke spesialisert rehabilitering da dette foregår i spesialisthelsetjenesten

Pyramiden nedenfor viser en oversikt over ulike former for rehabilitering. Den illustrerer hvordan tjenestetilbudet strekker seg fra et lite hjelpebehov (lavterskeltilbud) nederst og til et omfattende hjelpebehov øverst i pyramiden. Det er behov for høyere grad av spesialisering jo høyere nivå i pyramiden en befinner seg på. Den synliggjør også at det er flere brukere på de nederste nivåene enn de øverste.



Det nederste nivået i pyramiden er et lavterskeltilbud som er aktuelt for flest brukere. Arbeidet kan blant annet bestå av fysisk aktivitet, spre kunnskap om folkehelse og skape sosiale møtepunkt. Arbeidet har til hensikt å redusere de faktorer som truer folkets helse og

forhåpentligvis utsette behov for ytterligere helsehjelp. Det er billigere å forebygge enn å behandle skader og sykdom, og dermed er dette arbeidet svært avgjørende i møte med fremtidens utfordringer.

Kvinesdal kommune tilbyr forebyggende arbeid i flere enheter og til flere brukergrupper:

- Dagsenteret for hjemmeboende personer med demens (Kvinesdal bo og dagsenter)
- Dagsenter for brukere innen rus og psykiatri (Arbeideren)
- Dagsenter for personer med utviklingshemning (ASVO)
- Frisklivssentralen
- Frivillighetssentralen
- Forebyggende gruppetreninger ledet av fysioterapeut
- Gruppetilbud til pasienter med Kols og slagrammede
- Hilseminister (forebyggende hjemmebesøk)
- Middagslevering
- Ulike mestringskurs i regi av avdeling for psykisk helse og rus
- Sorggrupper
- Temakafe i regi av kreftkoordinator i samarbeid med frivilligsentralen
- TELMA (avstandsoppfølging til ulike brukergrupper), samarbeid med Farsund kommune.

Et økt fokus på nederste trinn i pyramiden vil bedre innbyggernes helse og forebygge sykdom. Dermed kan det tenkes at økt satsning her vil redusere behovet i nivåene oppover i pyramiden.

Kommunen jobber med å implementere hverdagsmestring som et grunnleggende tankesett i de ulike enhetene. Brukermedvirkning, ressursfokus og "Hva er viktig for deg?" samtalen skal være i fokus. Hverdagsrehabiliteringsteamet har for eksempel drevet internundervisning innenfor temaet.

Psykisk helse- og rusarbeid

Avdeling psykisk helse-rus tilbyr tjenester til personer som har psykiske vansker, er i en krise eller i en vanskelig livssituasjon og/eller har et rusproblem. Tilbudet er primært for ungdom og voksne. De samarbeider tett med andre helsetjenester, barnehager og grunnskolen, Kvinesdal videregående skole, NAV, brukerorganisasjoner og spesialisthelsetjenesten. Kommunen og Sørlandets helseforetak samarbeider om FACT team som skal ivareta de sykeste. Avdelingen har ansatt to erfaringskonsulenter.

Utfordringsbilde:

- Flere unge med psykiske helseutfordringer, og flere unge uføre med psykiske utfordringer.
- Flere unge voksne med moderat/alvorlig psykisk helse og/eller rusutfordringer, med behov for flerfaglige og koordinerte tjenester.

- Psykolog: Tilsetting av kommunepsykolog er viktig for å øke kompetanse og faglig trygghet innen psykisk helse, og kunne tilby mer lavterskelbehandling og tidligere intervensjoner/forebygging. Fra 2020 er psykolog en lovpålagt tjeneste i kommunen.
- Lokalisering: Er i dag i hovedsak lokalisert i forskjellige lokaler. Det er ønskelig og hensiktsmessig å samlokalisere psykisk helse- og rusarbeid i tilknytning til bl.a. helsestasjon, legesenter, framtidig psykologtjeneste og friskliv og mestring.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenestens faste konsultasjonsprogram møter tjenesten alle gravide, barn og unge i kommunen og har en viktig rolle i å avdekke behov for langvarige og koordinerte tjenester på et tidlig tidspunkt. Tjenesten jobber først og fremst helsefremmende og forebyggende, men er også viktig for barn og familier der barnet har en medfødt eller tidlig ervervet sykdom, skade, funksjonsnedsettelse eller utviklingsforstyrrelse.

Tjenesten skal bidra til at det etableres rutiner for håndtering av legemidler i barnehager, skoler og SFO. Helseesykepleier deltar i ansvarsgrupper knyttet til nesten alle barn og unge med behov for helhetlige og koordinerte tjenester, samt i tverrfaglig samarbeid når barn og unge er pårørende til foresatte med behov for IP eller langvarige tjenester. Koordinerende enhet i kommunen er en sentral samarbeidspartner, krav til samarbeid fremgår i forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjeneste §4 (b).

Tjenesten samarbeider også tett med andre enheter innen helse, PP-tjenesten, legesenteret, barnevernet, BUP, barnehagene, Kvinesdal videregående skole og grunnskolene. I helsestasjons- og skolehelsetjenesten jobber helseesykepleiere, helsestasjonslege, fysioterapeut, jordmødre og familiekonsulenter. Kommunen har opprettet helsestasjon for ungdom.

Utfordringsbilde:

- Prioritering av ressurser til avdekking og tidkrevende oppfølging enkeltindivider går på bekostning av universelle helsefremmende og forebyggende tiltak på gruppe og befolkningsnivå.
- Manglende rolleavklaring, opplæring og rutiner om samarbeid med KE
- Barn og unges rett til medvirkning og informasjon som pårørende bør sikres bedre
- Barn og unge som har foresatte med behov for langvarige tjenester, har økt risiko for belastning og familiens behov må ses i sammenheng.
- Andel unge med psykiske helseutfordringer er økende
- Det er lang reiseavstand til lavterskelbehandling og flere barn og unge bør sikres tilbud i kommunen. Tilsetting av kommunepsykolog vil bidra til at flere får hjelp tidligere lokalt, samt gi fagstøtte til ansatte i kommunal førstelinje.
- Sentrale samarbeidspartnere knyttet gravide, barn, unge og deres familier er ikke samlokalisert.

Hjemmetjenestene

Hjemmetjenestene består av:

- hjemmesykepleie
- praktisk bistand, renhold
- matombringing
- omsorgsboliger for ulike brukergrupper
- boliger for funksjons- og utviklingshemmede
- dagtilbud til personer med demens, psykisk utviklingshemming og eldre
- praktisk bistand og opplæring, samt boveiledning (ADL)
- syn og hørselskontakt
- BPA
- Støttekontakt og avlastning

Av habiliterings- og rehabiliteringsarbeid i hjemmetjenestene foregår blant annet hverdagsrehabilitering i samarbeid med medisinsk rehabilitering, samt habilitering for voksne med psykisk utviklingshemming.

I hjemmetjenestene jobber også en kreftsykepleier/ kreftkoordinator (50% stilling).

Kvinesdal kommune har i tillegg en egen avdeling for helse- og omsorgstjenester til barn og unge.

Utfordringsbilde hjemmetjenestene:

- Stort press på hjemmetjenesten som følge av demografiske utfordringer.
- Mangelfull sykepleiedekning døgnet gjennom (bruker bakvaksordninger).
- Utfordrende å rekruttere kvalifisert helsepersonell.
- Økt behov for hjelp i hjemmet til alvorlig syke barn.

Logoped

Kvinesdal kommune har ikke tilsatt en egen logoped som arbeider med voksne, men har en logoped/spesialpedagog ansatt i PP-tjenesten som tar oppdrag hos voksne brukere ved behov. Kommunene kan velge å ansette logoped i kommunal stilling, eller å tilknytte privatpraktiserende logoped som tar betaling etter takst og får refusjoner fra Helfo.

Skoler og barnehager

Skoler og barnehager er viktige samarbeidsaktører i arbeidet med barn og unge som har behov for habilitering. Skolen er ifølge opplæringslova § 15-8 pålagt å samarbeide med relevante kommunale tjenester om vurdering og oppfølging av barn og unge med helsemessige, personlige, sosiale eller emosjonelle vansker. For noen barn vil mye av habiliteringen foregå på skolen, på SFO eller i barnehagen.

Utfordringsbilde:

- I Kvinesdal kommune fungerer samarbeidet rundt disse barna og ungdommene generelt godt, men i enkelte tilfeller kunne samarbeidet vært enda bedre, særlig i overgangsfaser mellom barnehage-skole, ungdomsskole-videregående osv. Dette gjelder særlig elever

som ikke har veldig uttalte behov, noe som kan medføre at hjelpebehovet ikke oppdages før det har gått en tid på ny skole.

- Barn og unge tilbringer store del av dagen i barnehage, skole og SFO, den daglige gjennomføringen av habiliteringsarbeidet er derfor i de fleste tilfeller lagt til disse institusjonene. Det trengs tilstrekkelige ressurser i barnehage, skole og SFO for oppfølging for barn og unge med nedsatt funksjonsevne.
- Det er uklar ansvarsfordeling mellom enhetene rundt barn som har behov for helsetjenester i skole- og barnehagetiden.

Samarbeidspartnere i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet

- Barnevernstjenesten sin hovedoppgave å sikre at barn og unge som lever under tilstander som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Barnevernet er en viktig samarbeidspartner både i habiliterings- og rehabiliteringsarbeid. Seks kommuner i Lister samarbeider om en barnevernstjeneste.
- Pedagogisk-psykologisk tjeneste er kommunens rådgivende og sakkyndige instans for barn og ungdom opp til 16 år som har utfordringer i oppvekst eller i opplærings situasjon. Er særlig involvert i habilitering av barn og unge i barnehager og skoler.
- Fastleger har det medisinskfaglige ansvaret i habiliterings-/rehabiliteringsarbeidet
- Fysioterapeuter med kommunal driftsavtale ○ 3,2 driftstilskudd fordelt på 4 fysioterapeuter. Det er faste møter mellom de privatpraktiserende og kommune x 2 pr år. Kommuneoverlege, enhetsleder og kommunalsjef deltar også på disse møtene.
- NAV er en sentral samarbeidspartner i mange sammenhenger. Blant annet gjennom IPS, individuell jobb støtte.
- Interkommunale samarbeid som for eksempel Fyrtårn psykisk helse og rus samt samarbeidsfora på rehabilitering.

5. Handlingsplan

Satsingsområde	Mål	Tiltak	Ansvarlig
HELHETLIGE OG GODT KOORDINERTE HABILITERINGS- OG REHABILITERINGSTJENESTER	<p>God samhandling på ulike nivåer i helsetjenestene, og mellom helsetjenestene og skoler og barnehager.</p> <p>Sikre kompetente og trygge koordinatorene.</p> <p>Økt bruk av individuell plan</p>	<p>1. Tilrettelegge for samarbeid mellom fastleger og andre helsetjenester i kommunen på system- og individnivå.</p> <p>2. Utarbeide rutiner for samhandling mellom barnehage/skole og helsetjenester i overgangsfaser.</p> <p>3. Utarbeide informasjonsmaterieell for nye koordinatorene.</p> <p>4. Årlig revisjon av prosedyrer knyttet til IP og koordinator, og systematisk informasjon til alle ansatte som er i kontakt med målgruppene</p> <p>5. Utpeke ressurspersoner på aktuelle avdelinger.</p>	<p>Enhetsleder åpen omsorg og rehabilitering. Enhetsleder levekår.</p> <p>Koordinerende enhet.</p> <p>Koordinerende enhet.</p> <p>Enhetsledere</p>
ØKT SATSING PÅ FOREBYGGING, TIDLIG INNSATS OG MESTRING AV KRONISK SYKDOM	<p>Videreutvikle frisklvs-, lærings- og mestringstilbudene i tråd med behovene i befolkningen</p>	<p>6. Styrke arbeidet med forebygging og behandling av overvekt hos barn, unge og voksne.</p> <p>7. Økt innsats på forebygging av livsstilssykdommer hos personer med utviklingshemning.</p> <p>8. Opprettholde mestrings-/rehabiliteringstilbud for personer med lungesykdommer.</p>	<p>Frisklvs-Koordinator/ Helsestasjonen</p> <p>Enhetsleder rehabilitering</p> <p>Enhetsleder åpen omsorg og rehabilitering</p>

		<p>9. Opprette lavterskeltilbudet «Rask psykisk helsehjelp» i samarbeid med Flekkefjord kommune.</p> <p>10. Igangsette internettbaserte selvhjelpsmoduler, samt videreutvikle SMIL, BTI og traumebasert omsorg.</p> <p>11. Vurdere utvikling av nye frisklivs- og mestringstilbud og likemannstilbud i samarbeid med brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner.</p>	<p>Enhetsleder Levekår</p> <p>Enhetsleder Levekår</p> <p>Frisklivskordin ator</p>
<p>LETT TILGJENGELIG INFORMASJON OM HABILITERINGS- OG REHABILITERINGS TILBUDENE TIL BRUKERE OG SAMARBEIDSPA RTNERE</p>	<p>Sikre god informasjon til brukere og pårørende</p>	<p>12. Avdelingsvis gjennomgang av informasjon på hjemmesida.</p> <p>13. Sikre at informasjon om habilitering og rehabilitering også er tilgjengelig for mennesker med begrensede norskkunnskaper.</p> <p>14. Gi god informasjon til barn, unge og familier om barns rettigheter som pårørende.</p> <p>15. Gjøre koordinerende enhet sin rolle mer kjent for både kommunale tjenester og samarbeidspartnere.</p> <p>16. Innføre digital informasjonsplattform for samhandling på tvers av avdelinger.</p>	<p>Enhetsledere helse og informasjonsheten</p> <p>NAV</p> <p>Koordinerende enhet og helsestasjonen</p> <p>Koordinerende enhet</p> <p>Enhetsleder åpen omsorg og rehabilitering</p>
<p>SIKRE BRUKERMEDVIRKNING PÅ INDIVID- OG SYSTEMNIVÅ</p>	<p>Styrke samarbeidet mellom kommunehelsetjenestene, brukerorganisasjoner og frivillige lag og organisasjoner.</p> <p>God brukermedvirkning på individnivå.</p>	<p>17. Årlige møter mellom kommunen og brukerorganisasjoner.</p> <p>18. Årlig informasjon til alle enhetsledere.</p> <p>19. «Hva er viktig for deg» / recovery fokus i alt pasient- og brukerarbeid.</p> <p>20. Informere alle aktuelle brukere om at de har rett til individuell plan og koordinator.</p>	<p>Kommunalsjef</p> <p>Koordinerende enhet</p> <p>Enhetsledere, avdelingsledere og alle ansatte Ressurspersone for IP</p>
<p>SIKRE NØDVENDIG KOMPETANSE OG</p>	<p>Sikre kompetanse og kapasitet i tråd med behov</p>	<p>21. Årlig rullering av plan for habilitering og rehabilitering.</p>	<p>Koordinerende enhet</p>

<p>TILSTREKKELIG KAPASITET, TILPASSET BEFOLKNINGENS BEHOV</p>		<p>22. Øke ergoterapiressursen fra 1 til 2 stillinger</p> <p>23. Kontinuerlig fokus på kompetanseheving innen rehabilitering.</p> <p>24. Tilsette to kommunepsykologer</p>	<p>Enhetsleder åpen omsorg og rehabilitering</p> <p>Alle enhetsledere helse/omsorg</p> <p>Enhetsleder levetår</p>
---	--	--	---

