

Plan for habilitering og rehabilitering

2020
2023

Versjon 1



KONGSVINGER
KOMMUNE

Innhold

| | |
|--|----|
| Innledning og føringer | 3 |
| Planens virkeområde | 4 |
| Habilitering og rehabilitering | 4 |
| Begrepsbruk og kjennetegn | 5 |
| Ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste | 5 |
| Spesialisthelsetjenestens oppgaver og ansvar | 6 |
| Kommunal habilitering og rehabilitering: | 6 |
| Brukermedvirkning | 7 |
| Pasientforløp i rehabilitering | 7 |
| Pasientforløp i habilitering | 8 |
| Organisering av habiliterings- og rehabiliteringstilbudene | 9 |
| Koordinerende enhet | 9 |
| Individuell Plan (IP) og koordinator | 9 |
| Aktører i habilitering- og rehabiliteringstjenestene | 10 |
| Kartlegging av behov for habilitering og rehabilitering | 15 |
| Habilitering barn | 16 |
| Habilitering voksne | 17 |
| Overganger | 18 |
| Rehabiliteringsforløp | 19 |
| Rehabilitering barn | 19 |
| Rehabilitering voksne | 20 |
| Overganger | 20 |
| Tiltaksplan for styrking av kommunens habilitering- og rehabiliteringstilbud | 21 |
| Involvering og deltakelse –Hva er viktig for deg? | 21 |
| Samhandling, tjenesteutvikling og koordinering | 22 |
| Rehabilitering: | 23 |
| Samhandling med pårørende: | 25 |

Innledning og føringer

Plan for habilitering og rehabilitering i Kongsvinger kommune viser hvordan kommunen ivaretar sitt lovpålagte ansvar for tjenestene. Kommunen skal ifølge lover og forskrifter:

- planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet
- ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen
- sørge for nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering
- sørge for habiliterings- og rehabiliteringstilbud uavhengig av pasientens og brukerens boform
- sørge for nødvendig kompetanse
- integrere tilbudet i et samlet tverrfaglig habiliterings- og rehabiliteringstilbud
- sørge for nødvendige hjelpemidler og ergonomiske tiltak
- organisere lærings- og mestringstilbud

Sentrale mål for planen er å sikre tilbud i samsvar med behov, der det vektlegges faglig innhold, kvalitet og kapasitet med disse fokusområdene:

- Å forebygge og utsette behov for kompenserende tjenester.
- Opprettholde og/eller vinne tilbake mestringsevne.
- Styrke samarbeid med brukere, brukerorganisasjoner og andre både internt i kommunen og eksternt, særlig opp mot spesialisthelsetjenesten.
- Sikre at pasienter og brukere får oppfylt rettigheter samt ivaretatt brukermedvirkning på tvers av fag og kompetanse, nivå og tjenestested/enhet.
- Sikre utvikling av tilbudet og fagfeltet i takt med behovsendringer innen kompetanse, organisasjon og tjenesteyting.
- Gi bedre koordinering og helhetlige tjenester på tvers av nivåer, enheter og fagområder.
- Legge til rette for at alle ansatte i kommunalområdet Helse- og mestring skal kunne forstå et større helhetsbilde av feltet habilitering og rehabilitering.
- Legge til rette for at fastleger og spesialisthelsetjenesten/sykehus får bedre og bredere kunnskap om Kongsvinger kommunes tilbud innen habilitering og rehabilitering.

Planen skal tydelig støtte opp under planer og tiltak i samtlige strategidokument for Helse og mestring i kommunen:

Strategidokument 1: «Tjenester i hjemmet –hjemmebasert omsorg», Strategidokument 2: «Verdighet og livsglede. Heldøgnsomsorg (HDO) og institusjonsplasser», Strategidokument 3: «Tjenester til utviklingshemmede», Strategidokument 4: «Aktiv deltaker i eget liv. Tjenester innen psykiatri og rusavhengighet» samt Strategidokument 5: «Tidlig innsats og forebyggende arbeid –barn, unge, voksne og eldre»

Strategidokumentene har et virkeområde på to år.

Planens virkeområde

Planen gjelder tjenester som ytes etter helse- og omsorgstjenestelovens §3-2, pkt 5: «*Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering*», nærmere regulert i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator og Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (HD IS-2651, 06.07.2017).

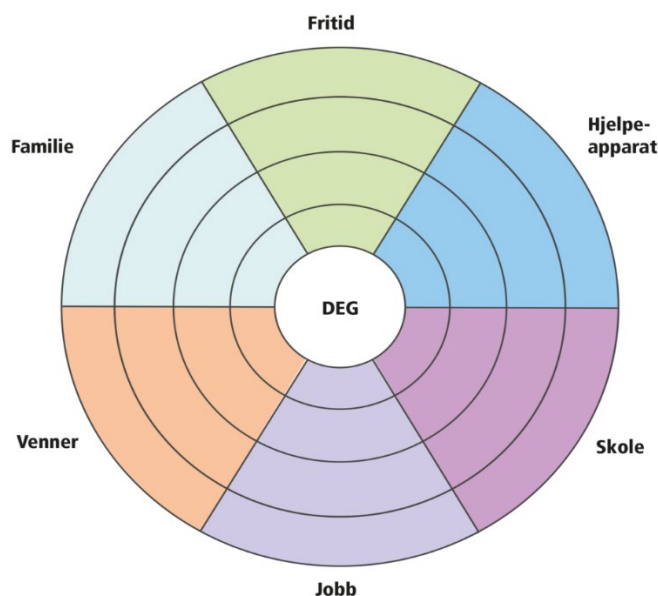
Planperioden er satt til 2023. Planen vil likevel tas opp for vurdering og eventuell revidering i samband med revidering av strategidokumentene hvert andre år.

Plan for habilitering og rehabilitering i Kongsvinger kommune er rettet mot brukergruppen som er i behov av habiliterings- og/eller rehabiliteringstjenester, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonsnedsettelse.

Habilitering og rehabilitering

Definisjon av habilitering og rehabiliteringstjenestene:

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



Begrepsbruk og kjennetegn

«**Habilitering** kan forstås som tiltak som har som mål å utvikle funksjons- og mestringsevne for å nå størst mulig grad av selvstendighet, deltakelse og livskvalitet. Habilitering omfatter tiltak spesielt rettet mot barn eller voksne med medfødte eller tidlig ervervede helse- og/ eller funksjonsproblemer. Med tidlig ervervet menes at tilstanden er ervervet før 18 år jf. prioriteringsveileder for habilitering av voksne i spesialisthelsetjeneste. Pasienter med medfødt eller tidlig ervervet kognitiv funksjonsnedsettelse og/eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelse utgjør den dominerende andelen av pasienter som i dag henvises til habiliteringstjenestene for barn og voksne i spesialisthelsetjenesten. Målgruppen innen habilitering trenger bistand for å etablere og oppøve funksjoner og ferdigheter som de i utgangspunktet ikke har hatt. For mange innebærer dette at de ikke følger et forventet utviklingsløp. Behovet for habilitering varer som oftest livet ut. Tidlig innsats og forebyggende tiltak er viktig for å bevare eksisterende funksjoner og bremse utvikling av funksjonstap. Habiliteringstilbudet inneholder planlagte og ofte sammensatte og samordnede tjenester for å hjelpe brukeren å nå sine egne mål.

Rehabilitering kan forstås som tiltak som har som formål å bidra til at en person gjenvinner eller bevarer fysisk, mental eller sosial funksjonsevne som er tapt, eller står i fare for å tapes, på grunn av sykdom, skade eller inaktivitet. Målet er å bidra til at den enkelte bruker blir i stand til å fungere så godt som mulig i dagliglivet ut fra sine mål, ønsker og forutsetninger, mestrer eget liv, og får mulighet til å delta i samfunnet. Rehabilitering er tjenester og støtte til bruker/pasient i form av strukturerte tiltak. Brukeren er hovedaktør i prosessen og gjør oftest selv mye av innsatsen som inngår i tiltakene. Rehabilitering omfatter både medisinsk, sosial og psykososial rehabilitering. Tradisjonelt har begrepet rehabilitering i stor grad vært knyttet til somatisk sykdom. En slik forståelse innebærer en kunstig avgrensning av brukerens totale situasjon og hjelpebehov.» (HOD 07-2017)

Ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste

Regjeringen vil skape sterke velferdskommuner med økt kapasitet og kompetanse. Stortingsmeldingen **Fremtidens primærhelsetjeneste** peker på at behovet for tjenester er endret ved at flere brukere har kroniske sykdommer og et komplekst sykdomsbilde. Det er behov for tjenester fra et bredt spekter av fagområder fra både spesialist- og kommunehelsetjeneste. Flere brukere har behov for samtidige og langvarige tjenester. Målet er at habilitering og rehabilitering skal styrkes i kommunene, og at flere av tilbudene i fremtiden skal gis kommunalt. Kommunens overordnede ansvar følger av **Helse- og omsorgstjenesteloven §3-1**. Ansvarer speiler pasient og brukers rett til tjenester etter **Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1**. Kommunens ansvar for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering beskrives i **Forskrift om habilitering og rehabilitering §5**: «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».

Som et ledd i å sette kommunene i stand til å gi gode habiliterings- og rehabiliteringstilbud, har regjeringen utarbeidet **Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)**. Opptrappingsplanen trekker frem utfordringer med brukermedvirkning, samhandling og koordinering, kapasitet, kvalitet, arbeidsform og/eller organisering. Opptrappingsplanen peker på ulike tiltak og strategier som skal bidra til å nå målet om at bruker får muligheten til å leve et aktivt og mest mulig selvstendig liv, på tross av helseutfordringer og funksjonsnedsettelser. Tiltakene er involvering og deltakelse, helhetlige pasientforløp, kapasitet, kompetanse, fagutvikling og forskning, og arbeid og helse.

I nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten/helseforetakene, listes det opp følgende punkter som skal beskrives i retningslinjene:

- Samarbeid med fastlegen
- Samarbeid mellom koordinerende enheter i helseforetak og kommunen
- Samarbeid om individuell plan
- Oppnevning av koordinator
- Informasjonsutveksling
- Ambulant virksomhet
- Hjelpemidler
- Lærings- og mestringstilbud
- Særlig om oppfølging av mindreårige

Rutinene skal sikre optimal forutsigbarhet for brukere, pasienter og tjenesteytere, og samhandling fram mot utskrivelse bør starte ved innleggelse.

Spesialisthelsetjenestens oppgaver og ansvar

Mange av de som mottar størstedelen av habiliterings- og/eller rehabiliteringstjenestene fra kommunen, har i tillegg behov for samtidige tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Dette kan gjelde utredninger, behandlingstiltak og intensive treningstilbud med høy grad av spesialisert kompetanse. Disse tilbudene kan gis som opphold, polikliniske tilbud eller gjennom ambulante tjenester. I enkelte tilfeller er behovet for spesialisthelsetjenester avgrenset til en tidlig og kortvarig fase, mens andre brukere og pasienter vekselvis trenger begge nivåer gjennom lengre forløp, eventuelt permanent. Helseforetakets og spesialisthelsetjenestens ansvar for å yte nødvendig spesialisert habilitering/rehabilitering opphører ikke ved utskrivning.

Spesialisthelsetjenestens ansvar er beskrevet i **Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 13** hvor det står: «Det regionale helseforetaket skal sørge for nødvendige undersøkelser og utredning av pasienter og brukere med behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Det regionale helseforetaket skal videre sørge for tilbud om:

- a) trening og oppøving av funksjon og ulike individuelle ferdigheter som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning
- b) intensiv trening som inngår i individuell habiliterings/rehabiliteringsplan, eller som et nødvendig, spesialisert tilbud etter behandling
- c) tilrettelagt opplæring for pasienter og brukere som trenger det, og tilrettelegge rammebetingelser som kan bidra til økt mestring.»

Kommunal habilitering og rehabilitering:

Kommunen skal sørge for at innbyggerne får medisinsk, sosial og psykososial habilitering og rehabilitering. Kommunens habiliterings- og rehabiliteringstjenester skal bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse for alle innbyggerne som har behov for det.

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

kommunalt tilbud og et godt tilbud for brukerne ikke bare kreve større kapasitet, men fremfor alt endrede arbeidsformer og innretning av tilbudet både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det er også behov for større faglig bredde og bred kompetanse på et høyere faglig nivå hos tjenesteyterne i kommunene. Tjenestene må støtte opp under og utløse alle de ressurser som ligger hos brukerne, deres familier og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet.»
(HOD 2017)

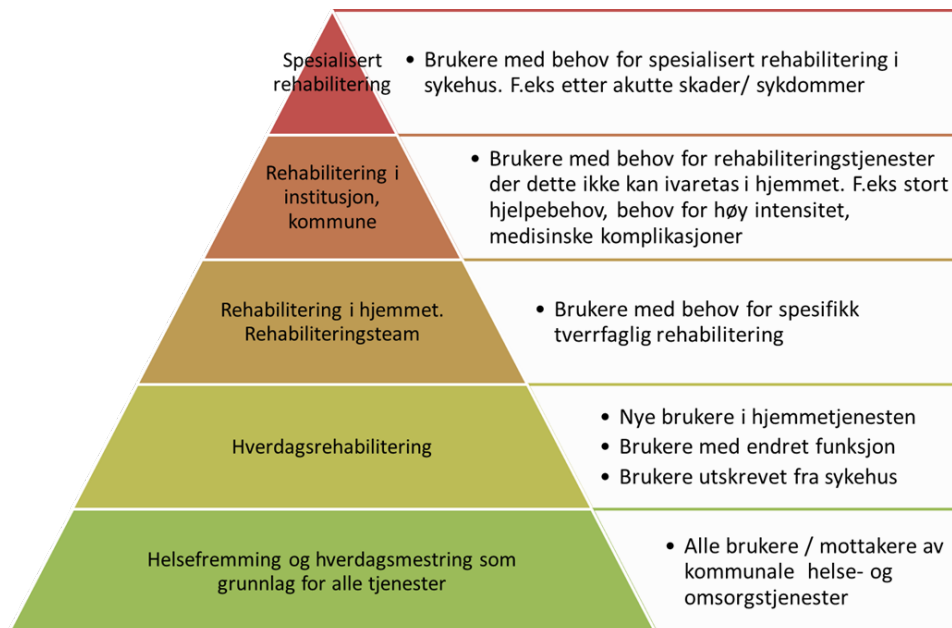
Brukermedvirkning

Brukermedvirkning innebærer at tjenestetilbudet, så langt som mulig, skal utformes i samarbeid med brukere. Brukermedvirkning er sentralt i habilitering og rehabilitering, og er et fokusområde for kommunens tjenester, både på system- og individnivå. Brukerrollen er i endring, og målet er at brukere skal være en aktiv deltaker i egen prosess. En mer aktiv brukerrolle vil utfordre den tradisjonelle måten å tenke på, og det blir derfor viktig å utvikle felles holdninger og tilnærminger i alle tjenester som igjen gjenspeiles i praksis, rutiner og samarbeidsstrukturer. I kommunalområdet Helse og mestring i Kongsvinger kommune er hverdagsmestring og brukermedvirkning grunnleggende verdier, og alle tjenester skal ha utgangspunkt i dette. Brukerens behov, ressurser og mestringsopplevelse skal settes i fokus, og spørsmålet «Hva er viktig for deg?» er sentralt for å få fram brukers mål og perspektiv ved utforming av tjenesten. Barn og unges erfaringer og synspunkter er sentrale ved utforming av tjenester. Det er viktig at barn er med på å definere egne habiliteringsmål, og at de får si hvordan de tenker at målene kan nås. Dette kan gi barna større eierskap til sin egen habiliteringsprosess, og bidra til at kommunens tiltak treffer bedre.

Pasientforløp i rehabilitering

Pasientforløp i rehabilitering kan grovt inndeles i fire hovedtyper:

1. Pasientforløp der behovet avdekkes i kommunen og løses i kommunen, herunder i kombinasjon med private tjenester som kommunen inngår avtaler med og i samarbeid med andre sektorer.
2. Pasientforløp der behovet avdekkes i kommunen, men hvor behovet tilsier at pasienten søkes/henvises til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Rehabiliteringstilbudet gis i rehabiliteringsavdeling ved et helseforetak eller i privat rehabiliteringsinstitusjon, eller i en kombinasjon av disse.
3. Pasientforløp som starter med planlagt innleggelse i spesialisthelsetjenesten, for eksempel kirurgisk inngrep. Rehabiliteringsprosessen starter integrert med medisinsk behandling i samme avdeling som utfører den kirurgiske inngrepet, og pasienten overføres videre til rehabiliteringsavdeling i spesialisthelsetjenesten eller til rehabilitering i kommunen.
4. Pasientforløp som starter med akuttinnleggelse i spesialisthelsetjenesten og videre rehabilitering fra tidlig fase og eventuelt også videre ut i forløpet i spesialisthelsetjenesten. Etter dette overføres pasient til rehabilitering og oppfølging i kommunen.



Pasientforløp i habilitering

Pasientforløp innen habilitering artet seg ofte annerledes enn pasientforløp innen rehabilitering. Dette gjelder særlig i spesialisthelsetjenesten. Habiliteringstjenestene i Norge er organisert annerledes enn rehabiliteringstjenestene, med sterkere vekt på poliklinisk og ambulant oppfølging og mindre døgnopphold.

Mange av pasientene som følges opp av habiliteringstjenesten, har kroniske tilstander som følges opp i et livsløpsperspektiv. Felles for alle som mottar habiliteringstilbud er at de trenger planlagte, sammensatte og samordnede tjenester på tvers av sektorer. Mange har behov for gjentatte prosesser gjennom hele livet

(Helsedirektoratet)



Organisering av habiliterings- og rehabiliteringstilbudene

Rehabilitering og habilitering skal bidra til at alle med sykdom eller skade oppnår best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Rehabilitering er integrert i de fleste pasientforløp.

Regional koordinerende enhet (RKE) ved Sunnaas sykehus HF har oversikt og gir informasjon om offentlige og private habiliterings- og rehabiliteringstilbud i helseregion sør-øst.

Koordinerende enhet

Koordinerende enhet skal bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til brukere med behov for tjenester fra flere fagområder og nivåer. I Kongsvinger kommune er Koordinerende enhet organisert under forvaltning/tildeling. Koordinerende enhet har oversikt over tilbud innen habilitering og rehabilitering i kommunen og spesialisthelsetjenesten, og er mottak for meldinger om mulig behov for habilitering og rehabilitering. Koordinerende enhet har også ansvar for å legge til rette for brukermedvirkning både på system- og individnivå, og bidra til samarbeid på tvers. En av Koordinerende enhets sentrale oppgaver er å ha et overordnet ansvar for individuell plan og koordinator.

Koordinerende enhet har i tillegg ansvar som forløpskoordinator når det gjelder pakkeforløp i psykisk helse og rus; -dette gjelder både for barn, unge og voksne.

Individuell Plan (IP) og koordinator

Alle som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan, uavhengig av alder, diagnose og funksjon.

Individuell plan og koordinator er verktøy som skal bidra til at bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Koordinator og individuell plan skal også sikre brukers medvirkning, og styrke samhandlingen mellom alle parter. Koordinator er en tjenesteyter som skal sikre at bruker får nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbud, samt sikre framdrift i arbeidet med individuell plan.

Individuell plan skal bidra til at brukeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det skal tilrettelegges for at den enkelte tjenestemottaker skal kunne delta i arbeidet med sin egen IP.



Aktører i habilitering- og rehabiliteringstjenestene

Brukeren er hovedaktøren i habiliterings- eller rehabiliteringsprosessen, og skal være en aktiv og likeverdig samarbeidspartner for de ulike fagpersonene. Brukerens behov, ressurser og mestringsopplevelse skal settes i fokus. Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» er sentralt for å få fram brukers mål og perspektiv ved utforming av tjenestene.

Pårørende er ofte en viktig støtte for bruker, og mange pårørende utøver betydelige omsorgsoppgaver overfor sine nærmeste. Pårørende er en viktig ressurs og spiller en stor rolle i habiliterings- og rehabiliteringsprosessen. Pårørende har inngående kjennskap til bruker, og god dialog med pårørende sikrer at deres kompetanse og erfaring tas med i prosessen. Pårørende er viktige samarbeidspartnere, og skal tas med i utformingen av tjenestetilbudet. Hvilken rolle pårørende skal ha i prosessen, avklares i samarbeid med bruker og pårørende.

Fastlegen har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for sine pasienter. Fastlegen har en viktig oppgave med å fange opp endringer hos pasienten og henvise videre til spesialisthelsetjenesten og til kommunale tjenester. Fastlegene inngår også i legevaksordningen.

Leger i sykehjem og HDO har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for sine pasienter. I kommunens institusjoner er det ansatt egne sykehjemsleger, i HDO kan i utgangspunktet beboerne benytte egen fastlege, eventuelt ansatt tilsynslege.

Fysio- og ergoterapitjenesten skal bidra til at mennesker skal mestre eller gjenvinne ønsket hverdagsliv, til tross for funksjonsnedsettelse, skade, uheldig livsførsel eller sykdom. Tjenestene er hovedaktørene i habiliterings- og rehabiliteringsforløp. Vurdering, kartlegging, behandling og trening kan gis i innbyggerens eget hjem, på sykehjem, i omsorgsbolig eller bofelleskap, på avlastnings- og rehabiliteringsopphold, på dagsenter/dagtilbud, i barnehage og skole eller i tjenestens egne lokaler. Fysio- og ergoterapeuter kan også bidra i innledende kartlegging av ernæringsstatus, for eksempel gjennom kartlegging av vekt, styrke og funksjon knyttet til ernæringsstatus. De kan ha oppgaver i forhold til pasienter som har funksjonelle og motoriske vansker, eller trenger tilrettelegging med hjelpemidler i spisesituasjonen. Tilbudet består også av individuell grov- og finmotorisk trening og tilrettelegging av omgivelsene. Terapeutene lærer opp og veileder bruker og personalet på de ulike arenaene hvor bruker er. For å kunne mestre ulike aktiviteter, vil flere av brukerne ha behov for tekniske hjelpemidler. Fysio- og ergoterapeuter vurderer behov for og formidler hjelpemidler. Fysio- og ergoterapitjenesten til barn og unge er forankret i helsestasjonstjenesten/skolehelsetjenesten.

Ergoterapeutene er opptatt av å se helheten rundt hver enkelt og finne egnede løsninger. De kartlegger situasjonen brukeren er i og på bakgrunn av dette behovet tilrettelegger, trener og /eller formidler ergoterapeutene hjelpemidler. De kan også bistå i tilrettelegging av bil og bolig. Brukers egne mål er styrende, og det overordnede målet er ofte at bruker skal klare seg best mulig hjemme, komme tilbake til jobb, samt delta i sosiale aktiviteter i og utenfor hjemmet. For å nå dette, bistår ergoterapeutene med å utarbeide rutiner og tiltak som er hensiktsmessig for den enkelte.

Fysioterapeutene gjør en individuell kartlegging og vurdering, og gir oppfølging i en tidsavgrenset periode. De tilbyr trening og treningsopplegg –individuell og i gruppe. Pasienten/brukeren skal

alltid være delaktig i å sette egne mål for oppfølgingen. Fysioterapeuten jobber med funksjon og bevegelse for å redusere kroppslige plager og fremme helse og utvikling.

Rehabiliteringsteam tilbyr en tidsavgrenset og intensiv rehabilitering i hjemmet (normalt 2-3 uker), hovedsakelig i forbindelse med hjemreise etter sykehusopphold, eventuelt i etterkant av korttidsopphold. Teamet er tverrfaglig og består av sykeleier, ergoterapeut og fysioterapeut. Tjenesten vurderer den enkeltes behov, og omhandler tilrettelegging, trening, behandling og trygging i overganger sykehus/sykehjem/hjem.

Hverdagsrehabilitering er et tidsavgrenset tilbud som foregår på dagtid i hjemmet. Tjenesten passer for brukere med gradvis eller plutselige funksjonsfall, som dermed ikke mestrer hverdagen i samme grad som tidligere. Teamene yter tjenesten som både et intensivt tiltak og som hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering er en tidlig innsats som også forebygger forverring og økt passivisering. Teamet består av fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, og teamet samarbeider tett med annet helsepersonell i hjemmebaserte tjenester der dette er aktuelt. Treningen tilpasses brukerens mål, og har en varighet på ca. 6 uker.

Frisklivssentralen er et gratis lavterskeltilbud som har fokus på å hjelpe personer med å endre livsstil, forebygge kommunale helseutfordringer og å drive med opplysningsarbeid om helse og helseatferd. Det grunnleggende tilbudet er kostholdsveiledning, gruppetreninger (10 ulike, faste aktiviteter i uka) og testing. Det er også egne grupper med spesialisert tilbud for deltagere med KOLS og sykkelig overvekt. I tillegg holder de to psykologene løpende gruppebehandling av insomni (CBT-I) og stressmestringskurs. De samarbeider med, holder foredrag for, veileder og jobber med kompetanseheving for ulike instanser i kommunen. De to psykologene ved frisklivssentralen fungerer også som kommunepsykologer med et helhetlig samfunnsperspektiv.

Aktivitetskoordinator gir tilbud til brukere som har fått en forandring i livet, og trenger å komme tilbake i aktiviteter. Hva som er en viktig aktivitet er opp til den enkelte, men aktivitetskoordinator vil informere om hvilke tilbud som finnes i kommunen. Koordinatoren kan også bidra med hjelp til at bruker kan komme seg til aktivitetstilbudene. Tjenesten er tidsbegrenset til ca. 3 – 6 uker.

Kommunalt hjelpemiddellager låner ut alt fra enkle hjelpemiddel som dostol eller rullator, til senger og heiser. Hjelpemiddel er ikke et mål i seg selv, men skal bidra til å løse praktiske problemer. Den beste løsningen er ofte en kombinasjon av flere tiltak. Fysio- og ergoterapitjenesten vil være behjelpelig med råd og tips rundt hjelpemiddel, og vil også kunne hjelpe til med søknad på hjelpemiddel som NAV-hjelpemiddel forvalter.

I tillegg finnes en mengde hjelpemiddel som kan kjøpes i vanlige forretninger, og som kan bistå brukeren til å mestre en habilitering- eller rehabiliteringsprosess enda bedre.

Visningsarena for hjelpemiddel og velferdsteknologi ligger plassert lett tilgjengelig på Kongsvinger bibliotek. Her er det mulighet for brukere, pårørende, ansatte og innbyggere å se samt prøve ut hjelpemiddel og frihets- og velferdsteknologi. Dette gjelder alt fra løsninger der kommunen gir vedtak om helsehjelp gjennom teknologisk støtte, til produkter og tilbud den enkelte bruker selv kan gå til innkjøp av. Det finnes et stort utvalg hjelpemidler som kan bidra til trygghet, selvstendighet og mestring for innbyggere i alle aldre, og disse hjelpemidlene er viktige i habiliterings- og rehabiliteringstilbudet. Riktig bruk av velferdsteknologi gir mange muligheter, og

velferdsteknologiske løsninger kan være med å bidra til at brukere opplever trygghet og større egenmestring i sin hverdag.

Syn- og hørselskontakter: Ergoterapitjenesten har egne syns- og hørselskontakter som bistår brukere som har nedsatt syn eller hørsel med formidling, tilpassing og opplæring i bruk av syn- og hørselshjelpemidler.

Forvaltning/tildeling vurderer alle søknader om helse- og omsorgstjenester. De er også kommunens koordinerende enhet. Behov for habilitering og rehabilitering meldes forvaltning/tildelingsteamet. Koordinerende enhet fattet også vedtak på individuell plan og oppnevner koordinator i samarbeid med bruker og tjenesteytende enhet ved behov.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten gir tjenester til barn og unge i alderen 0-25 år. Helseyskepleierne tilbyr hjemmebesøk til alle nyfødte barn, og er ofte barnets første møte med kommunehelsetjenesten. Tjenesten følger barn og unge gjennom kontroller av utvikling. Vekt, høyde, motorikk, syn, hørsel, språk, kognitive- og sosiale ferdigheter sjekkes på helsestasjonen frem til skolealder. I skolealder overtar skolehelsetjenesten. Barn og foreldrene kan også be om individuell oppfølging ved behov. Tjenesten har en viktig rolle i det å avdekke avvik hos barn og unge, og henvise videre til andre tjenesteytere. Tjenesten har i tillegg et særansvar for barn med habiliteringsbehov.

Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) foretar sakkyndig vurdering av barns opplæringsbehov. De gir råd til foreldre og opplæringsansvarlige i barnehage og skole, samt tilbyr logopedhjelp. PPT vurderer barn som har forsinket utvikling, språk- og kommunikasjonsvansker, konsentrasjon- eller oppmerksomhetsvansker, atferdsvansker, sosiale- og emosjonelle vansker, fagvansker og lærevansker. Dersom PPT vurderer at barnet har behov for spesialpedagogisk hjelp eller annen tilrettelegging, blir dette beskrevet i sakkyndig vurdering.

Avlastningstjenesten gir avlastningstilbud til barn med ulike typer funksjonshemninger. Avlastningen kan i enkelte tilfeller der barnet av helsemessige årsaker ikke kan flyttes ut av hjemmet yte avlastningstjenester i barnets bolig. Familien kan også tilbys privat avlastning.

Tilrettelagt arbeid/ fritid. Det er en nasjonal målsetting å øke arbeidsdeltakelsen for personer med nedsatt funksjonsevne. Slagordet «Arbeid for alle» gjelder også for utviklingshemmede og er nedfelt i Meld. St. 45 (201213) *Frihet og likeverd – Om mennesker med utviklingshemming*. I Kongsvinger ser status for brukergruppen per i dag slik ut (personer under 67 år):

Arbeid og skoletilbud

| Skole (barne- og ungdomsskole + vgs.) | VTA-bedrift | Dagsenter (Blinken) | Privat bedrift | Uten dagtilbud |
|---------------------------------------|-------------|---------------------|----------------|----------------|
| 16 | 11 | 30 | 5 | 16 |

Både på *Ny Vekst og Kompetanse* (tidligere Promenaden) og Blinken dagsenter er etterspørselen stor, og det er venteliste for å få plass. NAV tildeler VTA-plassene (VTA=Varig Tilrettelagt Arbeid). I

VTA-bedrifter er det 1 arbeidsleder pr 5 ansatte. Blinken har utfordringer med å gi flere enn 20 personer et dagtilbud pr dag, bl.a. på grunn av plassmangel og begrensede personalressurser. På Blinken dagsenter er det i snitt 1 arbeidsleder pr 3 ansatte, da mange brukere har store oppfølgingsbehov. Enkelte har også tettere oppfølging, selv om det i hovedsak tilbys gruppetilbud mer enn individrettede tiltak.

Ant. utviklingshemmede med støttekontakt pr. 1.1.2020

| Individuell støttekontakt | Støttekontakt i gruppe | Begge deler |
|---------------------------|------------------------|---|
| 43 | 52 | 16 (er medregnet i de to andre tallene) |

Aktivitet og bistand –tjenester til utviklingshemmede. I Kongsvinger er mesteparten av tjenestene til utviklingshemmede organisert i Aktivitet- og bistandsenheten. Aktivitet- og bistandsenheten har ansvar for å yte tjenester etter enkeltvedtak til voksne mennesker med utviklingshemming, samt gi avlastning til foreldre med barn med ulike typer funksjonshemminger. Enheten drifter også et dagsenter, der ca. 30 brukere får tilbud i løpet av ei uke. Tjenesten omfatter praktisk bistand og opplæring, hjemmehjelp, hjemmesykepleie og aktivisering. Det fattes enkeltvedtak på disse tjenestene. Mange av brukerne er i tillegg avhengig av kontinuerlig tilsyn. Et eget lovverk regulerer tvangsbruk overfor mennesker med utviklingshemming: *kap. 9 i helse- og omsorgstjenesteloven*. Loven stiller bl.a. krav til kompetanse hos de som utøver tvang og makt. I tillegg stilles ofte krav til minimum to tjenesteutøvere i den enkelte situasjon. Kommunen plikter å samarbeide med spesialisthelsetjenesten i disse sakene, og det er Fylkesmannen som i siste instans overprøver (godkjenner) alle tvangsvedtak.

Kultur- og fritidsenheten: Enheten forvalter støttekontakt- og fritidskontaktordningen i kommunen. Ut over dette tilbyr de også en rekke gruppeaktiviteter på kveldstid for utviklingshemmede, bl.a. fotball, håndball, innebandy, bowling, hyggekvelder, band (musikk), dans og teater.

Psykisk helse og rusomsorg. Kommunen skal gi behandling og støtte til personer som har psykiske lidelser og/eller problemer med rus og avhengighet.

Rusteamet i kommunen er et ambulant team som arbeider med enkeltpersoner gjennom oppsøkende arbeid, oppfølging i bolig, nettverksbygging, sosial og økonomisk veiledning, boligervervelse, samarbeid med LAR, tvangsvedtak, vurdering av behov for institusjonsinnleggelse, oppfølging under institusjonsinnleggelse og tilbud om omsorgsplass. Målet er å bidra til økt mestring av hverdagen utfra egne mål og ressurser.

Psykisk helseteam gir mennesker som trenger det hjelp tilpasset den enkeltes behov. Dette kan dreie seg om alt fra aktiviteter og utdanning, til bolig og samtalegrupper. Visjonen er at tjenesten skal gi brukeren veiledning og støtte til å klare seg selv best mulig og til å delta i samfunnet gjennom aktiviteter, arbeid og fritidstilbud.

Rehabilitering i institusjon – korttidsopphold. Korttidsopphold i sykehjem er et tilbud for personer som har fått en helse- og funksjonssvikt som krever et tidsavgrenset opphold i sykehjem. Tilbudet gis for en kortere periode der brukeren har behov for heldøgns pleie- og omsorg samt intensivt rehabilitering før vedkommende kan flytte hjem i egen bolig igjen. Oppholdet kan også

være et tilbud til tjenestemottaker som ikke kan reise hjem etter en sykehusinnleggelse, men som trenger å avslutte påbegynt behandling eller utredes videre.

Personalet tilknyttet korttidsavdelingen utarbeider en plan for oppholdet, samt en plan for oppfølging og videre rehabilitering i eget hjem etter avsluttet korttidsopphold. Ergoterapeuten tilrettelegger også brukers egen bolig før hjemreise dersom det er behov for dette.

Hjemmebaserte tjenester gir nødvendig helsehjelp og praktisk bistand til brukere i alle aldersgrupper. Hjemmetjenesten skal ta utgangspunkt i hva som er viktig for brukeren og fokusere på mestring av hverdagen. De skal sammen med bruker jobbe målrettet for å gjøre brukeren mer selvhjulpent. Hjemmetjenesten har en viktig rolle i det å oppdage begynnende funksjonstap hos bruker og å avdekke rehabiliteringspotensiale. I tillegg er tjenesten en viktig aktør i rehabiliteringsprosessen, og utfører planlagte tiltak. Enheten er også sentral i innføringen av velferdsteknologiske løsninger som elektronisk medisineringsstøtte, trygghetsalarmer og avstandsoppfølging. Tjenesten har en viktig rolle i overgangen til kommunal rehabilitering i hjemmet ved å bidra til at fysisk funksjon og mestring opprettholdes. Rehabiliteringstjenesten veileder hjemmesykepleie/praktisk bistand/hjemmehjelp i hvordan slå sammen stell/pleie og trening.

Dagsenteret arbeider i et rehabiliterende tankesett der de har balanse- og styrketrening, samt følger opp spisetrening og sosiale ferdigheter hos brukerne (ADL-funksjoner).

Sykehjem og omsorgsboliger. Kommunen tilbyr langtidsopphold i heldøgns omsorgsboliger og i sykehjem for mennesker med somatiske behov samt mennesker med demenssykdom. Det gis også tilbud til brukere med alderspsykiatriske behov, samt palliative plasser (lindrende enhet). Selv om pasientene er syke eldre med svært omfattende pleie- og omsorgsbehov, er verdigrunnlag og fokus at den enkelte skal oppleve så mye mestring i egen hverdag som mulig, og at funksjoner skal forsøkes ivaretas så godt det lar seg gjøre. Det arbeides tverrfaglig med rehabilitering i sykehjem og omsorgsbolig, og fysio- og ergoterapitjenesten bistår med veiledning og tilrettelagte aktiviteter for beboerne. Erfaring viser at aktiv deltakelse i utformingen av egne mål, øker pasientens motivasjon og styrker mestringen. Dette gjelder uavhengig av nivå i omsorgstrappen. «Hva er viktig for deg?» er utgangspunktet for utvikling av prosedyrer, tiltak og kompetanse for å bidra til en mer aktiv brukerrolle og et større fokus på forebygging, rehabilitering og oppfølging. Også når en pasient får langtidsplass i sykehjem, vil det være avgjørende for trygghet og deltakelse at man har en dialog med pasienten og pårørende i en felles planlegging av tiden fremover og helsehjelp ved livets slutt.

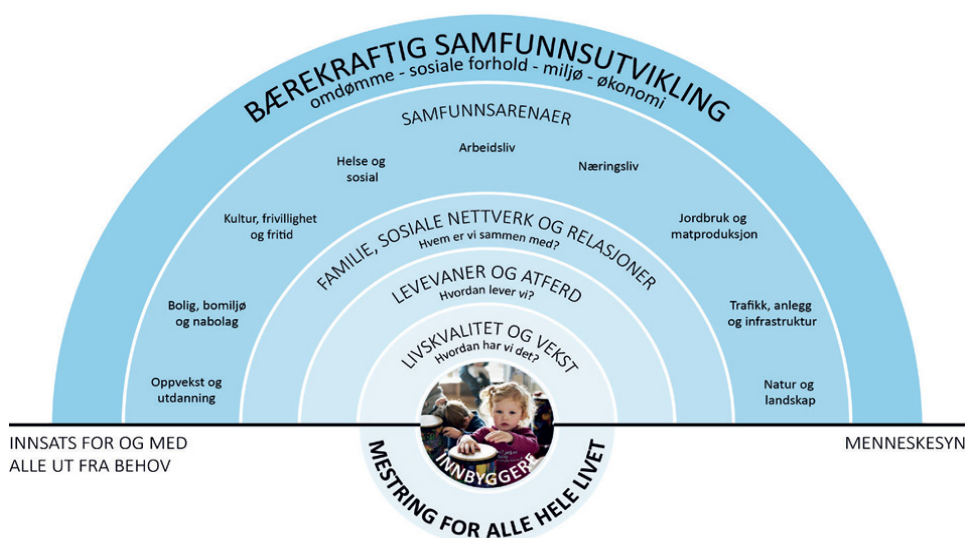
NAV har ansvar for flere økonomiske stønadsordninger som hjelpe- og grunnstønad, pleiepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. NAV bistår også mennesker med funksjonsnedsettelse til å komme i arbeid. Familier som har barn med funksjonsnedsettelse kan søke om økonomiske stønader som hjelpe- og grunnstønad fra NAV. NAV har også ulike økonomiske ordninger som kan kompensere for tapt arbeidsinntekt. Et samarbeid med NAV vil derfor ofte være en naturlig del av et habiliterings- og rehabiliteringsløp.

Bolig er viktig også i et habiliterings- og rehabiliteringsløp. For å kunne motta tjenester i eget hjem samt mestre dagliglivet, må boligen være egnet og tilpasset bruker og brukers behov. Kommunen er behjelpelig med tilrettelegging og tilpasning av boligen. Dette kan være gjennom utlån av hjelpemiddel fra kommunens hjelpemiddellager, gjennom hjelp til søknad og montering av hjelpemiddel NAV forvalter, eller tilpasning og delvis ombygging av hjemmet gjennom tilskudd

og midler. Når boligen ikke lenger er egnet, vil kommunen være rådgivende i forhold til anskaffelse av egnet bolig, eventuelt kunne fatte vedtak om omsorgsbolig eller andre bo- og omsorgstjenester.

Frivilligheten gjør en stor innsats i lokalsamfunnet, og er en stadig viktigere samarbeidspartner også inn i helse- og mestringstjenestene. Supplementet de frivillige kan gi i tillegg til de kommunale tjenestene, er svært viktig for brukernes opplevelse av mestring, samhörighet og aksept. Det er viktig å få til en god samhandling mellom tjenestene og frivillige enkeltpersoner, lag og organisasjoner.

Kartlegging av behov for habilitering og rehabilitering



Det kan være en utfordring for tjenesteyterne å oppdage potensialet og behovet for habilitering og rehabilitering når en har sine egne "fagbriller" på. Tverrfaglige vurderinger for barn og voksne kan sikre at brukeres potensiale og behov for habilitering og rehabilitering blir oppdaget. Helseyskepleierne har en viktig rolle i arbeid med å oppdage potensiale og behov for habilitering hos barn. I tillegg har personell i barnehager og skoler et ansvar for å kartlegge om barn følger vanlig utvikling. Fysio- og ergoterapitjenester bidrar også i arbeidet med å avdekke habiliteringspotensialet til barn gjennom ulike lavterskeltilbud, fast konsultasjonstid på helsestasjonene, undervisningstilbud og motorisk vurderingsteam. På sykehjem er legene med på å vurdere rehabiliteringspotensialet hos beboerne.

For brukere med lite synlige utfall og kognitive utfordringer kan dagliglivet være krevende. For innbyggerne i denne målgruppen som ikke har kommunale tjenester fra før, kan det være utfordrende å vite hvor en skal henvende seg. Fastlegen møter pasienter som ikke nødvendigvis har kontakt med det kommunale tjenesteapparatet. Det er viktig at fastlegen vurderer behov for habilitering og rehabilitering i møte med pasienter som har redusert funksjons- eller mestringsevne. Fastlegen kan henvise både til kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.

Pasienter/brukere som har hatt opphold i spesialisthelsetjenesten, får oftest et tverrfaglig vurderingsteam på besøk før utskrivning til eget hjem, korttidsopphold eller langtidsopphold. I tett dialog med sykehuset vil dette teamet da kartlegge og vurdere videre behov, og deretter i samråd med pasient/bruker og eventuelt pårørende lage et habiliterings/rehabiliteringsforløp ut fra ønsker og potensiale.

Habiliteringsforløp

Barn og unge med habiliteringsbehov har en funksjonsnedsettelse som skyldes medfødte eller tidlig ervervede tilstander, noe som medfører at de ikke følger et vanlig utviklingsforløp. Mange vil ha behov for trening, opplæring og oppfølging hele livet. Oftest vil treningen være mest intensiv den første tiden. Utover i forløpet er det naturlig for noen å ha intensive perioder, etterfulgt av perioder med mindre trening. Andre vil ha behov for jevnlig oppfølging, i tillegg til intensive perioder.

Habilitering barn

Fysio- og ergoterapitjenester til barn gir tjenester til barn med ulike diagnoser og motoriske utfordringer i alderen 0-16 år. Noen av terapeutene har spesialkompetanse i forhold til enkelte diagnoser. Fysio- og ergoterapeutene veileder og lærer opp foreldre, og jobber tett sammen med personalet rundt barnet i barnehagen og på skolen. Barn som ved fødsel viser å ha behov for habilitering, henvises direkte fra spesialisthelsetjenesten til kommunal fysio- og ergoterapitjeneste for barn, og oppfølgingen starter med en gang barnet har kommet hjem. Behandlingen foregår ofte hjemme hos barnet eller i Fysio- og ergoterapitjenestens lokaler. Det vurderes fortløpende om det også er behov for å koble inn andre kommunale tjenesteytere.

Barn som ved fødsel har kognitive vansker eller vansker med syn, hørsel eller språk blir henvist fra spesialisthelsetjenesten til Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT). Dersom disse vanskene oppdages senere i forløpet, er det foreldre, helsesykepleier, barnehage, skole eller andre som henviser til PPT for en sakkyndig vurdering.

Barn som har synsutfordringer får bistand fra den statlige pedagogiske tjenesten Statped. Synspedagoger veileder foreldre, spesialpedagoger og ansatte i barnehage. Fysio- og ergoterapeutene jobber også med disse barna for å sikre motorisk utvikling, spesielt hos de barna som er blinde. Dersom barnet har behov for kognitive hjelpemidler, kan PPT eller spesialpedagogene bistå i søkeprosessen, og med opplæring i bruk av hjelpemiddelet.

Målene og funksjonsutfordringene hos barnet er styrende for habiliteringen. Det er viktig at barnet er med på å sette mål for sin egen habilitering dersom det er mulig, eventuelt sammen med foreldre og fagpersonene. Oppfølgingen vil variere fra barn til barn, men den vil også endre seg hele tiden for det enkelte barnet etter hvert som nye ferdigheter læres, og barnet utvikler seg.

En viktig arena for habilitering er barnehage og skole, og det er et tett samarbeid mellom personalet og fysio- og ergoterapeutene. Habilitering foregår også i hjemmet, og det er derfor viktig å veilede foreldre i hvordan de kan trene hjemme. Habiliteringstilbudet kan bestå av individuell grovmotorisk- og finmotorisk trening, og trening i dagliglivets aktiviteter som å kle av og på seg, spise selv, toalett og egenhygiene. Bruk av tekniske hjelpemidler vil også være aktuelt for noen barn for å kunne mestre ulike aktiviteter.

Ved spørsmål om forsinket motorisk utvikling hos barn, samarbeider Fysio- og ergoterapitjenesten for barn med andre tjenesteområder i kommunen for å sikre en helhetlig og tverrfaglig vurdering.

Flere av barna som har behov for habilitering har også utfordringer knyttet til spising og ernæring. Barnet og foreldrene er i en sårbar situasjon og har behov for tett oppfølging. Habiliteringstjenesten kan gi veiledning til foreldre og personalet i barnehagen.

Ivaretagelse av psykisk helse er en naturlig del av habiliteringsforløpet til barn og unge med funksjonsnedsettelser. Barn og unge har ulike reaksjoner på det å ha en funksjonsnedsettelse, og hvordan dette oppleves og håndteres kan variere. Det å takle sine utfordringer og følelser kan være krevende, og noen barn og unge vil ha behov for samtaler med helsesykepleier eller andre

ressurspersoner. Kommunens psykologer bistår habiliteringstjenesten og øvrige fagtenester i kommunen i hvordan håndtere og kommunisere følelser gjennom samtaler og oppfølging.

Å ha et barn med funksjonsnedsettelse kan medføre en stor omveltning for foreldre og søsken. Kongsvinger kommune har retningslinjer for oppfølging av barn som pårørende for å sikre at søsken fanges opp, og at støttetiltak settes i gang ved behov. Det er behov for bevisstgjøring om rutiner og informasjon om de tiltak som finnes til barn og foreldre for å fange opp behov.

Familier som har barn med funksjonsnedsettelser kan søke om økonomiske stønader som hjelpe- og grunnstønad fra NAV. NAV har også ulike økonomiske ordninger som kan kompensere for tapt arbeidsinntekt. Et samarbeid med NAV vil derfor ofte være en naturlig del av et habiliteringsløp.

Avlastningsavdelingen for barn og unge yter tjenester til barn med særskilt behov etter vedtak fra saksbehandler. Vurdering av behov gjøres av saksbehandler i samråd med pårørende og eventuelt andre instanser som er rundt barnet, ofte er også avdelingsleder med på møter for avklaring av tjenestebehov. Avlastning gis som en tjeneste til personer med særlig tyngende omsorgsoppgaver, i dette tilfellet til foreldre/foresatte til barn med utviklingshemming og/eller funksjonshemming. Avlastning skal hindre overbelastning på pårørende og sikre dem nødvendig fritid og ferie, samt mulighet til å delta i vanlige samfunnsaktiviteter. For at avlastningen skal ha ønsket effekt må det legges til rette for at familiene er trygge på at barna blir ivaretatt på en god og omsorgsfull måte, med aktiviteter tilrettelagt for det enkelte barn. Avlastning medfører at de ansatte i tjenesten har fullt ansvar for barna mens de er ved tjenestestedet. Dette omfatter den daglige omsorgen for barnet, herunder tilrettelegging av meningsfulle aktiviteter, i varetakelse av eventuelle spesielle helse- og omsorgsbehov, eller spesialiserte helsetjenester. For å sikre disse tjenestene er det viktig at det foretas en grundig kartlegging av hvilke behov tjenesten skal dekke. Dette inkluderer foreldre og foresattes behov for avlastning, men også hvilke behov barnet har for tjenester og oppfølging når det er i avlastningsboligen. Med tanke på hvilke behov avlastningen skal dekke er det særlig viktig at brukermedvirkningen blir ivaretatt på en god måte. Vedtakene må fattes uten unødvendig lang saksbehandlingstid. Videre må vedtakene oppfylle en viss minstestandard for at partene kan ivareta sine rettigheter.

Habilitering voksne

Voksne brukere som har behov for habilitering er en mangfoldig gruppe med ulike behov og ulike forutsetninger. Mange har utfordringer knyttet til mobilitet på grunn av fysiske og psykiske funksjonsnedsettelser. I tillegg har mange av brukerne kognitive utfordringer knyttet til hukommelse, kommunikasjon, forståelse, og det å kunne se sammenhenger i hverdagen. Tverrfaglig samarbeid med aktuelle instanser er en viktig faktor for å få til gode habiliteringsløp.

I habiliteringsforløpet tas det utgangspunkt i brukerens interesser, ønsker og behov. Det er viktig at brukeren er med på å sette mål for sin egen habilitering dersom det er mulig, eventuelt sammen med pårørende og fagpersoner. I et habiliteringsløp legges det vekt på både å opprettholde og tilegne nye ferdigheter for å bli mest mulig selvstendig i eget hjem, og for å kunne delta i samfunnet. Målet er å gi brukerne økt livskvalitet og tiltakene må derfor ses i et livsløpsperspektiv.

Flere av brukerne har behov for bistand til egenomsorg, praktiske oppgaver og til deltakelse i sosiale aktiviteter. Brukere kan bo i egne leiligheter og motta timebaserte tjenester fra aktivitet- og bistandsenheten. Brukere som har behov for tettere oppfølging store deler av døgnet, bor i bofellesskap med døgnbemannet personalbase. De får sine helse- og omsorgstjenester fra personalet i boligen. De fleste brukerne deltar på aktivitetstilbud på dagtid, som tilrettelagt arbeid, aktivitetssenter eller får dagtilbud i boligen. Dagtilbud er også en viktig arena for habilitering, og det er tett samarbeid mellom bruker og personale på de ulike arenaene. Dette for å sikre at alle jobber sammen for å nå brukers mål.

Noen brukere kan ha utfordringer med å kommunisere verbalt, eller forstå det som blir kommunisert til dem muntlig eller skriftlig. For unge og voksne som har vansker med språk, vil det være behov for vurdering av alternative kommunikasjonsmetoder for at de skal bli hørt og forstått. Det vil ofte bli benyttet visuelle og kognitive hjelpemidler som kan støtte dem i kommunikasjon med omgivelsene. For de brukere som ikke selv klarer å kommunisere sine ønsker og behov til tjenesteapparatet vil nærmeste pårørende eller verge kunne opptre på deres vegne.

Forebygging av overvekt, under- og feilernæring er en naturlig del av helse- og omsorgsarbeidet. For brukerne som står i fare for utvikling av enten overvekt, feil- og underernæring vil det være behov for særskilt tilrettelegging, eller det blir benyttet spesialkost. En slik tilretteleggingen vil som regel foregå i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, ernæringsfysiolog, fastlege eller andre som har særskilt kunnskap om ernæring. Frisklivssentralen i kommunen kan også benyttes til formålet. Det enkelte tjenestested har også ansvar for kartlegging og oppfølging av brukerne.

Enkelte brukere har utfordrende atferd. Enheten har sterkt fokus på håndtering av denne type adferd, dette for trygge ansatte i håndtering og forebyggende arbeid for å redusere adferden. Målet er å gi en forutsigbar hverdag for brukerne, som igjen kan gi redusert utfordrende adferd.

Ivaretagelse av psykisk helse er en viktig del av habiliteringsløpet. Det å ha god psykisk helse henger tett sammen med grad av deltakelse, aktivitet og opplevelse av å ha god livskvalitet. Dersom noen brukere får redusert psykisk helse utarbeides det tiltak som kan støtte bruker til å få bedret sin psykiske helse. I dette arbeidet er det naturlig å samarbeide med fastlegen, helseenheten ved psykiatrisk sykepleier og spesialisthelsetjenesten.

Overganger

I et habiliteringsløp vil det være flere overganger. Erfaringer viser at det kan være utfordrende å sikre gode overganger.

Livsfaseoverganger som overgang fra skole til videre utdanning eller arbeid og fra foreldrehjem til egen bolig, er spesielt sårbare. Å få til gode overganger ved å overføre kunnskap og ansvar er viktig for at bruker skal oppleve trygghet og kontinuitet mellom tjenestene. Opplæring, kursing, veiledning og andre kompetansehevende tiltak av ansatte er også en forutsetning for gode overganger. Overgangene må forberedes i god tid, slik at en har tid til kompetanseoverføring og nødvendige tilrettelegging. I mange forløp vil det være hensiktsmessig å ha overføringsmøter for å sikre videreføring av kunnskap og ansvarsavklaring. Bruker, pårørende og personalet har også behov for tid til å bli kjent med hverandre for å opparbeide tillit og skape trygghet.

Ved overgangsfaser utføres det kartlegging og behovsanalyser for å vurdere behovet for tjenester og nødvendig bistand. Det iverksettes tiltak som evalueres etter en stund for å vurdere effekt og måloppnåelse. Det kan i disse fasene være tett samarbeid med andre kommunale instanser, pårørende/verge og spesialisthelsetjenesten for å sikre gode overganger.

Behovet for samarbeid og møtehyppighet avhenger av diagnose og tilpasningsbehov. Det vil naturlig være individuelle forskjeller ved for eksempel behov for hjelpemiddeltilpasninger eller tilpasning til krevende kap. 9 vedtak.

Rehabiliteringsforløp

Brukere med rehabiliteringsbehov har mistet funksjon etter sykdom eller skade. Rehabiliteringen kjennetegnes ved relæring og oppøving av tidligere funksjoner og ferdigheter med mål om økt funksjons- og mestringsevne. Noen brukere har behov for kortvarig rehabilitering etter lettere skade, mens andre har mer omfattende og langvarige behov. Flere av brukerne må lære å mestre livet med varig funksjonsnedsettelse. Ved alvorlig sykdom eller skade, vil rehabiliteringsforløpet starte i spesialisthelsetjenesten. Etter utredning og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten overføres bruker til kommunale rehabiliteringstjenester for videre oppfølging. Rehabilitering kan også starte i kommunen. Dette gjelder brukere som får gradvis eller brått funksjonsfall eller brukere med kroniske sykdommer, som har behov for trening for å gjenvinne funksjon og mestre hverdagsaktiviteter.



Rehabilitering barn

Noen barn har behov for rehabilitering etter ulykke eller sykdom. Eksempler på dette kan være barn med bruddskader, kreft, hjerneskade etter sykdom eller ulykke. Rehabiliteringsforløpet varierer i lengde og intensitet. Opptreningen omfavner både ferdigheter som er mistet og som må læres om igjen, men også nye måter å mestre aktiviteter på. En viktig del av rehabiliteringen er å lære å leve med skaden eller sykdommen som har oppstått. Terapeutene skal sikre at det jobbes for best mulig måloppnåelse for barnet, samt legge til rette for en best mulig hverdag hjemme, i barnehage eller på skolen.

Etter utskriving fra spesialisthelsetjenesten starter gjerne rehabiliteringen hos kommunal fysio- eller ergoterapeut. De kommunale fysioterapeutene og ergoterapeutene ivaretar tilrettelegging i hjemmet og i barnehage eller skole. Terapeutene har tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten i forhold til mål og tiltak for rehabiliteringen. Treningen vil være mest intensiv i starten, og opplæring og veiledning av foreldre og personal i barnehage og skole er viktig for å få til mengdetrening. Utover i forløpet vil tiltakene endres etter behov og måloppnåelse.

Familier som har barn i et rehabiliteringsforløp kan være berettiget økonomiske støtteordninger fra NAV som skal kompensere for tapt arbeidsinntekt når foreldre må følge opp barnas rehabiliteringsprosess.

Rehabilitering voksne

Fysio- og ergoterapitjenesten til voksne tilbyr kartlegging, tilrettelegging, trening og behandling i brukers eget hjem eller i egne lokaler.

Hverdagsrehabilitering er et tilbud til voksne og eldre som ved hjelp av generell trening kan gjenvinne funksjoner som de inntil nylig mestret. Tjenesten har fokus på å opprettholde eller øke fysisk funksjon og mestring av aktiviteter i hverdagen. Tjenesten gis i en tidsavgrenset periode med intensiv opptrening i daglige aktiviteter, og med utgangspunkt i deltakernes egne mål. Tjenesten har tverrfaglige team bestående av fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier som kartlegger deltakers behov og utarbeider rehabiliteringsplan med treningsprogram. Hjemmetrenere i hjemmebaserte tjenester (HBT) utfører treningen etter opplæring og veiledning av terapeutene.

Rehabiliteringsteam: Brukere som har behov for tett tverrfaglig oppfølging i en begrenset periode etter sykehusopphold/spesialisthelsetjenesten, eller etter korttidsopphold blir fulgt opp av rehabiliteringsteamet. Rehabiliteringen foregår i brukers hjem, slik at treningen tilpasses brukers daglige omgivelser.

Flere brukere har utfordringer knyttet til ernæring. Sunn og næringsrik mat har betydning for presentasjonsevne og overskudd, og ernæring er derfor en viktig del av et rehabiliteringsforløp. Det er behov for økt kompetanse på dette feltet, både på institusjonene og i hjemmetjenestene. Bruker som får en funksjonsnedsettelse som følge av sykdom eller skade, opplever store endringer i livet. Hvordan dette oppleves vil være individuelt, men det er viktig at ivaretagelse av psykisk helse inngår i rehabiliteringsforløp.

Brukere som er i arbeidsfør alder kan ha utfordringer med å komme tilbake i arbeid etter sykdom eller skade. NAV har en viktig rolle i å bistå mennesker med funksjonsnedsettelse slik at de kan komme i arbeid. NAV foretar en arbeidsevnevurdering og finner ut hvilken type arbeid som passer den enkelte. NAV innvilger også økonomiske støtteordninger som arbeidsavklaringspenger og uføretrygd.

Overganger

I et rehabiliteringsforløp vil det være flere overganger. Det er utfordrende å få disse gode; dette er derfor et viktig satsingsområde for spesialisthelsetjenesten og kommunen. Overganger medfører flere endringer for bruker og kan derfor føre til utrygghet både hos bruker og pårørende. God planlegging bidrar til gode overganger. Å forberede overgangen i samarbeid med bruker og pårørende vil derfor kunne bidra til at overgangen oppleves tryggere for begge parter. For Kongsvinger kommune er det viktig med sømløse overganger. Det er satt i gang en rekke tiltak for at overgangene fra sykehusinnleggelse og korttidsopphold oppleves så godt som mulig for bruker og pårørende. Hver uke deltar representanter fra saksbehandler- og hjemmerehabiliteringsteamet på tverrfaglig møte på Ahus avd. Kongsvinger sykehus. Gjennom disse dialogmøtene blir bruker og pårørende trygget på overgangen til hjemmet. Rehabiliteringsteamet presenterer sine tjenester, og ut fra den enkelte brukers behov, gis bruker riktig tjeneste. Det avholdes også ukentlige samarbeidsmøter med de ulike enhetene for å sikre best mulig hjemkomst.

Tiltaksplan for styrking av kommunens habilitering- og rehabiliteringstilbud

Det overordnede målet med planen er å styrke brukers mulighet for mestring og medvirkning gjennom koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tjenester. Dette innebærer gode og forsvarlige enkelttjenester, gode samarbeidsstrukturer og tett samarbeid mellom tjenestene. For å styrke målgruppens muligheter til å leve et mest mulig aktivt og selvstendig liv, vil Kongsvinger kommune forbedre og videreutvikle eksisterende tjenester og tilbud, i tillegg til å iverksette nye tiltak. Tiltakene har utgangspunkt i brukermedvirkning, tjenesteutvikling, koordinering og tverrfaglig samarbeid.

“Aktivering som helsehjelp” er et begrep Kongsvinger kommune ønsker å ta i bruk. Ikke minst gjelder dette for å styrke og utvikle habilitering- og rehabiliteringstjenestene. I den sammenheng er det viktig å arbeide videre med digitale hjelpemiddel, velferdsteknologiske løsninger og utvikling av eksisterende og ny kompetanse.

Å ha et fokus på psykisk helse og mestring i tjenestene, vil gi nye muligheter og tiltak som ivaretar brukerens medvirkning. Habiliterings- og rehabiliteringstjenestene bruker allerede innovative løsninger som gir svært gode resultater for den enkelte bruker:

- Apper (treningsapp, pusteøvelser, kognitiv trening)
- Mototec
- KOMP

Det ses kontinuerlig på nye løsninger, hjelpemiddel og samarbeidspartnere for å videreutvikle og styrke tjenestetilbudet, og det er et uttalt ønske om å utvikle et samarbeid med Medielinja ved Sentrum Videregående skole for i fellesskap kunne skape nye arenaer.

Involvering og deltakelse –Hva er viktig for deg?

Brukerrollen er i endring, og målet er at bruker skal være en aktiv deltaker i egen prosess. Den nye brukerrollen vil utfordre den tradisjonelle måten å tenke på, og det vil være viktig å utvikle felles holdninger og tilnærming som gjenspeiles i tjenester og samhandling.

| Tiltak | Ansvar |
|--|--------------|
| Brukers ressurser, behov og mål skal være styrende for tiltak og tjenester. Helse og mestring har <i>hverdagsmestring</i> og <i>brukermedvirkning</i> som verdigrunnlag. For å få kartlagt brukers ønsker og mål, vil Helse og | Alle enheter |

| | |
|---|--------------|
| mestring implementere «Hva er viktig for deg?»- tilnærming i hele tjenesteområdet. | |
| Bruker skal være sentral i utforming av tjenestene både på individ og systemnivå. Systematisk innhenting av brukererfaringer og dialog med aktuelle råd vil kunne bidra til å gi gode og nyttige tjenester tilpasset brukers behov. | Alle enheter |

Samhandling, tjenesteutvikling og koordinering

Stadig mer komplekse sykdomstilstander setter økte krav til samarbeid og samhandling på tvers. For at tjenestene skal kunne møte økte behov uten at ressursbruken økes, noe man i større grad må ta høyde for, er kommunen avhengige av å endre måten man jobber og løser oppgavene på. Brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til koordinator og individuell plan. For å sikre at bruker får oppfylt sine rettigheter skal det sørges for opplæring i individuell plan og koordinatorrollen.

Habilitering:

| Tiltak | Ansvar |
|---|-----------------------------|
| Vurdere økning antall tilrettelagte plasser arbeid/fritid | Enhetsleder og Kommunalsjef |
| Etablere skriftlige rutiner som regulerer samarbeidet og dialogen med hjemmebaserte tjenester når det er behov for å hente inn annen kompetanse | Enhetsledere |
| Vurdere ambulant innsatsteam i enheten som kan mobiliseres ved akutte behov hos brukere | Enhetsleder |
| Benytte enhetens MMA-gruppe (ressursgruppe) ved store atferdsutfordringer hos brukere | Avdelingsledere |
| Styrke samarbeidet på tvers av avdelingene innen tjenestene for utviklingshemmede, ved å innføre hospitering/rulleringsordning | Enhetsleder |
| Kartlegge og iverksette kompetansehevende tiltak for å få til en god tilbakeføring fra eksternt til eget kommunalt heldøgntilbud. | Enhetsleder |
| Sikre riktige prognoser for refusjon for særlig ressurskrevende brukere gjennom en | Enhetsleder |

| | |
|---|------------------|
| kvalitetssikret modell og et tett samarbeid med økonomienheten | |
| Sikre vedtakene for barn som har avlastning, med tydelig avklaring på form, hyppighet og innhold. | Tildelingsteamet |

Rehabilitering:

| Tiltak | Ansvar |
|---|---|
| Rehabilitering i Kongsvinger kommune har som utgangspunkt at brukers hjem er mest hensiktsmessig som treningsarena. Ivareta hjemmet som egnet treningsarena gjennom tilpasninger, tilrettelegginger og hjelpemiddel. | Enhetsleder og fysio- og ergoterapitjenesten |
| Etablere samarbeidsrutiner mellom sykehjem, korttidsavdelinger og fysio- og ergoterapitjenesten for å sikre at rehabiliteringstilbudet blir tverrfaglig | Enhetsledere |
| Opprettholde brukerens/pasientens funksjonsnivå i så stor grad som mulig ved langtidsopphold. Fysio- og ergoterapitjenesten etablerer sammen med sykehjemmene møtepunkter for opplæring og veiledning av personale ved avdelingene. | Enhetsledere og fysio- og ergoterapitjenesten. |
| Aktivt bruke ernæringskartlegging og kommunens planer for ernæringsarbeid som en del av rehabiliteringsforløpet. | Avdelingsledere og fysio- og ergoterapitjenesten. |

Overganger:

Overganger er sårbare og kan føre til utrygghet hos både bruker og pårørende. Overganger krever samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, og mellom virksomheter i ulike interne tjenesteområder.

Tiltak

Å sikre gode overganger er viktig for at bruker skal oppleve trygghet og kontinuitet mellom tjenestene. Overganger må planlegges i god tid for å sikre kompetanseoverføring, videreføring av tjenester og nødvendig tilrettelegging. Det er viktig at de overgangsrutinene som er laget blir fulgt, og at de enheter som har behov for å utarbeide rutiner sammen med aktuelle samarbeidspartnere igangsetter dette arbeidet.

Når brukere blir lagt inn i spesialisthelsetjenesten, skal kommunen sende nødvendige opplysninger i PLO innleggelsesrapport. Den enkelte enhet er ansvarlig for å sikre at ansatte er kjent med PLO.

Kompetanseheving:

Ut fra målet om å gi tilbud i hjemmet lengst mulig, ser man behovet for ytterligere å styrke tjenestene innen både habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Ikke minst innebærer dette en styrking av sykepleier- og vernepleierkompetanse for å sikre forsvarlig sykepleierfaglig oppfølging ved alvorlig sykdom, sykdomsforverring og/eller komplekse sykdomstilstander. I tillegg er det nødvendig med satsning på ernæringskompetanse, velferdsteknologi, tilpasning av egen bolig og aktivitet- og friluftsliv.

Tiltak

Oppdatere enhetenes kompetanseplaner

Gi tilbud om etter- og videreutdanning i:

- Ernæring
- Ivaretagelse av psykisk helse er en del av habiliterings- og rehabiliteringsforløpet. Ansatte må ha grunnleggende kompetanse om hvordan funksjonsnedsettelse og psykisk helse kan påvirke hverandre. Enhetene må ved behov legge til rette for tiltak som styrker ansattes kompetanse om psykisk helse i habilitering-/rehabiliteringsforløp. Det bør iverksettes tiltak for å øke ansattes kunnskap om tilbud og tjenester i kommune- og spesialisthelsetjenesten som ivaretar psykisk helse, slik at bruker kan henvises til aktuelle tilbud og tjenester.
- Det er behov for økt kompetanse om kognitiv rehabilitering for å gi et godt rehabiliteringstilbud i hjemmet.
- Friluftsliv og aktivisering
- Aldring og helse

- velferds- og frihetsteknologi samt hjelpemiddel. Riktig bruk av velferdsteknologi gir mange muligheter, og velferdsteknologiske løsninger kan være med å bidra til at brukere opplever trygghet og større egenmestring i sin hverdag.

Øke ledelses- og økonomikompentansen hos lederne for å sikre forsvarlige og bærekraftige tjenester.

Samhandling med pårørende:

Pårørende kan ha verdifull informasjon til bruk i arbeidet med kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling. Helse- og mestringstjenesten skal ha systemer og rutiner som legger til rette for informasjon, samtale og dialog med pårørende. Dette gjelder enten pårørende har rollen som informasjonskilde, representant for pasienten/brukeren, omsorgsgiver eller støtte for pasienten/brukeren eller pårørende er berørt og har egne behov for støtte. Rammer og muligheter for dialog med den enkelte pårørende er ledelsens ansvar og må kommuniseres til pasienter, brukere og pårørende.

Tiltak

Utvide tilbud om pårørendeskoler til å omfatte flere brukergrupper

Temakvelder for pårørende

Oppdatere nettsider med relevant informasjon

Systematiserte pårørendeundersøkelser som ledd i kvalitetsforbedring

Rutine som sikrer ivaretagelse av barns rettigheter som pårørende

E-læringskurs for medarbeidere om pårørendes rettigheter

Kurs i kommunikasjon og dialog for å styrke den enkeltes møte med pårørende

Ansatte skal kjenne til pårørendes rettigheter og hvilket ansvar kommunen har for å ivareta disse. Ansatte skal i møte med pårørende vurdere deres behov og sikre at pårørendes rett til informasjon, veiledning og støtte blir ivaretatt.