



Plan for habilitering og rehabilitering

2018 -2021

INNHALDSLISTE

1. Bakgrunn	3
2. Definisjonar, verdiar og krav etter regelverk	5
3. Pasient- og brukargrupper	8
4. Kommunale tenester	11
4.1 Førebyggjande og helsefremjande	12
4.2 Legetenester	13
4.3 Fysikalsk behandling og opptrening	14
4.4 Behandlingsbasseng	15
4.5 Rehabilitering på sjukeheimen	16
4.6 Ergoterapi	17
4.7 Dagtilbod – Aktivitetstilbod	18
4.8 Kvardagsrehabilitering	19
4.9 Velferdsteknologi	20
4.10 Læring og meistring	21
4.11 Sosiale og psykososiale tenester	22
4.12 Miljøterapitenester	23
4.13 Universell utforming	24
5. Samarbeid	25
5.1 Tverrfagleg samarbeid	25
5.2 Samarbeidsinstansar innan kommunen	29
5.2.1 Oppsøkjande team	29
5.2.2 Rehabiliteringsteamet	30
5.2.3 KE – koordinerande eining	31
5.2.4 Tildelingsteamet	32
5.2.5 Meldingar, kartlegging og oppfølging i kommunale team	33
5.2.6 Frivillige	36
5.3 Samarbeid utanom kommunen	37
5.3.1 Samarbeid i høve til arbeid	37
5.3.2 Interkommunalt – IMA, HSS	38
5.3.3 Spesialisthelsetenesta	40
5.3.4 Private institusjonar	41
5.3.5 Tredjelinetenesta	41
6. Kompetanse	43
7. Handlingsplan	45
7.1 Prioriterte tiltak i planperioden	45
7.2 Rehabilitering ut over planperioden	48
8. VEDLEGG – Forkortingar og omgrep	49

1. Bakgrunn

1.1 Plangruppe, mandat og høyring

Sektorutvalet for helse og omsorg oppretta i møte 22. aug. 2017 ei plangruppe for å utarbeide ei plan for habilitering og rehabilitering i Ål kommune.

Plangruppa

Avd.leiar Live Magnetun, leiar
Brukarrepresentant Vidar Haga
Espen Karlsen, sektorutval for helse og omsorg (SHO)
Kommuneoverlege Øystein Lappegard, sekretær
Ergoterapeut Erlend Lerøen
Geriatrisk sjukepleiar Vigdis Luksengard
Sjukepleiar heimetenesta Stine Skarsgard
Sjukeheimslege Anne Tunestveit

Mandat

Med utgangspunkt i Helsedirektoratet sin Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator av 27.06.2017 og Regjeringa si Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019, ber sektorutvalet om at plangruppa utarbeider ei samla plan for habilitering og rehabilitering i Ål kommune for perioden 2018-21. Planarbeidet skal presenterast for sektorutvalet i desember 2017. Sektorutvalet vil deretter sende framlegg til plan på høyring og vil handsama planen vinteren 2018.

Høyring

Plangruppa sitt framlegg vart lagt fram for sektorutvalet for helse og omsorg 19.12.17. Sektorutvalet vedtok å sende planen ut på høyring. Høyringsfrist var 26.01.18. Det kom 10 høyrings-uttaler. På bakgrunn av desse uttalene, har kommunalsjefen og hans stab omarbeidd planen på ein del område. Dette har vore gjort i samråd med avd.leiar Live Magnetun, leiar i plangruppa. Omarbeidinga har gjort at ein i større grad har fått fram dei psykososiale og miljøterapeutiske sidene av habilitering og rehabilitering. Ein har også fått ei sterkare vektlegging av brukarperspektivet. Den omarbeidde planen med innarbeidde moment frå høyringsuttalene vart vedteken i sektorutvalet 20.01.18.

1.2 Lovgrunnlag og sentrale føringar

[Lov om kommunale helse- og omsorgstenester](#) peikar i § 3-2, punkt 5 på at kommunen skal tilby «Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering». Dette er vidare utdjupa i [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#).

I tillegg har Helsedirektoratet kome med ein eigen veileidar for kommunane, [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#). Regjeringa har også lagt fram ei eiga opptappingsplan hausten 2016, [Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering \(2017-2019\)](#). I denne opptappingsplanen er det eit krav om at alle kommunar skal ha oppdaterte planar for dette fagfeltet innan utgangen av 2017. Samtidig vert ansvaret for habilitering og rehabilitering i stor grad overført frå spesialisthelsetenesta til kommunane. Fagfelte er såleis i ei brytningstid. Fig. 1 samanfattar i stikkords form den utviklinga vi er midt oppe i.

[NOU 2016:17 På lik linje](#) beskriv åtte løft for å realisere grunnleggande rettar for personar med psykisk utviklingshemming. Tidlegare har Helsedirektoratet gjeve ut [Handlingsplan for habilitering av barn og unge](#) som skal styrke helse- og omsorgstenesta sitt arbeid med habilitering av barn og unge for å sikre eit godt og likeverdig tenestetilbod og ei optimal fagutvikling.

Før	Framover
• Habilitering og rehabilitering skjer i spesialisthelsetenesta • Kulturen i kommunane er først og fremst omsorgsfagleg • Det er lite incentiv til førebygging	• Auka kommunalt ansvar • Fleire yngre og eldre brukarar • Auka bruk av teknologi • Nye arbeidsformer • Tverrfagleg og tverrsektorielt samarbeid • Heimen som arena • Kompetente brukarar • Auka brukarmedverknad

Fig. 1 *Habilitering og rehabilitering i ei brytningstid*

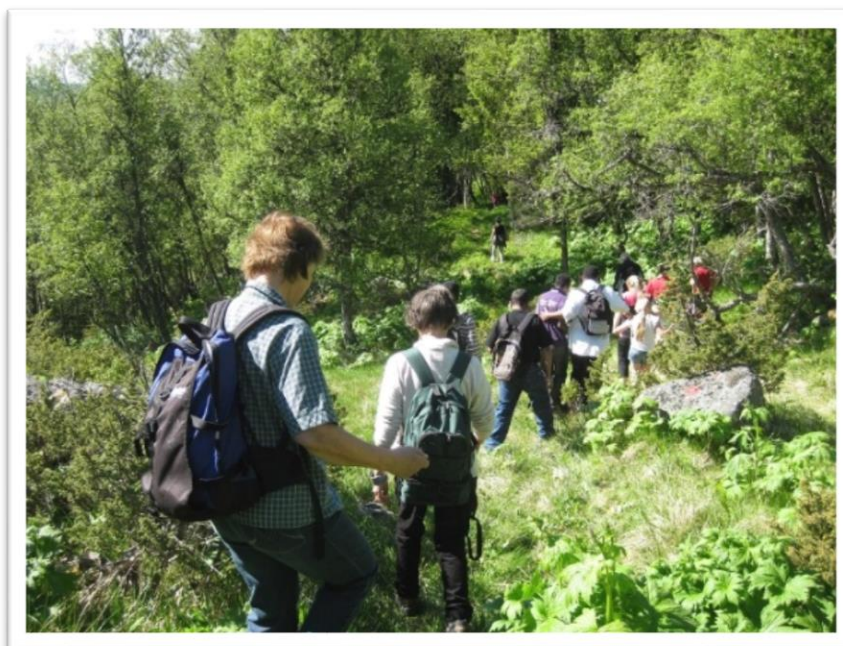
1.3 Lokale planar

Ål kommune sin [Kommuneplan 2015-2027](#) seier i punkt 4.3.5: *Ål vil gjennom tverrsektoriell og tverrfagleg rehabilitering tilby tenester som gjer at den enkelte kan meistre tilveret etter sjukdom og skadar. Oppsøkande team for eldre, kvardagsrehabilitering og helseteknologi skal hjelpe brukarane til å greie seg heime.*

I [Plan for rehabiliterings- og omsorgstenestene i Ål kommune 2015-2026](#) er kvardagsrehabilitering innført som eit berande prinsipp for all tenesteyting i helse og omsorgssektoren, men i den planen er det særleg omsorgstenestene som er omhandla.

[Plan for psykisk helse og rus](#) vart vedteken i felles sektorutvalsmøte for kultur og oppvekst og helse og omsorg den 21.02.17.

Denne planen for habilitering og rehabilitering i Ål kommune 2018-2021 er ei temaplan underlagt [Plan for helse og omsorg 2018-2021](#).



Frisklivsgruppe på tur

2. Definisjonar, verdiar og krav etter regelverk

2.1 Definisjonar og krav etter forskrift

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gje nødvendig bistand til pasienten og brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.

Forskjellen mellom habilitering og rehabilitering kjem til uttrykk i målgruppene for dei utøvande tenestene. Pasientar og brukarar med behov for habilitering er barn, unge og vaksne med medfødde eller tidleg erverva funksjonsnedsetjingar. Rehabilitering er vanlegvis retta mot tilstandar som er erverva seinare i livet. Ulikskap i metodisk tilnærming kan grovt inndelast i ny-læring og re-læring.

Felles for begge målgrupper er behovet for eit vidt spekter av faglege tilnærmingar, som medisinsk, fysikalsk, sansemessig, kognitivt, sosialt og psykososialt. Behovet for å gjenta bistand gjennom heile eller store delar av livet kan gjelda begge målgrupper.

Habilitering vert brukt i ulike tydingar. Det vert brukt om ei teneste, t.d. habiliteringstenesta for barn og unge. Det vert brukt om eit kunnskapsområde som er tverrvitskapleg og som ligg i grenseområdet mellom medisin, sosialvitskap, psykologi og pedagogikk. Sist, men ikkje minst, vert habilitering brukt om den bistands- og samhandlingsprosess der ein person med ei funksjonsnedsetjing tek i mot bistand frå fleire tenesteytarar ut frå sine føresetnader, ynskjer og behov

Individuell plan. Pasient og brukar med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstenester, har rett til å få utarbeidd ei individuell plan. Innhaldet i den individuelle planen skal tilpassast den enkelte pasient eller brukar, men skal mellom anna gje ei oversikt over brukaren sine mål og ressursar, kven som kan bidra i gjennomføringa av planen, kva for tiltak som er aktuelle og korleis desse skal gjennomførast. Ei individuell plan er brukaren si plan og ideelt sett skal dette utarbeidast som ei fleksibel, elektronisk plan styrt av brukaren sjølv.

Koordinator. For pasientar og brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester etter helse- og omsorgstenestelova, skal kommunen tilby personleg koordinator / primærkontakt. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfylging, samordning av tenestetilbodet og framdrift i arbeidet med individuell plan.

Koordinerande eining. Det skal finnast ei koordinerande eining for habiliterings- og rehabiliteringstenestene i kommunen. Den koordinerande eininga skal bidra til å sikre eit heilskapleg tilbod til pasientar og brukarar med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Koordinerande eining skal ha overordna ansvar for arbeidet med individuelle planer og for oppnemning, opplæring og veiledning av koordinator.

2.2 Nærleggjande begrep

Læring og meistring er sentralt innan habilitering og rehabilitering. Det omfattar både å erverve kunnskap og å lære nye og/eller attvinne tapte ferdigheiter. Nokre må lære å meistre eit liv med varige funksjonsnedsetjingar. Å få innsikt i og akseptere endra mogelegheiter og avgrensingar, og finne vegen vidare gjennom nye løysingar og meistringsstrategiar, vert viktig for mange.

Lærings- og meistringsverksemd omfattar ulike tilbod der både innhald og form varierer, som individuell pasient- og pårørandeopplæring, gruppetilbod, frisklivstilbod og likepersonsarbeid. Det er

tilbod som er retta mot ei spesifikk diagnose og tilbod som går på tvers av diagnoser. Tilboda er aktuelle i alle deler av helsetenesta, frå førebygging til rehabilitering. Brukarane sine behov står alltid i sentrum og avgjer kva for tilbod som passar best.

Brukarstyrt personleg assistent (BPA) er ein alternativ måte å organisere praktisk bistand og opplæring på for personer med nedsett funksjonsevne. BPA gir personar større mogelegheit til å styre tenestene og kvardagen sjølv. BPA er fyrst og fremst berekna for personar med omfattande hjelpebehov under 67 år.

Førebygging. Samhandlingsreformen legg stor vekt på å styrke førebygginga i alle livsfasar. Rehabilitering og førebyggingstiltak vert dermed ofte to sider av same sak. Såleis kan folkehelseiltak og frisklivsarbeid vera viktige bidrag i rehabiliteringsarbeidet for pasientar og brukarar.

Kvardagsrehabilitering er både eit tankesett og ein arbeidsmodell. Mange beskriv det som eit paradigmeskifte i omsorgstenestene ved å gå frå passiviserande omsorg til aktiv støtte. Omsorgstenester skal gjevast med «hendene på ryggen». Dette tankesettet krev arbeid med kulturar og inngrrodde vanar. Kommunestyret har gjennom [Plan for rehabiliterings- og omsorgstenestene i Ål kommune 2015-2026](#) vedteke kvardagsrehabilitering som eit berande prinsipp for omsorgstenesta.

Arbeidsmodellen brukar trening i kvardagen sine gjeremål for lettare å kunne motivere til større meistring. Denne treninga skal skje i heimen og tek utgangspunkt i brukaren sine ressursar, ynskjer og mogelegheiter. Trening i meningsfulle aktivitetar som høyrer kvardagen til, bidreg til å styrke helse og trivsel.

2.3 Grunnleggjande verdiar og prinsipp

Respekt og likeverd. Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i respekten for menneskeverdet, uavhengig av grad av funksjonshemming og den enkelte si evne til aktivitet og arbeid. Det skal tilstrebast eit likeverdig tilbod, slik at menneske med funksjonsnedsetjingar har same sjanse som andre til å nå dei mål som er realistiske for han/henne.

Pasient og brukar som hovudaktør. Pasienten og brukaren sine behov, ressursar og mål skal vera utgangspunktet for tiltak og tenester i ein habiliterings- og rehabiliteringsprosess og i arbeidet med individuell plan og koordinator. Brukaren skal ha ei aktiv og bestemmande rolle i eigen rehabiliteringsprosess. Spørsmålet «Kva er viktig for deg?» er heilt sentralt i kartlegging og utgreiing av behov. Sjå vidare i kap. 2.4.

Ei holistisk tilnærming. Tenesteapparatet skal møte brukaren med ei heilskapleg eller holistisk tilnærming der pasienten sine somatiske, psykiske og sosiale utfordringar vert sett i samanheng. Såleis er også brukarar med problem innan psykisk helse og rus ei målgruppe for rehabilitering. Ei holistisk tilnærming krev eit tverrfagleg samarbeid.

Tenester i eit nettverksperspektiv. Å sjå brukaren i sitt vante miljø og nettverk er eit sentralt utgangspunkt for å forstå den heilskapen som tenestene skal passe inn i. Pårørande og familie kan vera viktige ressursar, saman med andre sosiale nettverk i fritid, skule og arbeidsliv. Nokre kallar dette ei samfunnsbasert rehabilitering. Det krev ofte tverrsektoriell samhandling og omfattar også samhandlinga mellom kommunen og spesialisthelsetenesta.

Tilrettelegging av samfunnet. Ved sida av å ivareta den enkelte brukar sine mogelegheiter til meistring gjennom tenesteapparatet, har kommunen også eit ansvar for å tilretteleggja eit samfunn som gjev mogelegheiter for aktivitet og deltaking for alle uavhengig av funksjonsevne.

2.4 Brukar, pårørende og likemannsarbeid

Brukarmedverknad

Som nemnt ovanfor, står brukarmedverknad sterkt innan rehabilitering og habilitering. Brukaren skal vera hovudaktør i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet. Krav om brukarmedverknad i regelverket er innretta mot brukar og pårørende både som individ og som gruppe.

Den individuelle vinklinga er ein rett som fylgjer av [Lov om pasient- og brukerrettigheter](#), som i § 3-1 slår fast at «*Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester... Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud.*»

Det å sikre at brukarar og pårørende som gruppe får medverknad, fylgjer av [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#) § 4, 2. ledd: «*Kommunen og det regionale helseforetaket bør legge til rette for at pasient- og brukerrepresentanter deltar i planlegging, utvikling og evaluering av re-/habiliteringsvirksomheten*».

Kommunane har altså plikt til å etablere system for innhenting av brukarar og pårørende sine erfaringar og synspunkt på ulike nivå, og gjera bruk av desse erfaringane i plan – og forbetningsarbeid. Dette kan til dømes skje gjennom etablering av brukar- og pårørendeutval, opne allmøter for pasientar/brukarar og pårørende, avdelingsmøter, temavise arbeids- og plangrupper med representasjon av pasientar/brukarar og pårørende, eller gjennom systematisk innsamling av informasjon om brukaropplevd kvalitet.

I dette arbeidet er også samarbeidet med ulike pasient- og brukarorganisasjonar verdfullt.

Pårørende

Helsedirektoratet har i januar 2018 oppdatert sin [Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#). Det vert understreka at kommunane skal ha system og rutinar som legg til rette for informasjon, samtale og dialog med pårørende. Dette gjeld enten pårørende har rollen som informasjonskjelde, representant for pasienten/brukaren, omsorgsgjever eller støtte for pasienten/brukaren eller om pårørende har eigne behov for støtte.

Likemannsarbeid.

Brukarar og pårørende har ikkje berre ei viktig oppgåve overfor helsepersonell og helse- og omsorgstenestene. Dei kan også ha ei viktig rolle overfor kvarande.

Likemannsarbeid går føre seg mellom menneske som opplever å vera i same livssituasjon. Det er ein sentral ide at likemannsrelasjonen skal vera basert på eit likeverdig forhold partane mellom, ein såkalla symmetrisk relasjon. Dette i motsetning til samhandlingsrelasjonen med profesjonelle hjelparar som ofte blir beskrive som ein assymetrisk relasjon, der desse utfører sine oppgåver i kraft av sin utdanningsbakgrunn og formelle trening i yrkeslivet. Likemannens kompetanse er kvardagslivets kompetanse, ut frå eigenerfaring med sjukdom og funksjonshemming og den allmenne livserfaring som vedkomande har.

Likemannsarbeidet skal være til hjelp, støtte og veiledning. Gjennom utveksling av erfaringar om det å leve med funksjonshemming og sjukdom kan det opne seg nye handlingsrom som kan gje styrka meistring av livssituasjonen. Det kan også utvekslast erfaringar og informasjon om dei mange og vanlegvis uoversiktlige hjelpe- og støtteordningar som finst.

3. Pasient- og brukargrupper

Dei kommunale tenestene innan habilitering og rehabilitering skal imøtekomme eit stort spekter av behov for tenester for store pasient- og brukargrupper. Tenestene må kunne tilpasse seg behova til den enkelte. Ein ser at denne tilpassinga er særleg viktig med omsyn til tre tilnærmingar: Intensitet, samtidige tenester og kompetanse.

Intensitet

Med intensitet meiner ein kor ofte og kor lenge tenestene skal gjevast. For å oppnå varig betring og eit «løft» i funksjonsnivå, må rehabiliteringstiltak ha eit visst nivå av intensitet. Dette, i tillegg til at tiltaka skal vera målretta og strukturerte, skil rehabilitering frå tilfeldige og mindre systematiske aktivitetstiltak.

Samtidige tenester

Eit sentralt kjenneteikn ved behov for habilitering og rehabilitering er funksjons- og meistringsutfordringar på fleire område samtidig. Dette vert ofte omtala som samansett eller komplekst, og uttrykker behov for at ulike tenester må sjåast i samanheng og inngå i ein større heilskap. Dette krev eit strukturert tverrfagleg og koordinert samarbeid, både internt i helsetenestene og tverrsektorielt. Sjå elles kap. 5.2.

Kompetanse

Innan habilitering og rehabilitering må det vera tilgang til eit vidt spekter av kompetanse i samsvar med den enkelte sine behov. Dette gjeld ikkje berre ulike helseprofesjonar, men sosialfagleg og spesialpedagogisk kompetanse. Sjå kap. 6. Ein vil ofte ha behov for å innhente kompetanse frå spesialisthelsetenesta, og nokre gonger kan det vera vanskeleg trekkje grensa opp mot spesialisthelsetenesta. Sjå elles kap. 5.3.

Funksjon framfor diagnose

Den medisinskfaglege tradisjonen slik ein kjenner den frå sjukehusverda og legetenesta, er prega av diagnostisering og behandling ut frå ei eller fleire diagnoser. Innan habilitering og rehabilitering er ein meir oppteken av pasienten sitt funksjonsnivå enn av diagnosen. Diagnosen er berre eit utgangspunkt for ein (re)habiliteringsprosess, der fokus vil vera på funksjonsnivå og potensial, og ikkje på sjukdom og sjukdomsårsak. Ofte kan pasientar og brukarar med ulike diagnoser ha dei same utfordringar med å meistre kvardagen.

Fig. 2 viser til dei grunnleggjande forskjellane mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Det er viktig å ha desse forskjellane i tanken når ein snakkar om pasientforløp frå sjukehus tilbake til kommune og heim.

Differensierte tilbod

I eit planarbeid er det utfordrande å konkretisere tenestene og samtidig femne mangfaldet i pasient- og brukargruppene. Ein har i dette kapittelet vald å ta utgangspunkt i omfanget av brukarane sine behov og vektleggja kjenneteikn og innhald i tilboda framfor organisering. I kap. 4 går ein nærare inn på innhaldet i dei ulike kommunale tenestene.

	Spesialisthelseteneste	Kommunehelseteneste
Helseproblem	Eitt problem / ei diagnose om gongen.	Gjerne fleire problem / diagnoser om gongen.
Behandling	Diagnoseorientert med avansert teknologi.	Funksjonsorientert, tilrettelegging for ADL (Activity of Daily Living), brukarmedverknad.
Avgjersler	Vert teke i samråd med fleire etter faglege, diagnosespesifikke retningslinjer.	Vert teke av helsepersonell åleine eller saman med få, med vekt på pasientpreferansar.
Planlegging	Kortsiktig – t.o.m. utskriving. Store endringar, høgt tempo.	Langsiktig – mot resten av livet. Små, langsame endringar.
Forhold pasient - helsepersonell	Sjeldan og i korte periodar. Mange involverte. Svak pasientrolle.	Kontinuerleg over mange år. Personleg og omfattande. Sterk pasientrolle.
Samarbeid med andre	Mest med kommunehelsetenesta. Sporadisk med pårørande.	Med mange aktørar, også utanfor helsetenesta. Tett samarbeid med pårørande.

Fig. 2 *Forskjellar mellom spesialisthelseteneste og kommunehelseteneste. Etter A. Grimsmo.*

3.1 Pasient- og brukargrupper med mindre omfattande behov

Dette gjeld pasientar og brukarar i alle aldrar med mindre funksjonsnedsetjingar og/eller begynnande funksjonssvikt. Det kan vera pasientar med behov for rehabilitering etter sjukdom og skader. Det kan vera sjukmelde og unge med utfordringar knytt til utdanning og arbeid. Den samla kompleksiteten for desse brukarane er låg.

Tiltaka er ofte av kortare varigheit. Det kan vera enkle tiltak knytt til fysisk tilrettelegging av bustad, eventuelt skule og arbeidsplass. I hovudsak er dette tilbod til heimebuande og gjerne i form av kvardagsrehabilitering. For eldre kan tilbodet eventuelt gjevast i korttidsopphald på sjukeheim.

Sjølv om den tverrfaglege tilnærminga også her er viktig, gjerne gjennom tverrfaglege og tverrsektorielle møte, vert tiltaket som regel ivareteke innanfor dei ulike avdelingar og helseprofesjonar sitt daglege virke. Nokre brukarar kan ha behov for ein tiltaksplan. Det kan vera ynskjeleg med lærings- og meistringstilbod.

3.2 Pasient- og brukargrupper med middels omfattande behov

Dette gjeld pasientar og brukarar med noko meir omfattande behov for bistand over lengre tid. Det er ofte yngre brukargrupper, men med langvarige og i nokon grad progredierande funksjonsfall. Det er som regel funksjonsnedsetjing på fleire område. Det kan gjelda unge med utfordringar knytt til sosial deltaking, utdanning og arbeid, eventuelt med problem innan psykisk helse og rus.

Tiltaka er komplekse og med varigheit over lengre tid. Spesifikke tiltak kan vera knytt til lettare kognitive vanskar, kommunikasjonsvanskar, fysisk funksjon, sosial funksjon, lettare psykiske lidningar, åtferdsproblem, livsstilsproblem, arbeidssituasjon, hjelpemidlar og bustad, sosioøkonomiske forhold.

Desse brukarane treng tverrfaglege tilbod med rehabiliteringsfagleg kompetanse og kompetanse frå fleire sektorar. I periodar kan det vera behov for intensiv oppfølging, i andre periodar kan brukarane fylgjast opp med avtalte kontaktar og evalueringar. Brukarane har rett til og det er ynskjeleg med individuell plan og utpeika personleg koordinator / primærkontakt i tenesteapparatet. Rett til avlasting og oppfølging på fritida og tilpassa lærings- og meistringstilbod er ofte aktuelt. Samarbeid med spesialisthelsetenesta er aktuelt i periodar, særleg i høve til diagnostisering og utgreiing.

3.3 Pasient- og brukargrupper med omfattande behov

Dette gjeld pasientar og brukarar med stort behov for bistand og som ofte treng livslang oppfølging. Dei har vedvarande funksjonssvikt, med behov for intensiv habilitering og rehabilitering for å oppretthalde funksjonsnivå og/eller motverke ei progredierande utvikling. Det er funksjonsnedsetjing på fleire område. Dette er brukarar med varig nedsett funksjonsevne av ulike årsaker, pasientar med somatiske diagnosar eller skadar som gjev store helseutfordringar, det kan vera pasientar med psykisk sjukdom eller avhengigheit av rus eller brukarar med omfattande åtferdsproblem.

Tilboda vil vera kjenneteikna av kompleks og intensiv kommunal habilitering og rehabilitering med høg grad av fagleg spesialisering på kommunalt nivå. Det vil vera behov for høg grad av tverrfagleg breidde samt kompetanse frå fleire sektorar. Tilbod må gjevast på ulike arenaer, som i heim, i barnehage, gjennom dagtilbod og skule, samt arbeidsretta tiltak. Tiltaka krev tett oppfølging frå tenester i kommunen, kombinert med tilbod frå spesialisthelsetenesta.

Desse brukarane har rett på individuell plan, personleg koordinator og ansvarsgrupper. Dei har vidare rett på avlasting og oppfølging på fritida. Tiltaka skal kontinuerleg evaluerast og justerast. Lærings- og meistringstilbod er ynskjeleg. Det kan i periodar vera naudsynt med døgnbasert kommunalt rehabiliteringstilbod gjerne kombinert med rehabiliteringsopphald i spesialisthelsetenesta.

Helsedirektoratet la hausten 2017 fram ein oppdatert [Veileder om oppfølging av personar med store og samansette behov](#). Fig. 3 illustrerer kor stor og samansett denne gruppa er. Tilnærminga til denne gruppa må ta utgangspunkt i den heilheitlege livssituasjonen den enkelte pasient eller brukar står i.

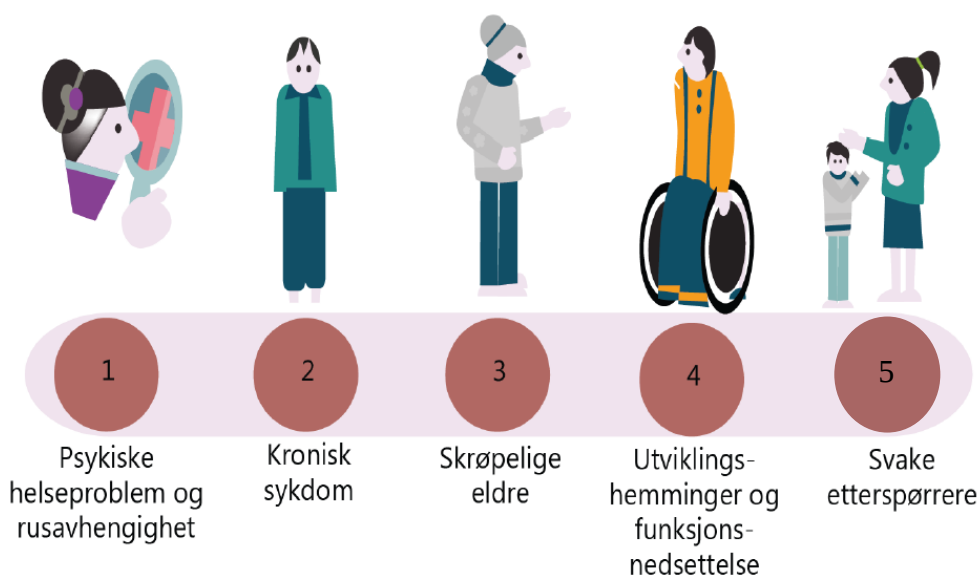


Fig. 3 Pasientar og brukarar med omfattande behov for tenester uavhengig av alder og diagnose

4. Kommunale tenester

Habilitering og rehabilitering omfattar prosessar, tankesett og arbeidsmetodar som går føre seg i heile helse- og omsorgstenesta og også tverrsektorielt. Det er derfor ikkje mogeleg å tilskrive ansvaret for habilitering og rehabilitering til noko enkeltstående organisasjonsledd. Det er likevel slik at ergo- og fysioterapi er sentrale fag i mykje av rehabiliteringsarbeidet. Ål kommune har derfor knytt mange tenester der rehabilitering utgjer ein stor del av tenestetilbodet, til avdeling for ergo- og fysioterapi. Desse tenestene er også vektlagt sterkast i denne planen. Avd. ergo- og fysioterapi representerer såleis det faglege tyngdepunktet som [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#) seier kommunane skal ha.

Dei psykososiale og sosiale sidene av rehabilitering og habilitering vert i stor grad dekkja frå avd. psykisk helse og rus og frå dei kommunale tenestene ved NAV. Men også legetenesta og omsorgstenestene driv aktivt rehabiliteringsarbeid. Habiliteringstenestene vert gjevne av avd. miljøterapi. Dei ulike avdelingane i helse og omsorgstenesta er nærare presentert i kap. 4 i [Plan for helse- og omsorgstenester 2018-2021](#).

Nedanfor i dette kapittelet ser ein på ulike kommunale tenester som kjem inn under habilitering og rehabilitering. Det vert gjeve ein kortfatta status for tenestene, særlege utfordringar og framlegg til tiltak på kort eller lengre sikt.

Fig. 4 visualiserar forholdet mellom talet på brukarar og ulike rehabiliteringstenester.



Fig. 4 Rehabiliteringspyramiden

4.1 Førebyggjande og helsefremjande

Føringar	• «Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg»: Auka satsing på eigen-meistring, helsefremjande /førebyggjande tiltak, utbygging av lågterskeltilbod. • «Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter»: Frisklivssentralen sitt tilbod er viktig i utviklinga av framtidens helseteneste. • «Meld. St. 26 (2014-2015)) Fremtidens primærhelsetjeneste»: Større fokus på førebygging og tidleg innsats, meistring og heilskaplege helsetenester. • «IS-1896: Veileder for kommunale frisklivssentraler»: Frisklivssentralen sitt tilbod kan vera eit tilbod både i folkehelse, førebygging og rehabilitering. • «IS-2396: Veileder barn og unge med habiliteringsbehov»: Særleg om samarbeidet mellom mellom helse- og omsorgssektoren og oppvekstsektoren
Status	<u>Frisklivssentralen:</u> ✓ Strukturert, tidsavgrensa, individuelt eller grupperetta tilbod om fysisk aktivitet, rettleiing om kosthald, der målsetjinga er varig endring av levevanar. ✓ Tilmelding gjennom frisklivsresepten frå m.a. lege og fysioterapeut. ✓ Samarbeid med Vestre Viken HF om lærings-/meistringskurs og hjarteskule. ✓ Samarbeid med flyktningtenesta og psykisk helse, andre sektorar og tenester. ✓ Tett samarbeid med folkehelsekoordinator om folkehelseiltak ✓ Samarbeid med andre frisklivssentralar i Hallingdal. <u>Aktiv ung:</u> ✓ Vekentlege tilbod med fysisk aktivitet til barn/unge 1.-10. klasse som av ulike årsaker treng ein meir fysisk aktiv kvardag. Leia av aktivitetskontaktar. ✓ Lågterskeltilbod, sosial inkludering, aktivisering. Tilbodet er godt kjent og mange vil vere med. Det er ikkje plass til alle. Pr. sept. -17: 29 barn. <u>Fallførebyggjande grupper for eldre:</u> ✓ Det har gjennom eit eige prosjekt vore fokus på fallførebyggjande arbeid både i institusjon og heimeteneste. Hausten 2017 er to grupper à 10 deltakarar i gang med balanse- og styrketrening over 10 veker.
Utfordringar	○ Frisklivssentralen sin organisatoriske plass innan rehabilitering må klargjerast. ○ Frisklivssentralen bør ha oversikt over eksterne tilbod om læring og meistring, rehabilitering og opptrening ved HSS og elles i kommunen. Heimeside? ○ Livsstilsendring krev tid. Frisklivsresept-perioden på 3 mnd. er ofte for kort. Det er også vanskar med å finne tilbod som ivaretek brukarane etterpå. ○ Brukarane kjem oftast ikkje tidleg nok i forløpet. ○ Det er behov for å gje tilbod til breiare brukargrupper, særleg i høve til lettare psykiske plager og brukarar som treng rolegare aktivitet før frisklivsgruppene. ○ Aktiv ung: Vanskeleg å ha langsiktige planar pga. økonomi. Har vore finansiert gjennom ulike tilskotsmidlar. Ligg ikkje inne i kommunen sitt driftsbudsjett. ○ Familiar med barn og unge med kognitiv svikt / psykisk utviklingshemming treng betre veiledning og oppfølging ○ Kommunen manglar kapasitet og kompetanse innan klinisk ernæring. Ei rekke brukargrupper etterspør tilpassa kosthaldsveiledning.
Framlegg til tiltak	4.1.1 Aktiv ung inn på driftsbudsjettet som fast tiltak kr. 100' 4.1.2 Tilsetjing av klinisk ernæringsfysiolog i samarbeid med HSS og andre kommunar i Hallingdal kr. 200' 4.1.3 Frisklivssentralen sin plass i rehabiliteringsarbeidet må avklarast. 4.1.4 Sterkare fokus på oppfølging / veiledning til foreldre med barn med store og omfattande behov – gjerne som interkommunale tiltak

4.2 Legetenester

Føringar	• I «Forskrift om fastlegeordning i kommunene» § 19 heiter det: «Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere. Dersom en innbygger på listen har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fastlegen å informere om, og medvirke til utarbeidelse av, individuell plan og koordinator i kommunen, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.» • I Plan for legetenesta 2015-2018 for Ål kommune heiter i punkt 2.2.3 at legetenesta skal bidra til ei evaluering og ei vidare oppbygging av rehabiliteringsarbeidet i kommunen.
Status	✓ Rehabilitering er ein del av legetenesta sitt daglege virke ✓ Fastlegane tek del i enkelte ansvarsgrupper og plangrupper for IP, enten etter behov eller regelmessig, t.d ein gong i året. ✓ Ein av fastlegane er fast medlem i rehabiliteringsteamet ✓ Fastlegen har ofte lettare tilgang til opplysningar om pasienten frå ulike hald og vil ivareta samhandlinga med spesialisthelsetenesta i høve til diagnostisering og behandling. ✓ Fastlegen er viktig for å kunne henvise pasienten til spesialisthelsetenesta, intermediæravdelinga ved HSS og til andre samarbeidande tenester. ✓ Sjukeheimslegen er ein aktiv del av rehabilitering ved korttidsavdelinga ✓ Tverrfagleg samarbeid rundt enkeltpasientar skjer etter behov, i samarbeidsmøter eller ved at andre aktørar er med på konsultasjonar.
Utfordringar	○ Fastlegane har mange å forhalde seg til, dei ynskjer meir system over personlege koordinatar og primærkontakter ○ KE vert ikkje i tilstrekkeleg grad brukt av legetenesta ○ Fysioterapeutane etterlyser eit tettare samarbeid med fastlegane. Auka avstand etter flytting av legekantoret har ført til mindre samarbeid. ○ At andre aktørar som helsestasjon og fysioterapeutar vert kopla til e-link, vil betre kontakten og samarbeidet. ○ Legetenesta si rolle i skulehelseteneste og på helsestasjon må drøftast i høve til barn og unge med nedsett funksjonsevne. ○ Det er ei utfordring at eldre og funksjonshemma som mister mobiliteten til sjølv å koma seg på legekantoret, ofte kan få mindre kontakt med lege i ei periode der dei treng det meir.
Framlegg til tiltak	4.2.1 Plan for legeteneste 2015-2018 skal rullerast i i løpet av 2018. Rehabilitering og rehabilitering må her få ei større merksemd, dette i samsvar med auka ansvar til kommunane.

4.3 Fysikalsk behandling og opptrening

Føringar	• Samhandlingsreforma og Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019: Kommunane skal overta ansvar og oppgåver frå spesialisthelsetenesta. • Liggetid og behandlingar i spesialisthelsetenesta blir kortare og kortare. Pasientane skal tilbake til heimkommunen raskast råd for vidare oppfølging og rehabilitering.
Status	✓ Ål kommune har ei sterk fysioterapiteneste med både private og kommunale fysioterapeutar som er klar til å takle dei nye utfordringane i samarbeid med anna fagpersonell. ✓ Mange pasientar vert overført frå sjukehus til sjukeheim og har store behov både for medisinsk oppfølging, opptrening og tverrfagleg rehabilitering. Korttidsavdelinga på sjukeheimen har stor turnover av pasientar som treng rehabilitering og opptrening. ✓ Fysioterapeutane samarbeider med fastlegane. ✓ Ål kommune har fleire born enn samanliknbare kommunar med diagnoser som gjev livslange funksjonsutfordringar og særskilde behov. Fysioterapitenesta har sett av ei 100 % stilling til oppfølging av desse borna. ✓ Ål kommune har fysioterapeut med vidareutdanning psykomotorisk fysioterapi og om lag ei halv stilling vert brukt til dette.
Utfordringar	○ Raskare tilbakeføring frå sjukehus krev at kommunale tenester er på plass frå dag 1 for å følgje opp sjukehusbehandlinga når pasienten kjem heim. Ein ser dette særleg i høve til ortopediske pasientar, pasientar med slag eller andre nevrologiske lidningar og for pasientar med omfattande skader. ○ Mange pasientar med kroniske sjukdomar / funksjonsnedsetjingar har behov for tenester over lang tid, i mange tilfelle livslang oppfølging. Desse pasientane er ein stor del av fysioterapitenesta sin «portefølje». ○ Fysioterapiavdelinga fylgjer pr. sept. -17 opp 17 born med behov for livslang oppfølging. Dette er ressurskrevjande og det krev god kompetanse. ○ Behovet for meir spesialisert kompetanse kan bli avgjerande når nye rehabiliteringsoppgåver skal gå føre seg i kommunen. Kommunen tek til tider i mot pasientar med svært samansette og komplekse problemstillingar som krev mykje ressursar og kanskje ein annan kompetanse enn det ein kan tilby. ○ Informasjonsflyt og dialog mellom spesialisthelsetenesta og fysioterapitenesta vert tidvis opplevd som dårleg, og det er uklar ansvars- og oppgåvefordeling mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta.
Framlegg til tiltak	4.3.1 Interkommunalt samarbeid om å bygge rehabiliteringskompetanse ved dei kommunale plassane på IMA, HSS. 4.3.2 Avklare ansvars- og oppgåvefordelinga med spesialisthelsetenesta og styrke og systematisere dialogen, herunder veiledning og ambulante tenester. 4.3.3 Planlegge ei utviding av kommunen sine heildøgns tilbod til unge med nedsett funksjonsevne.

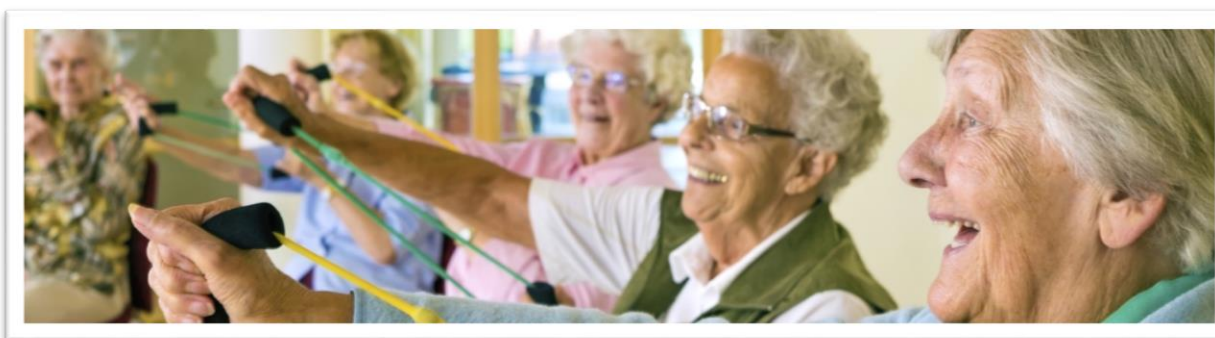
4.4 Behandlingsbasseng

Føringar	• Behandlingsbasseng er ingen lovpålagt oppgåve for kommunane. Men det har lang tradisjon i mange kommunar, også i Hallingdal, at behandlingsbasseng vert stilt til disposisjon.
Status	✓ Behandlingsbassenget i Ål helsesenter er 4 x 6 m. med maks. plass til 8 personar. Temperatur: 36 °C. Opningstid: 08.00 – 20.00 fem dagar pr. veke. Bruk: 20 – 25 personar dagleg 42 veker pr. år. Bassenget vert nytta både dag, ettermiddag og kveld, det er lite ledig kapasitet. ✓ Bassenget er eit viktig supplement i fysioterapeutane sine behandlingstiltak og i arbeidet med rehabilitering. Ein nyttar oppdrifta og motstanden i vatnet for å få ein skånsam og effektiv behandling. Høg temperatur aukar blodsirkulasjon og bevegelegheit, er smertelindrande og mjukar opp stive musklar og ledd. ✓ Aktuelle diagnosegrupper: Muskel – skjelettlidingar, ortopediske pasientar, pasientar med skadar/traumer, reumatikarar og barn og unge med funksjonshemmingar.
Utfordringar	○ Behandlingsbassenget ved Ål helsesenter vert drifta på dispensasjon. ○ Ved driftsvanskar eller behov for større reparasjonar eller endringar i teknisk utstyr, kjem ein til å møte andre krav både til bygg og utstyr. ○ Det vert ikkje gjort bygningsmessig oppgradering i bassengrommet så lenge ein køyrer på dispensasjon. ○ Bassenget vil kunne nyttast heilt til ein ikkje greier å vedlikehalde det lenger, då må det stengast.
Framlegg til tiltak	4.4.1 Det bør nedsetjast ei arbeidsgruppe for å utgreie vidare behandlingsbasseng i Ål kommune.



4.5 Rehabilitering på sjukeheimen

Føringar	• Prop. 91L (2010 - 2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester: «Kommunen må sikre et differensiert tilbud som inneholder funksjonstrening, tilrettelegging og læringstilbud som dekker behovet til kommunens innbyggere. Dette bør blant annet omfatte <u>døgnbasert tilbud i institusjon</u>, dagtilbud, tilbud i brukersens heim, tilbud integrert i barnehage, skole, dagtilbud og arbeid, lærings- og mestringstilbud og hjelpemidler».
Status	✓ Pasientane kan koma til Gjestetunet frå heimen, men som oftast kjem dei frå sjukehus og HSS for å fortsetja ein begynt rehabiliteringsprosess. ✓ Det er ved Gjestetunet tett tverrfagleg samarbeid både i kartleggingsfasen og vidare i rehabiliteringsprosessen, særleg aktuelle i det daglege samarbeidet er sjukepleiar, helsefagarbeidar, fysioterapeut, ergoterapeut og lege. ✓ Det tverrfaglege samarbeidet er også utadretta ved nært samarbeid med fastlegane og i vekentlege samarbeidsmøter med heimetenesta, fokus ligg på informasjonsutveksling og kommunikasjon. ✓ Varigheit av rehabiliteringsopphald kan vera frå 2 veker til eit halvt år. Erfaring viser at nokre pasientar treng lang rehabiliteringstid for å oppnå resultat. ✓ Ein vil framheve eit tett samarbeid med pårørande.
Utfordringar	○ At heile personellgruppa greier å sjå pasienten heilskapleg - fysisk, psykisk, sosialt og åndeleg - og greier å innarbeide ei «kva er viktig for deg?»-haldning. ○ Ein saknar meir kompetanse og tid til å ta opp psykiske problemstillingar. ○ Tverrfagleg samarbeid på tvers av avdelingsgrenser krev gode samarbeidskanalar og hyppig kommunikasjon, særleg i høve til heimetenesta og psykisk helsevern. ○ Informasjonsutveksling kan vera vankeleg pga brannmurar i dataverktøy. ○ Uavklara ansvars- og oppgåvefordeling opp mot IMA, HSS, sjå tiltak 4.2.2. ○ Aukande omfang av kognitiv svikt og rusproblematikk vanskeleggjer rehabilitering.
Framlegg til tiltak	4.5.1 Styrke pleiepersonalet si tru på eiga betydning i rehabiliteringsarbeidet på sjukeheimen. 4.5.2 Større vekt på bruk av kartleggingsverktøy og systematiserte oppfølgingstiltak.



4.6 Ergoterapi

Føringar	• Krav om ergoterapeut i kommunal helse- og omsorgsteneste vert lovfesta frå 1. januar 2020 med endring i § 3-2 andre ledd i lov om kommunale helse- og omsorgstenester: «For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesøster, ergoterapeut, psykolog og tannlege.»
Status	✓ Ål kommune har to ergoterapeutar i full stilling, samt ein heimevaktmester i halv stilling som bidreg med utkøyring og montering av større hjelpemidlar. - Ei ergoterapeutstilling er knytt til Gjestetunet/Korttidsavdelinga, og har også arbeidsoppgåver innan kvardagsrehabilitering og velferdsteknologi. - Ei ergoterapeutstilling følgjer opp heimebuande med store behov for tilrettelegging. Dette gjeld både pasientar som blir skrivne ut frå sjukehus, og pasientar med langvarige kroniske lidningar. ✓ Ergoterapeuten er sentral i rehabiliteringsarbeidet og følgjer opp pasientgrupper med ulike utfordringar og diagnosar, som til dømes nevrologiske lidningar, traume eller slagpasientar. Felles for desse brukarane er at dei har utfordringar med å meistre kvardagen (ADL- activity of daily living). Ergoterapeuten kan m.a. hjelpe til med å kartleggje funksjon og omgjenvader, tilpasse aktivitetar/arbeidsvaner, og hjelpe til med å kompensere for tap av funksjon ved formidling og tilpassing av tekniske hjelpemiddel. ✓ Kommunal høyrsekontakt og synskontakt er knytt til ergoterapistillinga. I Ål kommune bur det mange høyrselshemma/døve, og desse treng hjelpemidlar for å fungere i miljøet og i dagleglivet. ✓ Avd. ergo- og fysioterapi formidlar hjelpemidlar til personar som har eit funksjonstap etter skade eller sjukdom. Avdelinga bistår brukar/pasient med å søke hjelpemidlar frå NAV/Hjelpemiddelsentralen. Dersom hjelpebehovet er akutt, kan avdelinga gje midlertidige utlån frå korttidslageret. Avdelinga sørger for at hjelpemiddelet blir tilpassa, montert, reparert, køyrt ut og tatt i retur.
Utfordringar	○ Behovet for veiledning frå spesialisthelsetenesta kan bli avgjerande når nye rehabiliteringsoppgåver skal gå føre seg i kommunen. Kommunen tek i mot fleire pasientar med samansette og komplekse problemstillingar som krev mykje ressursar. ○ Informasjonsflyt og dialog mellom spesialisthelsetenesta og fysioterapitenesta vert tidvis opplevd som dårleg, sjå tiltak 4.2.2. ○ Dersom ein må skaffe hjelpemidlar frå Hjelpemiddelsentralen i Buskerud, vil det ofte gå fleire veker. Dette vil kunne betre seg med ein filial ved HSS. ○ Søknad om hjelpemidlar er ein stor og tidkrevjande del av ergoterapitenesta. Gjestetunet og HSS har hyppige utskrivingar av til dels dårlege pasientar, noko som gjer behovet for hjelpemidlar stort. Søknader til NAV tek tid og korttidslageret må ha nødvendig utstyr tilgjengeleg. Det er viktig å ha budsjett for å supplere ved behov. I samband med høgtider er det ein del pågang på lån av hjelpemiddel til hyttefolk og familie som kjem på besøk.
Framlegg til tiltak	4.6.1 Betre og raskare system med tildeling av hjelpemidlar. 4.6.2 Tilstrekkeleg budsjett til å supplere korttidslageret fortløpande kr. 200'

4.7 Dagtilbod – Aktivitetstilbod

Føringar	- Dagtilbod er ikkje i seg sjølv lovpålagt, men dagtilbod kan vera eit verktøy for å oppfylle dei plikter kommunane har til å yte tilpassa helse- og omsorgstenester. Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: «Kommunen må sikre et differensiert tilbud som inneholder funksjonstrening, tilrettelegging og læringstilbud som dekker behovet til kommunens innbyggere. Dette bør blant annet omfatte døgnbasert tilbud i institusjon, <u>dagtilbud</u>, tilbud i brukerens hjem, tilbud integrert i barnehage, skole, dagtilbud og arbeid, lærings- og mestringstilbud og hjelpemidler.» - Føremålet med dagtilbod er å gje den enkelte pasient/brukar ein meningsfylt kvardag, førebyggje einsemd og betre og vedlikehalde funksjonsevna. - Dagtilbod gjev ei avlastning for dei nærmaste og kan slik bidra til at familie og ektefelle klarar å stå i ein krevjande omsorgssituasjon.
Status	Ål kommune har dagsenter for menneske med demens og Dagsenter ergoterapi. <u>Dagsenter Ergoterapi</u> ✓ har 4 tilsette med til saman 2,5 stilling, er opent 4 dagar i veka frå kl. 08 – 15. Det er i snitt 50 brukarar pr veka og i snitt 20 brukarar pr. dag. ✓ er ope for bebuarane på sjukeheimen, hybelbuarar, heimebuande i private heimar og omsorgsbustader. Dei vanlegaste brukargruppene er: - eldre som bur aleine, med ulike grader av funksjonsnedsetjingar, - brukarar med lettare demens eller sviktande minne, - tyngre funksjonshemma som bur heime og - unge funksjonshemma som fell utanfor andre tilbod, ✓ tilbyr samvere med andre, meningsfylte aktivitetar, kognitiv stimulering, trim og turgåing, kjøkkentrening, turar og utflukter, og næringsrik lunsj, ✓ kan også vera arena for arbeidstrening og språkpraksis.
Utfordringar	○ Utfordrande å få kvalitetstid med kvar enkelt brukar. ○ Nye brukarar med spesielle behov krev ofte store tilpassingar. ○ Opningstider: Fleire brukarar og pårørande ynskjer utvida opningstider. ○ Sommarstenging: Dagsenteret er stengt 2 veker om sumaren. Ein ser at fleire av brukarane får eit fall i funksjonsnivå etter desse to vekene. ○ Ein saknar gode dagsenterløysingar for yngre funksjonshemma. Ei utgreiing i 2013 konkluderte med eit behov for eit «oppleving- og velværesenter» og ei samling av dagtilboda i kommunen ved utbygginga av helsetunet. Dette fekk ikkje plass i utbyggingsplanane og er såleis framleis eit uløyst behov.
Framlegg til tiltak	4.7.1 Styrking av personellet ved dagsenteret med 0,6 stilling kr. 400' Dette ville kunne gje utvida opningstider og nye aktivitetar. 4.7.2 Det vert foreslått å endre namnet på « Dagsenter ergoterapi» til «Aktivitetssenteret», då ergoterapeutane ikkje har noko ansvar for tiltaket. 4.7.3 Kommunalsjefen vil igangsetje ei ny utgreiing for å sjå på uløyste behov for dagtilbod og få vurdert dagtilboda i kommunen under eitt.

4.8 Kvardagsrehabilitering

Føringar	• Kvardagsrehabilitering som tenkemåte og arbeidsmetode er heller nytt i kommunal helse og omsorgsteneste og har utvikla seg og spreidd seg dei siste 5-7 åra. Det er derfor ikkje noko begrep i lover og forskrifter. • Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator lyfter fram kvardagsrehabilitering. • Det er utvikla fleire handbøker og temahefter om kvardagsrehabilitering, mellom anna frå KS. • Ål kommune si Plan for rehabiliterings- og omsorgstenestene 2015-2026 slår fast at kvardagsrehabilitering skal vera det berande prinsipp for tenesteytinga.
Status	✓ Sektoren har vore oppteken av kvardagsrehabilitering i fleire år og det har vore gjort fleire tiltak tidlegare. Eit systematisert tilbod innan kvardagsrehabilitering starta opp i jan. 2017 som eit samarbeid mellom ergoterapeut, fysioterapeut og heimetenesta. ✓ Målgruppa er utpeika heimebuande brukarar med funksjonsutfall. ✓ Det vert gjennomført ei kartlegging av aktuelle brukar og brukaren sjølv set dei mål han/ho vil trene mot. ✓ Det vert så laga ei plan for å nå måla og igangsett ei fire vekers målretta, intensiv oppfølging. ✓ Det er heimetenesta som utfører den daglege treninga etter plan og veiledning frå ergo- og fysioterapeut.
Utfordringar	○ Det er framleis ein veg å gå før ein har fullt gjennomslag når det gjeld kvardagsrehabilitering som tenkemåte og haldning i omsorgstenestene. Her er det eksempel på at andre kommunar har kome lengre. ○ I 2017 var det berre ein brukar om gongen som får tilbod om kvardagsrehabilitering, dette vert utvida i 2018, samstundes som heimetenestene overtek hovudansvaret for gjennomføringa. ○ Det er ynskjeleg at det vert utpeika eigne grupper av heimetrenarar i heimetenestene som kan ha kvardagsrehabilitering som si særlege oppgåve. Utan dette er det ei stor utfordring å femne alle med instruksjon og veiledning. ○ Det er ynskjeleg med eit tettare samarbeid med fastlegane for tidleg nok å kunne koma inn med tiltak overfor dei som kan ha mest nytte av det.
Framlegg til tiltak	4.8.1 Kvardagsrehabilitering som tenkemåte og tilnærming må tilleggjast vekt i sektoren si interne opplæring. 4.8.2 Implementeringa av kvardagsrehabilitering som arbeidsmetode må vidareførast og styrkast i heimetenestene gjennom kompetanseheving og omprioritering.



4.9 Velferdsteknologi

Føringar	• Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015): Understrekar behovet for å satse på innovasjon og velferdsteknologi til fordel for brukarar og personell i helse- og omsorgstenestene. Det skal særleg leggjast vekt på ny teknologi som gjev brukarane nye mogelegheiter til å leva sjølvstendig og meistre kvardagen. • Same meldinga: Med telemedisin og ny kommunikasjonsteknologi kan helse- og omsorgstenestene forbetre, forenkle og effektivisere verksemda.
Status	✓ Helsedirektoratet har tilrådd kommunane å fyrst ta i bruk digitale tryggingssalarmer med lokaliseringsteknologi, fallsensorar, elektronisk nattilsyn og elektronisk medisineringsstøtte. Ål kommune har god erfaring med analoge tryggingssalarmer og har også erfaring med andre velferdsteknologiske løysingar. ✓ Ål kommune har saman med dei andre Hallingdalskommunane starta opp «Prosjekt velferdsteknologi i Hallingdal» frå hausten 2017. Prosjektet inngår i eit nasjonalt nettverk. ✓ Prosjektet skal medverke til at kommunane styrkar arbeidet med tenesteinnovasjon for å ruste omsorgstenestene til ein meir aktiv bruk av velferdsteknologiske hjelpemidlar. Vidare vil arbeidet handle om korleis ein i kommunane skal organisere arbeidet med velferdsteknologi, utarbeide oversikt over kva som er tilgjengeleg av teknologi på marknaden, gjennomføre pilotprosjekt for utprøving av teknologi og gjennomføre ein innkjøpsprosess.
Utfordringar	○ Den demografiske utviklinga og eit sjukdomsbilete i endring gjer at pasientane lever lenger, lever med fleire diagnoser og skal bu heime lenger. Etterspørselen etter kommunale tenester har auka og vil auke betydeleg. ○ For å greie å etterkomme behovet for omsorgstenester, må velferdsteknologi innarbeidast som ein naturleg del av omsorgstenestene slik at ein gjennom ein kombinasjon av teknologi og varme hender kan gje brukarane den tryggleiken dei etterspør. ○ Ein god del av dei teknologiske løysingane Ål kommune har hatt, til dømes på tryggingssalarmer, må skiftast til utstyr som baserer seg på ein digital plattform. ○ Velferdsteknologi må i større grad innarbeidast i tenesteytinga som ein sjølvstøtt del av ei samla omsorgsløysing for brukarane.
Framlegg til tiltak	4.9.1 Organisere arbeidet med velferdsteknologi og setje av driftsmidlar kr. 400' 4.9.2 Investeringar i utstyr kr. 1.000' 4.9.3 Aktivt støtte opp om «Prosjekt velferdsteknologi i Hallingdal»



4.10 Læring og meistring

Føringar	- Kommunen sitt ansvar for læring og meistring følgjer av Lov om kommunal helse- og omsorgsteneste, § 1-1, § 3-3 og § 3-2, pkt. 6 b. - Kommunen skal ha samarbeidsavtale med spesialisthelsetenesta som m.a. omfattar læring og meistring, jmf. § 6-2, pkt. 2 i lova. - Helsedirektoratet har gitt ut ein eigen veileder: IS-2651: Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, der læring og meistring er omtala i kap.6. IS-1896 Veileder for kommunale frisklivssentraler: «Grenseflaten mellom frisklivssentraler og kommunale lærings- og meistringstjenester er overlappende. Flere kommuner har allerede etablert frisklivs- og meistringssenter.» «Frisklivssentraler har kompetanse og tilbud knyttet til endring av levevaner, mens lærings- og meistringstilbud fokuserer på det å leve med varige helseforandringer.»
Status	✓ Kommunen har ikkje nokon base for læring og meistring, dette i motsetning til mange kommunar (t.d. har Drammen 6 fulltids tilsette og eit omfattande tilbod om kurs, grupper, sjølvhjelpsgrupper og individuell opplæring). ✓ Lærings- og meistringstilbod er til ein viss grad knytt til frisklivssentralen, som fysisk aktivitet i grupper, stressmestringskurs og motiverande helsesamtaler (MI- motiverande intervju). ✓ Det er også mange andre tilbod i kommunen som i meir eller mindre grad kan rubriserast som lærings- og meistringstiltak, som KID og KIB-kurs i psykisk helse, barselgrupper, pårørandeskule i demensomsorga, , fallførebyggjande grupper og parkinsongruppe i regi av ergo- og fysioterapitenesta, treningsgruppe i regi av LHL. ✓ I avgrensa omfang vert det gjeve diagnoseuavhengige tilbod individuelt og i grupper som fokuserer på det å meistre varige eller langvarige helseutfordringar og nye levevanar. ✓ Samarbeid med Vestre Viken om diagnosespesifikke kurs i kols, hjarte-kar, diabetes type 2 og hjarteskulen. ✓ Samarbeid med koordinator for læring og meistring i Hallingdal.
Utfordringar	○ Å finne ei organisering som gjev kommunen ein tydeleg base for læring og meistring, enten åleine eller i samarbeid interkommunalt og med HSS. ○ Å få tilstrekkeleg antal deltakarar på kurs – vi er ei lita kommune. ○ Å samarbeide betre med andre instansar som har lærings- og meistringskurs. ○ Å ha tilbod både til brukarar og pårørande ○ Å koma tidleg nok inn med tilbod ○ Å betre samarbeidet med brukarorganisasjonar og oppnå brukarmedverknad. ○ Å betre samarbeidet med koordinerande eining (KE). ○ Å ha ressursar nok til fleire kurs, og til individuell oppfølging i det å lære å leve med helseutfordringar. ○ Diagnoseuavhengige /-avhengige kurs interkommunalt. ○ Fagleg oppdatering og kompetanseheving.
Framlegg til tiltak	4.10.1 Styrke, systematisere og organisere arbeidet med læring og meistring kr. 400' 4.10.2 Utvikle interkommunale tilbod med læring og meistring knytt til Hallingdal Sjukestugu retta både mot brukarar og pårørande

4.11 Sosiale og psykososiale tenester

Føringar	• Lov om kommunal helse- og omsorgsteneste § 3.2 punkt 5 understrekar den faglege breidda i dei tenester kommunen har ansvar for på dette fagfeltet: <i>Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.</i> • Prop. 91L (2010 - 2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstenester: "Kommunale habiliterings- og rehabiliteringstenester skal ikke bare være av medisinsk art, men også dekke sosiale og psykososiale behov. Det er av sentral betydning at kommunene også opprettholder den sosialfaglige tilnærmingen for å sikre en helhetlig oppfølging av mennesker med psykisk lidelser, rusmiddelavhengighet, varig nedsatt funksjonsevne og mennesker som må omstille seg i forhold til bolig, arbeid og sosial deltakelse som følge av sykdom eller skade." • IS-2076 «Sammen om mestring» og St.meld 30 (2011-2012) «Se meg – en helhetlig rusmiddelpolitikk» set søkelyset på å skape heilskaplege tenestetilbod, helsefremjande arbeid, tidleg intervensjon og tettare oppfølging av psykisk sjuke og rusmiddelavhengige. • Plan for psykisk helse og rus i Ål kommune 2017-20 gjev lokale føringar for utviklinga innan arbeidet med psykisk helse og rus.
Status	✓ KE kartlegg og skaffar oversikt over aktuelle behov og sørger for at brukar får sine behov på det psykososiale området ivaretatt. Ny livssituasjon som følgje av sjukdom eller ulukke krev omstilling og tilrettelegging der brukar sit i førarsetet og der helsevesenet viser veg og legg til rette. ✓ Avd. psykisk helse og rus gjev tilbod om behandling av angst og depresjonar, oppfølging av personar med psykisk sjukdom og rus over tid, rusmeistring og oppfølging etter rusbehandling. Her inngår og bearbeiding av sorg og kriser, omstillingar og hjelp til å sjå nye mogelegheiter. Arbeid med familie og nettverk er ein sentral del av dette. ✓ Spesialisthelsetenesta er i ferd med å innføre FACT – ein arbeidsmodell som i samarbeid med kommunane tilbyr utadretta tenester til pasientar med store og samansette behov. ✓ NAV bistår med sosialfagleg rettleiing, økonomirådgjeving, gjeldsproblematikk og rettleiing i høve til velferdsordningar og hjelp til arbeid.
Utfordringar	○ Sikre gode overgangar frå behandling i spesialisttenesta ○ Sikre gode overgangar frå ungdom til vaksen ○ Stabile og kompetente fagfolk i alle delar av hjelpeapparatet ○ Gode system og rutinar på tverrfagleg samhandling tenestene imellom ○ Inkludere frivillige og brukarorganisasjonar ○ Sikre sosialfagleg kompetanse i kommunen ved ei regionalisering av NAV i Hallingdal
Framlegg til tiltak	4.11.1 Styrke samarbeidet om barn og unge i samsvar med vedteken plan for psykisk helse og rus. 4.11.2 Følgje opp tiltak retta mot vaksne i Plan for psykisk helse og rus, herunder styrking av kompetansen på alderspsykiatri i omsorgstenestene og utarbeiding av eit breitt samarbeidsprosjekt for IPS - individuell jobbstøtte. 4.11.3 Styrke oppfølginga av vaksne med store og samansette behov som ein del av FACT-etableringa ved Ringerike DPS. 4.11.4 Kommunen må sikre sosialfagleg kompetanse i helse- og omsorgssektor ved ei eventuell regionalisering av NAV i Hallingdal

4.12 Miljøterapitenester

Føringar	• NOU 2016:17 På lik linje - Åtte løft for å realisere grunnleggande rettar for personer med utviklingshemming. • Endringer i helse og omsorgstjenesteloven frå 01.10.2017 – krav om å gje opplæring og veiledning til pårørande, avlastning og omsorgsstønad etter fastsette kriteriar. Veileder om pårørande i helse og omsorgstjenester er oppdatert jan. 2018. • Barn og unge med habiliteringsbehov om samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren ved behov for samordna bistand. • Handlingsplan for habilitering av barn og unge – om å styrke helse- og omsorgstenesta sitt arbeid med habilitering av barn og unge. • Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov, oppdatert jan. 2018.
Status	✓ Tenestene er retta mot alle aldersgrupper og har eit livslangt perspektiv, personar med psykisk utviklingshemming er ei sentral målgruppe. ✓ Tenestene er basert på individuelle behov, men vert ofte gjevne gjennom systematisk målretta miljøarbeid. ✓ Det er primærgruppe / tiltaksgruppe rundt den enkelte brukar. ✓ Det pågår eit kontinuerleg arbeid med kompetanseheving (f.eks. teiknspråk, målretta miljøarbeid, aldring og helse, autisme og ernæring)
Utfordringar	○ Nye, unge brukarar som avdelinga gjev tenester til utan endra ressursrammer. Pr. jan. -18 er det 26 barn og unge som truleg vil få behov for meir eller mindre omfattande tenester i eit livslangt perspektiv. ○ Det er godt førebyggjande helsearbeid å koma tidlig inn med gode relasjonar til foreldre som har barn med livslange funksjonsnedsetjingar. ○ Avsetje ressursar og tid til veiledning / opplæring til pårørande. ○ Samarbeid på tvers av sektorar, med skule og barnehage for å kunne gje samla råd og veiledning til barn og pårørande, og med helsestasjonen for å kunne gi foreldre tidleg og god oppfølging. ○ Rekruttere og behalde høgskuleutdanna personell. ○ Avsetje tid til fagleg systemarbeid (kontakt med pårørande, barnehage, skule, fritid, arbeid, kartlegging, oppfølging av somatisk og psykisk helse, veiledning) ○ Tid til å kvalitetssikre tenestene med gode tiltaksplaner og veiledning. ○ Tid til fagleg utviklingsarbeid ○ Aktivitets -og fritidstilbod ○ Rause arbeidsplasser.
Framlegg til tiltak	4.12.1 Miljøterapitenestene står overfor store utfordringar med nye brukarar. Kommunalsjefen vil igangsetje eit planarbeid for avdelinga med ferdigstilling i 2018.

4.13 Universell utforming

Føringar	• Krav om universell utforming er innarbeidd i Plan- og bygningslova og spesielt omhandla i § 29-3. • Det er frå Kommunal og moderniseringsdepartementet utarbeida ein eigen veileidar: Universell utforming i planlegging etter plan- og bygningsloven
Status	✓ Ergoterapeut er fagleg rådgjevar innan universell utforming. ✓ Universell utforming er i dag så regulert i lovverk og forskrift at dette blir ivareteke ved alle offentlege nybygg både innvendig og utvendig. ✓ For eldre offentlege bygg vert krav om universell utforming utløyst med ein gong det er snakk om ombygging. ✓ Skular vert bygd om dersom det kjem elevar med nedsett funksjonsevne.
Utfordringar	○ Utfordringa for Ål sentrum er terrenget. Ein må sikre at ein i alle horisontale nivå har tilrettelagt for universell utforming, men ein har vanskar med å få god nok vertikal kommunikasjon mellom dei ulike horisontale nivåa. Her må ein basere seg på at det er tilrettelagt HC-parkering på alle nivå. Ein har også prøvd samarbeid med private om heisar mellom dei ulike nivå. ○ Dei største manglane for universell utforming er knytt til gamle anlegg, f.eks. kummar i fortaua som vert opplevd som feller for folk med rullestol/rullator. Fleire slike har vore peika på i testrundar gjennomført av elevar. Problemet er at mange av desse er svært kostbare å utbetre. ○ Det er også vanskeleg med ledelinjer for svaksynte. Dette er pålagt på uteområde ved nybygg, men er eigentleg til lita hjelp så lenge desse ikkje fører vidare utanfor området. Slike utfordringar vert teke vare på ved utbetringar og nye anlegg, men det vert for kostnadskevjaande å ta igjen ved gamle anlegg. ○ Helsetunet har i dag ikkje universell tilgang til Bråta eller området ved elva.
Framlegg til tiltak	4.13.1 Det vert laga rutinar på at utviklingsavdelinga brukar ergoterapeut for fagleg rådgjeving i saker om universell utforming. 4.13.2 Det skal i kommunen innarbeidast ei prioritering av tiltak som legg til rette for ei universell utforming i nærområdet til helsetunet.



5. Samarbeid

5.1 Tverrfagleg samarbeid

5.1.1 Tverrfagleg tilnærming

Som det går fram av kap. 2 og 3 er ei tverrfagleg tilnærming sjølve hjørnesteinen i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet. I den kommunale kvardagen er tenestene organisert i båsar, slik kap. 4 også viser. Utfordringa ligg i å få til eit samarbeid på tvers av fagfelt og avdelingsgrenser. Det handlar både om innstilling og om struktur. I dette kapittelet skal ein sjå nærare på samarbeidet mellom dei ulike tenestene i kommunen og dei samarbeidsinstansar som ein har innan kommunen (kap. 5.2) og vidare om det samarbeidet ein har utanfor kommunen (kap. 5.3).

Kva betyr ei tverrfagleg tilnærming i praksis?

I ei individuell plan er gjerne planen delt i fem område:

Tilpassa bustad, trygg økonomi, meistring av eiga helse, nettverk og meningsfull fritid, og arbeid/aktivitet. Dette utgjør dei fem basale område som habilitering og rehabilitering handlar om.

A. Tilpassa bustad

Ein tilfredsstillande bustad er ein sentral føresetnad for at den enkelte skal kunne leva og bu sjølvstendig, skaffe eller behalde arbeid, og delta i samfunnet. I familiar med barn og unge er det særleg viktig at det er ein trygg og god busituasjon.

Kravet om å bistå med bustad ligg i to lovverk, både helse og omsorgstenestelova og lov om sosiale tenester i NAV. Etter §3-7 i [Lov om kommunale helse- og omsorgstenester](#) har kommunen eit ansvar for tilpassa bustader til dei som treng dette: «*Kommunen skal medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemning eller av andre årsaker.*»

Tilsvarande lovkrav finn ein i [Lov om sosiale tenester i NAV](#) § 15. I tillegg har dei kommunale tenestene i NAV eit krav om akutttilbod med midlertidig bustad etter § 27: «*Kommunen er forpliktet til å finne midlertidig botilbud for dem som ikke klarer det selv.*»

Ulike kategoriar av bustader er omhandla i kap. 4.6.1.2 i [Plan for rehabiliterings- og omsorgstenestene 2015-2026](#). Etter utbygginga av Helsetunet er det totale antalet tilrettelagte bustader / omsorgsbustader med heildøgns omsorg i kommunen 113, sjølv om alle dei nye omsorgsbustadane i Nigarden endå ikkje er teke i bruk.

Ansaret for å medvirke til å skaffe tilpassa bustader omfattar både hjelp til å nytte dei særlege ordningane Husbanken har lagt til rette for til dei ulike målgruppene, hjelp til å finne bustad på den opne marknaden og hjelp til kommunal tilrettelagt bustad eller kommunal omsorgsbustad.

B. Trygg økonomi

Det er [Lov om sosiale tenester i NAV](#) som er lovgrunnlaget for sikring av økonomisk tryggleik for alle. Dette inneber at dei som ikkje har tilstrekkeleg økonomi enten gjennom arbeid, ulike trygdeordningar eller oppsparte midlar, skal kunne søke om økonomisk bistand. Ål kommune har vedtatt å bruke statens veiledande retningslinjer når det gjeld utmåling av økonomisk sosialhjelp. Desse retningslinjene blir vurderte ein gong i året. NAV Ål skal også kunne gje gjeldsrådgjeving til dei som treng det.

For at det skal ligge føre rett til økonomisk stønad må den enkelte fullt ut ha utnytta alle reelle mogelegheiter til å forsørgje seg sjølv ved arbeid, eigne midlar eller ved å gjera gjeldande trygderettar eller andre økonomiske rettार. Økonomisk rådgjeving vil ofte vera hensiktsmessig for å avklare den enkelte sine mogelegheiter til å auke inntektene, utnytte økonomiske reserver, gjera omdisponeringar av eigne midlar og redusere utgiftene.

Det kan setjast vilkår for tildeling av økonomisk stønad, herunder at mottakaren i stønadsperioden skal utføre passande arbeidsoppgåver i bustadkommunen.

C. Meistring av eiga helse

Dette vil omfatte dei hjelpetiltak som helse- og omsorgstenesta kan gje, ut frå dei behov brukaren har. Igjen er det viktig å understreke at tenestene har endra seg mykje dei siste åra. Nå ligg brukarmedverknad og kvardagsrehabilitering som tankesett til grunn for tenestene, «kva er viktig for deg» skal vera det styrande for utforminga av hjelpetiltaka.

Dette punktet vil også omfatta tiltak innan læring og meistring. Ein viser her til kap. 4.10. Målet er at brukarar med kroniske lidningar i større grad kan meistre tilværet sjølv gjennom god kunnskap om eigen sjukdom og behandlinga av denne, og gjennom kontakt med andre meistringstiltak, t.d. likemannsarbeid, sjå kap. 5.2.6.

D. Nettverk og meningsfull fritid

[Lov om kommunale helse- og omsorgstenester](#) er i sin formålsparagraf tydeleg på at kommunale helse og omsorgstenester har ansvar for sjå heile livet til den enkelte brukar i ein samanheng. Tenestene skal: «sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre».

Særleg utfordrande er dette i høve til brukarar med store og samansette behov. [Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#) understrekar at tenestene må tilretteleggjast i eit familie- og nettverksperspektiv:

«Å ha omfattende behov for tjenester påvirker roller og arbeidsfordeling i både familie og nettverk. Å sikre tjenester i et familie- og nettverksperspektiv er derfor viktig. Dette er også sentralt ved kartlegging og utredning av ressurser og behov. Tjenestene skal legge til rette for at pårørende, familie og nettverk kan medvirke i samsvar med pasient og bruker sitt ønske. Det må legges vekt på at den enkelte og dens familie og nettverk kan leve et så normalt liv som mulig til tross for behov for bistand fra offentlige tjenester. Å se personen i sitt vante miljø er et sentralt utgangspunkt for å forstå den helheten som tjenestene skal passe inn i. Pårørende og familie kan være viktige ressurser, sammen med øvrige sosiale nettverk i fritid, skole og arbeidsliv»

I kommunen er det særleg avd. miljøterapi som er vant til å tenke heilskapleg rundt heile livssituasjonen til brukaren. Denne grunnleggande måten å tenke på, er forskjellig frå heimetenestene i omsorg, der ein i større grad yter avgrensa behandlings-, pleie- og omsorgsoppgåver.

Etter [Lov om kommunale helse- og omsorgstenester](#) § 3.2 punkt 6 skal kommunen tilby: «personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt»

Ordninga med [brukarstyrt personleg assistanse](#) (BPA) er ein alternativ måte å organisere tenestene for praktisk og personleg bistand på for personar med nedsett funksjonsevne og stort behov for bistand i dagleglivet, både i og utanfor heimen. Brukarar < 67 år og med eit bistanndsbehov på over 25 timar i veka har rett på BPA. Andre brukarar med store behov for hjelp kan også vera aktuell for ordninga.

Med BPA kan brukaren få assistanse slik brukaren sjølv ynskjer å prioritere det. Brukaren sjølv er arbeidsleiar. Der brukaren sjølv ikkje er i stand til å ta arbeidsleiar/arbeidsgjeverrollen kan også kommunen inneha denne, eventuelt ved bruk av privat firma (eks: ULOBA).

Pr. jan. 2018 er det berre ein liten handfull brukarar med BPA i Ål. Ål kommune har såleis ein liten bruk av BPA og truleg ein mindre bruk enn det som ligg som intensjon med ordninga.

Ein [støttekontakt](#) er ein person som hjelper ein annan person gjennom sosialt samvær og ulike aktivitetar. Formålet er å hjelpe personen til å bli meir trygg på seg sjølv, bli betre i stand til å omgås andre menneske og kunne takle ulike livssituasjonar. Støttekontaktordninga skal bidra til å gje vedkomande ei meir meningsfull fritid.

I Ål er det tildelingstemaet som tildeler støttekontakt etter søknad. Det er den avdelinga der brukaren har sin hovudkontakt som sakshandsamar og følgjer opp den som er støttekontakt. Støttekontaktar skriv under på ei likelydande avtale med kommunen og vert lønna av kommunen. Pr. jan. 2018 har Ål kommune gjort vedtak om avtale med 14 støttekontaktar. I snitt har desse avtale om 3 timar i veka, men dette varierer.

E. Arbeid og aktivitet.

NAV har ansvar for arbeidsformidlinga i Hallingdal. Desse tenestene ligg i stor grad som ei interkommunal teneste ved NAV Gol. Dette området er derfor omtala under kap. 5.2 Samarbeid utanfor kommunen.

For dei som av ulike grunnar ikkje maktar å stå i eit arbeid og som såleis har varig nedsett inntektsevne, er uførestønad den velferdsordninga samfunnet tilbyr. Likevel opplever dei fleste det meningsfullt å ta del i ein eller annan aktivitet i større eller mindre grad.

VINN AS Hallingdal gjev tilbod om varig tilrettelagte arbeids- og aktivitetsplassar. Ål kommune stiller også med arbeidsplassar /dagtilbod for fleire av brukarane i avdeling miljøterapi, dette til dømes matsortering og utkøyring av mat til eldre, kantine, postbod for internpost, små vaktmeisteroppdrag og også flaskehenting i samarbeid med Ål Røde Kors. Inn på TUNET er også ei aktuell ordning.

Tverrfagleg samarbeid

Det tverrfaglege samarbeidet innan habilitering og rehabilitering skjer både mellom ulike faggrupper, mellom avdelingar, mellom sektorar og mellom ulike nivå i helse- og omsorgstenestene. Samarbeid skjer gjennom munnleg og skriftleg dialog, gjennom møter og gjennom rutinar og prosedyrar. Ein god tverrfagleg kommunikasjon er ein føresetnad for ein god habiliterings- og rehabiliteringsprosess. Til fleire som er involverte partar rundt ein pasient eller brukar, til større er utfordringane på å sikre informasjonsflyt og ei felles forståing av målet og vegen fram. Det kan her nemnast tre døme på slike utfordringar:

Kvardagsrehabilitering i heimen er eit døme på eit utfordrande samarbeid i rehabiliteringa, då ein skal sikre felles haldningar og tilnærmingar med brukar, pårørande, ergo- og fysioterapeut, fastlege og 10 – 15 medarbeidarar i heimetenesta som er innom brukaren.

Utfordringar i skjeringspunktet mellom trygd, utdanning og arbeid er eit anna døme, med personell både frå NAV, arbeidskontor, arbeidsgjevar, helse- og omsorgspersonell frå ulike instansar og ulike nivå og utdanningspersonell.

Mange peikar også på at tenestene retta mot barn og unge bør samordnast betre. Både helsestasjonen, PPT og avd. psykisk helse og rus er viktige aktørar for barn og unge som slit, men der BUP, barnevern og fastlege også er medspelarar. Ein manglar i dag ein felles modell

for systematisk identifikasjon og oppfølging av barn med hjelpebehov. Det er igangsett eit prosjekt i regi av Hallinghelse for å koma denne utfordringa i møte. Men kommunen må også sjå på den samla organiseringa av tenestene til barn og unge.

Tverrfagleg samarbeid krev at ein både har utarbeidd og aktivt brukar felles verktøy, både kartleggingsverktøy, journal, tiltaksplan og individuell plan. Og det krev at koordineringsansvaret er tydeleg plassert. Altfor ofte høyrer vi brukarar som opplever hjelpeapparatet som eit uhyre med mange hovud og der brukaren må gå frå kontor til kontor og vera sin eigen koordinator.

Personleg koordinator

Mange brukarar vert forvirra av dei mange dørene inn til ulike helse- og omsorgstenester. Dei vil ha ein person å forhalde seg til. Mange opplever det også vanskeleg å møte eit heilt team eller ei heil ansvarsgruppe.

Rett til ein personleg koordinator er ikkje avhengig av at brukaren ynskjer ei individuell plan. Spørsmålet om personeleg koordinator bør takast opp med alle som har omfattande og samansette behov. Koordinerande eining er etter lovverket tildelt ei viktig rolle i utfordringane rundt samordning av tenester ved å sikre personar med behov for langvarige og koordinerte tenester ein personleg koordinator / primærkontakt, sjå punkt 5.2.3.



Kvardagsrehabilitering, sjå kap. 4.8

5.2 Samarbeidsinstansar innan kommunen

Kommunale samarbeidsinstansar

Nedanfor presenterer ein dei ulike etablerte samarbeidsinstansane i kommunen som har ei rolle i rehabiliteringsarbeidet. Ein ser vidare på oppgåvefordelinga mellom desse samarbeidsinstansane når det gjeld meldingar, utgreiing og oppfølging av rehabiliteringsbehov. Planen kjem innan kvart underkapittel med framlegg til tiltak for å styrke samarbeidet innan rehabilitering.

5.2.1 Oppsøkande team

Ål kommune oppretta Oppsøkande team i 2010. Teamet er tverrfagleg og består av sjukepleiar, ergoterapeut og fysioterapeut i til saman 50 % stilling. I tillegg er sjukeheimslegen tilknytt teamet. Heimebesøk til eldre vert tilrådd frå ei rekke faglege instansar.

Ved oppstart hadde Oppsøkande team til saman 100 % stilling med tre ulike arbeidsområde:

- Førebyggjande heimebesøk til eldre i kommunen over 80 år
Besøket tek utgangspunkt i ei samtale om helse, tryggleik og trivsel, samt andre forhold som påverkar den eldre sin livssituasjon, som den eldre sin kvardag, bustadforhold, familie og nettverk, eller praktiske ting og tilrettelegging i bustaden. Målsetjinga med besøket er å:
 - informera om omsorgstenestene sine tilbod og kunne gje råd og rettleiing til den enkelte,
 - ha fokus på brukaren sine ressursar og evne til eigenomsorg,
 - stimulere evna til å bu i eigen bustad lengst mogeleg.
- Kartleggingsbesøk på bestilling frå tildelingsteamet
Når tildelingsteamet tek mot søknad om tenester frå folk dei ikkje har kjennskap til frå før, vil oppsøkande team reise ut på eit kartleggingsbesøk.
- Demensutgreiingar
Demensteamet sine oppgåver er å:
 - samarbeide med fastlege om kartlegging, utgreiing og oppfølging ved mistanke om kognitiv svikt og demens,
 - tilby heimebesøk og pårørandesamtaler,
 - informere om kommunen sine tenestetilbod,
 - vera behjelpelig med å finne fram til gode tenester og hjelpemidlar,
 - bidra til å utvikle demensomsorga i kommunen,
 - gje informasjon og undervisning om demens til helsepersonell, lag, organisasjonar og kommunen sine innbyggjarar generelt,
 - arrangere pårørandeskule – eit tilbod til pårørande.

Teamet har sidan oppstarten motteke 25-30 nye henvisingar vedrørande demens kvart år. Teamet har faste møter med heimetenesta ein gong i månaden for å diskutere felles brukarar. Teamet har tilsvarande månadlege, faste møter med legen i demensteamet for å diskutere og gjennomgå testresultat, opplysningar frå pårørande, frå fastlegen m.m.

I 2014 vart oppsøkande team sine ressursar gjennom sparekatalogen halvert frå totalt 100 % til 50 %, noko som resulterte i dramatiske nedskjeringar i tilbodet frå teamet. Etter 2014 har ein ikkje hatt ressursar til førebyggjande heimebesøk og i liten grad kartleggingsbesøk. Såleis har teamet sidan 2014 i hovudsak jobba som eit reint demensteam.

Framlegg til tiltak

Ein viser til Plan for helse og omsorgstenester 2018-2021 vedteke i kommunestyret 31.08.17. I kap. 4.2.1 vert det her gjort greie for sektorutvalet sine prioriteringar til budsjettarbeidet for 2018. Dette er igjen prioriteringar som er gjort på bakgrunn av strategikonferansen i helse og omsorg den 27.04.17. På topp prioritet i helse- og omsorgssektor er ei styrking av oppsøkande team. I den grad dette ikkje skulle bli innarbeidd i budsjett 2018, vert dette punktet teke opp att her:

- *Tiltak 5.2.1 Styrking av oppsøkande team tilsvarande bemanninga då teamet starta opp*

kr. 300'

5.2.2 Rehabiliteringsteamet

I Ål kommune har helse – og omsorgssektoren eit tverrfagleg Rehabiliteringsteam. Teamet består av lege, sosionom, psykiatrisk sjukepleiar, ergoterapeut og fysioterapeut. Teamet starta opp i 1993. Teamet tilbyr hjelp til personar med samansette vanskar, hjelp til å orientere seg på nytt og til å leve under nye føresetnader.

Målgruppa er personar:

- som har vore utsett for sjukdom eller skade som gjer at livssituasjonen har endra seg. Det kan vere både fysisk, psykisk og/eller sosialt,
- med behov for tenester frå mange instansar og
- som treng hjelp til å finne vegen vidare.

Tenesta er gratis. Ein kan ha med seg ektefelle, føresette eller annan person til møtet med teamet. Teamet samarbeider med eller knyter til seg fastlegen og andre fagpersonar knytt til brukaren. Alle kan henvise til Rehabiliteringsteamet, men ein slit med å få til dette i praksis. Det er stort sett dei faste medlemmene i teamet som henviser brukarar dei sjølve har kjennskap til.

Dei siste 5-10 åra har teamet fått ei ny brukargruppe. Dette er personar med utanlands opphav som har store hjelpebehov. Desse brukarane slit med å finne fram i og forstå systemet og treng mykje rettleiing. Denne brukargruppa blir stadig større og det er viktig med god kompetanse på korleis ein skal lose dei på best mogleg måte gjennom systemet og hjelpe dei til å finne vegen vidare.

Tiltak

Plangruppa meiner det er viktig at kommunen har eit tverrfagleg samansett rehabiliteringsteam som har ei brei tilnærming til rehabiliteringa og som sikrar at både psykiske og sosiale aspekt vert ivareteke, herunder hjelp til utdanning og arbeidstilpassing, sikring av økonomi, bustad og nettverk. Det vert etterlyst sjukepleiefagleg kompetanse frå omsorgstenestene slik ein hadde i teamet frå oppstart.

Oppgåva er fyrst og fremst kartlegging og utgreiing, men det er også nødvendig at teamet fylgjer brukarane til det er etablert grupper eller system som tek vidare ansvar for oppfølging. Det vil vera vaksne brukarar i arbeidsfør alder som er den mest aktuelle målgruppa.

- *Tiltak 5.2.2 Rehabiliteringstemaet må revitaliserast og gjerast betre kjent i organisasjonen. Teamet bør utvidast med ein sjukepleiar frå omsorgstenestene med rehabiliteringskompetanse.*

5.2.3 KE – koordinerende eining

Bakgrunn og organisering

Kommunen skal ha ei koordinerende eining for habiliterings- og rehabiliteringsverksemd. Dette vart lovpålagt 1. januar 2012, jmf. [helse og omsorgstenestelova](#), kap. 7, § 7-3 og [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#), kap. 3, § 6 og 7. Her står det at kommunane skal ha: «en synlig og lett tilgjengelig koordinerende enhet med tilstrekkelig bemanning og kompetanse. I tillegg må kommunen sikre system for tverrfaglig utredning og kartlegging av behov.»

KE i Ål kommune vart oppretta i 2013 og er organisert under rådmannen sin stab under sektorleiarane for helse og omsorg og for oppvekst. Det er sett av 50 % stilling til arbeidet, og teamet består av ein person frå helse og omsorg og ein frå oppvekst, begge i 25 % stilling.

Arbeidsoppgåver

Målgruppa for KE er personar med behov for samansette og langvarige tenester. KE skal ha overordna ansvar for arbeidet med individuell plan (IP), og for oppnemning, opplæring og rettleiing av personlege koordinatorar. Eininga skal bidra til å sikre eit heilskapleg tilbod til pasientar og brukarar med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

KE skal vere lett tilgjengeleg for brukarar og pasientar, pårørnde og samarbeidspartar. I praksis betyr det å vera synleg gjennom informasjon på heimesida til kommunen og anna informasjonsmateriell. KE skal ha oversikt over aktuelle kommunale tenester for målgruppa, samt aktuelle tilbod i spesialisthelsetenesta. Ei viktig oppgåve for KE er å sikre gode overgangar til ulike tenesteområde. KE samarbeider med alle avdelingane innan helse og omsorgssektor. Vidare samarbeider KE med barneverntenesta, grunnskular, barnehagar, vidaregåande skular, PPT, oppfølgingstenesta, attføringsbedrifter og spesialisthelsetenesta.

Utfordringar

Ei av utfordringar til KE i Ål er at kommunen har mange born og unge med nedsett funksjonsevne som treng koordinator, ansvarsgruppe og individuell plan (IP). Denne brukargruppa krev mykje ressursar. Med ei 50 % stilling totalt i KE vert tida knapp til å følgje opp andre brukargrupper.

Ei anna utfordring er at mange avdelingar i kommunen reserverer seg mot koordinatorrolla. Særleg i oppvekst er dette vanskeleg. Dette har nok også sin bakgrunn i at koordinatorrollen er sterkare forankra i helselovgjevinga enn i opplæringslova. Lærarane har stort sett bunden arbeidstid og slit med å finne tid til koordinatorrollen. Dette fører til mykje ansvar og arbeid på enkelte avdelingar, særleg fysioterapitenesta og helsestasjonen. Koordinatorrolla er noko ingen har avsett tid til, den kjem på toppen av dei arbeidsoppgåver ein har frå før. Helst bør dei mest sentrale tenesteytarane har rolla som koordinator. Når det gjeld barn og unge så er det ofte barnehage/skule som er dei mest sentrale.

Då det har vore vanskeleg for KE å finne koordinatorar rundt om på avdelingane i kommunen, har KE sjølv tatt ansvar som koordinator i mange saker. Dette har både positive og negative sider. Det er positivt at KE får god innsikt og oversikt over alle med behov for koordinator, ansvarsgruppe og IP. Koordinatorrolla vert erfaringsmessig også meir stabil. KE har avsett tid til å drive med arbeidet og vert gode på å vere koordinatorar. Det er også enklare for samarbeidspartar å forhalde seg til to personar i KE enn til mange ulike koordinatorar. Det negative ved at KE tek rolla som koordinator, er at arbeidsbelastninga blir for stor. Etter kvart som mengda med saker har auka, har ikkje KE kapasitet til å ta koordinatoransvaret i fleire saker utan at det blir tilført meir ressursar.

Framlegg til tiltak

Det er ulik grad av kompleksitet i behov for koordinering og tenestetilbod. Det er derfor naturleg at dei mest komplekse oppgåvene vert lagt til KE, men at tilsette frå andre avdelingar kan bidra i høve til ei rekke brukarar. Ål kommune må i sterkare grad definere kva for tilsette som er forplikta til å vere koordinator. Men ein må også tilføre KE meir ressursar slik at dei kan fortsetje arbeidet med å vere koordinator i dei mest komplekse sakene. Det hastar med å få større ressursar inn i arbeidet og plangruppa trur at den siste løysinga er lettast å få til på kort sikt.

Ein viser til [Plan for helse og omsorgstenester 2018-2021](#) vedteke i kommunestyret 31.08.17. I kap. 4.2.1 vert det her gjort greie for sektorutvalet sine prioriteringar til budsjettarbeidet for 2018. Dette er igjen prioriteringar som er gjort på bakgrunn av strategikonferansen i helse og omsorg den 27.04.17. På nest høgaste prioritet er ei styrking av koordinerande eining med totalt 50 %, der halvparten vert belasta oppvekstsektor og halvparten helse og omsorgssektor. Dette er i samsvar med rådmannen si innstilling då den lovpålagte eininga vart oppretta i 2013, men der bemanninga politisk vart redusert til det halve grunna budsjettsituasjonen. I den grad tilrådingane i plan for helse og omsorgstenester ikkje skulle bli innarbeidd i budsjett 2018, vert dette punktet teke opp att her:

- *Tiltak 5.2.3A Styrking av koordinerande eining (KE) tilsvarende rådmannen si tilråding i2013, helse og omsorgssektor sin andel* kr. 150'

Det har også vore drøfta om ein skulle samlokalisere fleire samarbeidande tenester som eksempelvis KE, rehabiliteringstemaet, tildelingsteam og oppsøkande team. Dette vil kunne gje gevinstar for samarbeid og saksgang.

- *Tiltak 5.2.3B Kommunalsjefen vert beden om å legge til rette for ei samlokalisering og eit tettare samarbeid mellom Oppsøkande team, Rehabiliteringsteamet, Tildelingsteamet og Koordinerande eining.*

I tillegg bør ein tverrsektorielt gå saman om å utpeike personell ved dei ulike avdelingar som kan tilleggjast koordinatorrollen.

- *Tiltak 5.2.3C Rådmannen vert beden om å ta initiativ til ein tverrsektoriell gjennomgang for å få utpeika personell som kan tilleggjast ein koordinatorrolle.*

5.2.4 Tildelingsteamet

Tildelingstemaet består av avdelingsleiarane i omsorgstenestene, avd. ergo- og fysioterapi og avd. psykisk helse- og rus. Sjukeheimslegen og kommunalsjefen møter også fast i tildelingsteamet. Tildelingstemaet har sekretariat ved omsorgskontoret og har møte ein gong i veka.

Tildelingsteamet behandlar og gjer vedtak i høve til alle søknader om kommunale helse- og omsorgstenester. Til grunn for handsaminga ligg fagleg kartlegging og tilråding. Kommunen har eit søknadsskjema som servicekontoret informerer om, og der skjemaet gjer det mogeleg for søkeren å beskrive behova sine utan sjølv å måtte knytte dette til ein søknad om bestemte tenester.

Styrken til tildelingstemaet er at ein har samla leiarar med vedtaksmynde, slik at ein kan finne løysingar med tiltak både innan dei enkelte avdelingar og på tvers av avdelingane. Tildelingsteamet sin funksjon er nettopp vurdert i eit tverrfagleg arbeid i sektoren (ALF II-rapporten). Ein vurderte teamet opp mot andre modeller for søknad/vedtak i kommunane som til dømes bestillerkontor/ tildelingskontor. Sektoren har konkludert med at tildelingstemaet skal vidareførast som i dag.

5.2.5 Meldingar, kartlegging og oppfølging i kommunale team

Ei av dei store utfordringar for pasientar og brukarar med samansette og langvarige behov for tenester, er å finne fram i jungelen av kontor og hjelpetiltak. Alt for mange opplever diverre å bli sendt frå kontor til kontor. Dette var bakgrunnen for at koordinerande eining (KE) vart lovpålagt. Gjennom KE skulle brukarane oppleve «ei dør inn» og få hjelp til å koordinere tiltak frå ulike aktørar i tenesteapparatet. Likeeins skulle individuell plan (IP) vera eit lovpålagt verktøy som ga brukarane ein rett til ein samla og koordinert oversikt over dei ulike hjelpetiltak og som skulle sikre at dei ulike hjelpeinstansane arbeidde mot eit felles mål. Sjå elles til slutt i dette kapittelet meir om IP.

Nedanfor er ei oversikt over korleis plangruppa vurderer at Ål kommune ivaretek ansvaret om å ha eit koordinert og oversiktleg system. Det er naturleg å skilje mellom fire brukargrupper, 1) barn og unge, 2) vaksne, 3) eldre og 4) pasientar utskrivne frå sjukehus. Vidare er det naturleg å skilje mellom a) meldingar om behov, b) kartlegging og utgreiing, og c) oppfølging over tid.

5.2.5.1 Meldingar om behov

Status

Regelverket krev at kommunane har eit samla system som sikrar at alle meldingar om behov for langvarige og samansette tenester, vert teke hand om. I dag er situasjonen i Ål som følgjer:

Barn og unge	Meldingar om behov vert kanalisert til KE.
Vaksne / eldre	Meldingar vert kanalisert til tildelingsteamet, gjerne på søknadsskjema som ligg på heimesida/servicekontoret. Meldingar om behov kjem frå brukaren sjølv, frå pårørande eller via helsepersonell.
Utskrivne frå sjukehus	Meldingar vert sendt over elektronisk meldingssystem (PLO-meldingar) gjennom heile døgnet. Desse vert teke mot og handtert på Gjestetunet og i heimetenesta. PLO-meldingar kan omhandle tenester frå andre avdelingar, som heimetenester, psykisk helse, ergo- og fysioterapi og helsestasjonen. I tillegg vert ofte behov presentert telefonisk eller gjennom epikrise.

Utfordringar

I høve til nasjonale krav, har kommunen ei utfordring i todelinga av adresseringa ut frå alder. Dette er ein fylgje av at KE ikkje har avsett ressursar som gjer at dei kan greie å ta hand om særleg fleire brukarar enn barn og unge.

PLO-meldingssystemet er eit vedteke og etablert system for pasientar i utskrivingsfasen frå sjukehuset. Det er likevel store utfordringar i den praktiske bruken. Kommunen må betre sikre at meldingar til andre tenesteytarar enn Gjestetunet og heimetenesta ikkje vert forseinka eller blir borte før dei kjem fram til ansvarleg instans.

Tiltak

Dei tiltak som er ført opp under kap. 5.2.3 vil avhjelpe dei utfordringar som ein ser på dette området. I tillegg vil plangruppa foreslå følgjande tiltak:

- *Tiltak 5.2.5A Kommunalsjefen må sikre at det vert utarbeidd og helde ved like rutinar som sikrar at PLO-meldingar utan unødig tidsspill kjem fram til ansvarlege instansar.*

5.2.5.2 Kartlegging og utgreiing

Status

Så snart eit behov er meldt, skal dette behovet kartleggast eller utgreiast. Svært mange av dei behov som blir meldt, har ikkje nokon tverrfagleg karakter, og dei vert handtert innanfor dei ulike avdelingar. Til dømes vert melding om psykiske vanskar utgreidd ved avd. psykisk helse og rus og behov for pleietiltak vert utgreidd innanfor omsorgstenestene. I denne samanheng er vi opptekne av dei brukarane som har langvarige, samansette og tverrfaglege behov. Det må sikrast at desse vert møtt og utgreidd systematisk og likt uavhengig av kva helsepersonell som møter dei. Dette krev at ein har kartleggingsverktøy som er vedtekne og som kan brukast på tvers av avdelingsgrenser og instansar. I dag er situasjonen i Ål som følgjer:

- | | |
|------------------------|--|
| Barn og unge | - KE tek ansvaret for kartlegging og utgreiing av brukarar som er meldt til KE. |
| Vaksne og eldre | - Oppsøkande team har eit kartleggingsansvar i høve til brukarar med samansette behov, i hovudsak eldre pasientar. Teamet har eit hovudansvar for utgreiing av demens. Oppsøkande team har kartleggingsverktøy. |
| | - Rehabiliteringsteam har ei noko uklar rolle og målgruppe i dag. |
| | - Tildelingsteamet handsamar ei rekke saker der Oppsøkande team ikkje har vore inne i biletet og der ein vurderer behovet avgrensa til omsorgstenester. Ansvarssjukepleiarane i heimetenesta gjer også kartleggingar og utgreiingar. |
| | - Tverrfagleg kartlegging og utgreiing på institusjon skjer på Gjestetunet. |
| Utskrivne frå sjukehus | Gjennom PLO-meldingar får kommunen ei form for «bestilling» av tenester frå spesialisthelsetenesta. Ofte viser det seg at pasientane må ha ei ny kartlegging ut frå ei kommunal funksjonsvurdering. Ei slik kartlegging må skje umiddelbart etter utskriving frå sjukehuset. |

Utfordringar

- Erfaring viser at auka bruk av kartleggingsverktøy betre kan synleggjera tverrfaglege behov. Dette ville også sikre ei meir likeverdig sakshandsaming i Tildelingsteamet og vere til hjelp i KE.
- Der sektoren får spørsmål eller søknad om omsorgsstønad, er det behov for ei ansvars plassering av kartlegginga, ajourførte kriteriar og bruk av kartleggingsverktøy.
- Kommunen har ikkje noko system for å ivareta ei tverrfagleg tilnærming og kartlegging av behov ved utskriving av pasientar til heimen frå sjukehuset. Dette er ei problemstilling som ikkje er avgrensa til Ål. Samhandlingsreformen har tydeleggjort behovet for ei større vektlegging av det kommunale systemet for mottak av utskrivne, ofte dårlege sjukehuspasientar.
- Rehabiliteringsteamet si rolle må tydeleggjerast.

Tiltak

Tiltak 5.2.2 om rehabiliteringsteamet er nødvendig for å tydeleggjere dette teamet si rolle. Rehabiliteringsteamet bør få ansvaret for kartlegging og utgreiing av vaksne med langvarige og samansette behov, dette vil ofte vera yngre brukarar og brukarar som framleis har eit potensiale i høve til arbeidslivet. Vidare vil plangruppa føreslå fylgjande tiltak:

- *Tiltak 5.2.5B Kommunalsjefen må sikre at kartleggingsverktøy som ein hovudregel vert brukt som grunnlag for sakshandsaming i Tildelingstemaet.*
- *Tiltak 5.2.5C Kommunalsjefen må sikre at ansvars plassering, kriterier og bruk kartleggingsverktøy kjem på plass i høve til omsorgsstønad.*

Det er ulike løysingar rundt om i kommunane for ei systematisering av mottaksfasen for pasientar utskrivne frå sjukehus og som har samansette og langvarige behov. Nokre av desse systema er omfattande med lange sjekklister og mykje dokumentasjon. Sektoren har vore meir interessert i eit system som er utvikla i Eidsberg kommune og som igjen bygger på ein kanadisk modell. Her vert

pasienten etter utskriving frå sjukehuset lagt inn på ei «virtuell avdeling» i kommunen. Det betyr at pasienten bur heime, men i dei to-tre første vekene etter sjukehusopphaldet vil pasienten ha ein dedikert sjukepleiar som har oppfølgingsansvaret, og ergo- og fysioterapeut og lege tilknytt denne virtuelle avdelinga. Pasienten er sikra ei rask vurdering og ei tett oppfølging i den første kritiske fasen etter heimkomst og ein sikrar at den ordinære heimettenesta og fastlegen tek over det vidare oppfølgingsansvaret på ein god og sikker måte.

I Å vil ergo- og fysioterapitenesta med den bemanninga ein har, kunne gå inn i dette arbeidet, sjukeheimslegen har sagt seg villig til å innlemme desse oppgåvene i sitt arbeidsområde. Men kommunen må ha ein sjukepleiar som kan ha koordineringsansvaret for tilbodet. Andre kommunar har her søkt etter sjukepleiarar med master i avansert klinisk sjukepleie, evt sjukepleiarar med vidareutdanning i geriatrikisk vurderingskompetanse. Eit overslag over talet på aktuelle pasientar tilseier at 2-4 pasientar til ei kvar tid vil ha behov for tett oppfølging i heimen.

- 5.2.5D *Ål kommune innfører virtuell avdeling som system for ivaretaking av pasientar i mottaksfasen etter utskriving frå sjukehus*

kr. 800'

5.2.5.3 Oppfølging og individuell plan

Status

Etter ei kartleggingsfase vil mange brukarar ha behov for tett oppfølging over lang tid, nokre gonger i eit livslangt perspektiv. Dei aller fleste kan ivaretakast frå ulike avdelingar i kommunen og gjennom fastlegeordninga. Men for nokre brukarar kan det enten i periodar eller over lengre tid vera behov for ei kontinuerleg, tverrfagleg oppfølging. Desse pasientane har etter lovverket rett til å ein personleg koordinator og arbeidet kan ofte med fordel organiserast gjennom ei ansvarsgruppe. Personleg koordinator og ansvarsgruppe er eit tilbod som brukaren kan seie ja eller nei til.

Likeeins har desse brukarane etter lovverket rett på ein individuell plan (IP). Dette er også eit tilbod som brukaren kan takke ja eller nei til. Bakgrunnen for lovpålegget om IP, var at ein såg at dei ulike tenesteytarane har ulike tradisjonar for planarbeid knytt til enkeltbrukarar. Til dømes har omsorgstenestene tiltaksplanar og oppvekstsektor individuelle opplæringsplanar (IOP). IP skal fungere som ein paraply over avdelingsvise planar og sikre felles målsetjingar og tiltak rundt brukaren. IP skal i motsetning til avdelingane sine arbeidsplaner vera brukaren sin plan der brukaren sjølv har fullt tilgjenge og eigne sider for notat. IP skal vera elektronisk og web-basert slik at alle tenesteytarar kan gå inn i planen. Det elektroniske plansystemet som vert brukt, heiter SAMPRO. Det er eit praktisk problem at spesialisthelsetenesta ikkje nyttar SAMPRO.

Barn og unge	KE har oppfølgingsansvaret for barn og unge med behov for samansette og langvarige tenester, dette ofte gjennom ansvarsgrupper.
Vaksne og eldre	Dei fleste vert fylgd opp av omsorgstenestene. KE har nokre få vaksne brukarar med behov for personleg koordinator og ansvarsgruppa.
Utskrivne frå sjukehus	Desse vert fylgd av fastlege og omsorgstenestene.

Utfordringar

- Utfordringane rundt det at KE vert sitjande som personleg koordinator overfor dei fleste av barn og unge med oppfølgingsbehov, er drøfta i kap. 5.2.3.
- Kommunen har ikkje tilstrekkeleg oversikt over og tilstrekkeleg system på tenestene til vaksne med betydeleg nedsett funksjonsevne og behov for samansette og langvarige tenester.

Tiltak

Tiltaka under kap. 5.2.3 vil ivareta desse behova. Det er liten tvil om behovet for å styrke KE og gjera KE i stand til å ha oversikt over andre grupper enn barn og unge.

a) Oversikt over meldingar, kartlegging og oppfølging.

Tabellen nedanfor gjev ein oversikt over ansvaret til dei ulike grupper i høve til ulike oppgåver og aldersgrupper. Tabellen syner berre hovudinndelinga. Det vil vere ulike forhold som gjev nyansar i denne oversikta med overlappande ansvar og oppgåver.

	Barn og unge	Vaksne	Eldre	Utskrivne frå sjukehus
Meldingar	KE	Bør bli KE	KE / Tildelingstemaet	PLO-meldingar
Kartlegging	KE	Rehab-teamet	Oppsøkande team	Sjukeheim og ei ny virtuell avdeling
Oppfølging	Ansvarsgrupper	Ansvarsgrupper	Fagpersonell	Fagpersonell

Fig. 5 Ansvars- og oppgåvefordeling i kommunen

5.2.6 Frivillige

Ål frivilligsentral

Ål frivilligsentral har ein del tilbod som kan vera aktuelle til menneske under rehabilitering, som besøksvenner, gåvenner og minnevenner. Det er også planlagt at kommunen skal setje i gang med aktivitetsvenner, men det er ikkje kome i gang enno. Middagsvenn har også vore ei aktuell problemstilling. Gåvenner inneber at det kjem ein frivillig og er med og går ein liten tur ute. Besøksvenner og minnevenner kan og evt legge inn noko aktivitet som vert gjort i lag. Middagsvenn kan koplast inn for å lage mat i lag, og ha eit fellesskap rundt måltidet, dette aukar appetitten.

Frivilligsentralen har og ulike aktivitetar som kan vera aktuelle i ulike stadium av rehabiliteringa. Seniordans er trim for hovud og kropp. Fleire av seniordansarane har tatt kurs i sittedans, så det vert vurdert å lage eit tilbod med sittedans. Frivillige frå sentralen kjem òg fast på avdeling Tunet og går tur eller trillar pasientar og bebuarar på avdelingane.

Frivillige lag og organisasjonar

Tilbod og tiltak frå frivillige lag og organisasjonar kan vera viktige i ein rehabiliteringsprosess, særleg der den sosiale rehabiliteringa er viktig. Sosial kontakt er viktig for kjensla av å bli sett, å høyre til og sjå meining med tilværet.

Likemannsarbeid

Likemannsarbeid er definert som samhandling mellom personar som opplever å vera i same båt, det vil seie i same livssituasjon, og der sjølve samhandlinga har som mål å vera ei hjelp, støtte eller ei veiledning partane i mellom.

Likemannsarbeidet kan arte seg på ulike måtar. Det kan vera uformelle møte mellom menneske med same livsutfordringar eller meir eller mindre organiserte grupper for å utveksle erfaringar. Det kan gjelde både brukarar og pårørande. Likemannsarbeidet er ofte tiltak som skjer i regi av pasientorganisasjonar. Dette er eit anna tilbod og dekkjer eit anna behov enn det fagpersonell kan bidra med. Utgangspunktet er at den som har skoen på, best veit kvar den trykker.

Eksempel på likemannsarbeid er hjelp til sjølvhjelps-grupper, samtalegrupper i regi av pasientorganisasjonar og erfaringskonsulentar som har hatt stort fokus i rusomsorga.

5.3 Samarbeid utanom kommunen

5.3.1 Samarbeid i høve til arbeid

Arbeid og aktivitet er ofte ein føresetnad for å leva eit godt liv. Og motsett så minner ordtaket oss om at «lediggang er rota til alt vondt». Dei aller fleste som i produktiv alder har nedsett funksjonsevne på grunn av sjukdom eller skade, ynskjer å ha arbeid som ein del av målsetjinga for å vinne attende eige liv. Arbeid er knytt til meistringskjensle, identitet, sjølvrealisering og meningsdanning. Gjennom arbeid har ein eit stabilt grep om tilværet og ein er del av eit fellesskap. Ein får venner og arbeidskollegaer. Arbeid verkar positivt inn på den sosiale funksjonsevna og kan motverke depresjon og keisamheit.

Det har lenge vore ei vanleg haldning om at ein må vera «frisk» før ein kan jobbe. Attføring til arbeid har vorte sett på som siste del i ein rehabiliteringsprosess. Dagens utvikling, med auka krav til tempo, effektivitet og kompetanse, fører til at personar med nedsett funksjonsevne får dårlegare mogelegheit til å klare seg på den opne arbeidsmarknaden. I tillegg til dette kjem ytre forhold knytt til stigmatisering og diskriminering.

Det vil ofte vera naudsynt med tett oppfølging av dei som skal ut i arbeidslivet for fyrste gong eller som har vore utanfor arbeidslivet ei lengre periode. Det er viktig å få til eit godt samarbeid mellom helsepersonell, rettleiar frå NAV, arbeidsgjevar, attføringsbedrifter, OT (oppfølgingstenesta) og eventuelle andre personar som følgjer opp tiltak og arbeid. Denne brukargruppa treng ein koordinator som fylgjer dei opp og som skapar tillit og motiverer dei. Det er ofte hensiktsmessig med ei ansvarsgruppe. Rehabiliteringsteamet vil ofte ha ei rolle i høve til desse brukargruppene. NAV lokalt er representert i Rehabiliteringsteamet.

NAV har tilbod om arbeidsretta rehabilitering. Arbeidsretta rehabilitering er eit tiltak som skal styrke arbeidsevna, og som gjennom rehabilitering skal gje hjelp til å meistre helserelaterte og sosiale problem som hindrar ein i å delta i arbeidslivet. I Hallingdal er Vinn og Fretex dei store tilretteleggarane av NAV sine arbeidsretta tiltak og tenester.

VINN AS Hallingdal er kommunane i Hallingdal si eiga arbeids- og inkluderingsbedrift. VINN driv arbeidsrelatert veiledning og opplæring og skal bidra til arbeidsinkludering for personar i Hallingdal som av ulike grunnar står utan arbeid, står i fare for å falle ut av arbeidslivet eller har usikre mogelegheiter til arbeid. VINN er såleis eit opplærings-, kompetanse- og ressursenter for arbeid. Hovudtyngda får arbeidsavklaring, kartlegging og utprøving ved arbeidsplassar / bedrifter både i privat og offentleg sektor, for andre nyttast interne opplærings- og treningsarenaer.

Fretex er Noregs største arbeids- og inkluderingsbedrift. Fretex tilbyr avklaring og kvalifisering til personar som av ulike årsakar har vanskeleg for å skaffe seg eller fungere i eit ordinært arbeid.

I tillegg til Vinn og Fretex er det både eit ynskje og eit behov for fleire «rause arbeidsplassar» med mogelegheit for arbeidsutprøving. Trenden i arbeidsretta attføring har dei siste åra meir og meir gått i retning av arbeidsutprøving ute i vanlege bedrifter. NAV har ulike støtteordningar som skal leggje til rette for dette. Den nye tilnærminga vert omtala som «place, - then train», i motsetning til den tradisjonelle tilnærminga «train, - then place». Såkalla parallelle løp, der arbeid og behandling/trening går hand i hand, er ofte ein suksessfaktor som bidreg til heilheit og progresjon for den enkelte. I den nye tilnærminga er inkluderingskompetanse eit nøkkelbegrep.

Inkluderingskompetanse består av sosialfagleg, helsefagleg og pedagogisk kunnskap om brukaren sitt behov for støtte og korleis ordinære arbeidsplassar kan brukast for at menneske med omfattande støttebehov skal utvikle seg i ein jobb. Ein ventar med andre ord ikkje på at brukaren ein dag er

såkalte «jobbklar» eller ferdig behandla. I staden ser ein arbeidsdeltaking som eit ledd i tilfriskinga. Ein kan ikkje rekne med at ordinære verksemder har den kompetansen som trengst for å inkludere dei med omfattande bistandsbehov. Avgjerande for denne type inkludering er derfor støtteapparatet si oppfølgingsevne.

Ål kommune vil som den største arbeidsgjevaren i kommunen og ein av dei største i Hallingdal, ha eit særleg ansvar for å opparbeide inkluderingskompetanse og leggje til rette for arbeidstrening. Tiltak i denne samanheng har i fleire år vorte etterlyst under omgrepet «rause arbeidsplassar», mellom anna i strategikonferansane i helse og omsorg. Både i 2016 og 2017 bad sektorutvalet om at den sentrale leiinga i kommunen prioriterte arbeidet med tilrettelagte eller rause arbeidsplassar, då dette er eit sektorovergripande tiltak. I 2017 har ein kome i gang med tiltaket Kafé Tid, der ein allereie har gode erfaringar. Plangruppa meiner likevel at det bør igangsetjast eit meir overordna planarbeid på dette feltet.

Tiltak

Rehabilitering er eit sektorovergripande arbeidsområde. Tilrettelegging for arbeidstrening og rause arbeidsplassar vil vera eit overordna kommunalt tiltak. Plangruppa finn det likevel rett å tydeleggjera behovet ved på leggje inn helse- og omsorgssektoren sin andel av eit slikt arbeid.

➤ *Tiltak 5.2.1 Plan og tilrettelegging for arbeidstrening og rause arbeidsplassar* kr. 500'

5.3.2 Interkommunalt – IMA, HSS

Hallingdalskommunane har i samarbeid med Ringerike sjukehus (RS) etablert ei felles døgnavdeling ved Hallingdal sjukestugu (HSS). Ein kallar avdelinga for ei intermediæravdeling (IMA), altså ei avdeling som ligg midt mellom sjukehus og kommunar. Dette er eit unikt tilbod i landssamanheng. Den felles døgnavdelinga vart opna i sept. 2016 og vert drifta av RS i eit spleiselag med kommunane i Hallingdal. Avdelinga har 10 spesialisthelsetenestesenger og 10 interkommunale senger, herunder 3-4 plassar avsett til korttids- og langtidsrehabilitering. Kommunane har såleis allereie lagt ei ramme for ei felles rehabiliteringseining for kompetansekreivjande rehabilitering.

Dei avsette rehabiliteringsplassane ved HSS gjev kommunane ei ramme, men innhaldet kjem ikkje av seg sjølv. Plassane har etter oppstart hatt for låg utnyttingsgrad. Ein manglar eit systemisert pasientforløp frå sjukehus via HSS til heimkommune og til pasienten sin heim, ein har behov for å styrke og strukturere rehabiliteringsarbeidet ved HSS, det er behov for å styrke rehabiliteringsarbeidet ute i dei enkelte kommunane og ein treng ei bevisstgjerjing om læring og meistring og brukarmedverknad som ein del av rehabiliteringsarbeidet. Alt dette går inn i målsetjingane til *Prosjekt Innovativ rehabilitering i Hallingdal* som Hallinghelse tok initiativ til. Her fekk ein statleg støtte tilsvarande 1,34 mill. og prosjektet starta opp 01.10.2017.

Gjennom prosjektet vil kommunane verta i stand til å gje tilnærma likeverdige rehabiliteringstilbod til sine innbyggjarar i dei seks ulike kommunane.

Prosjektet vil bidra til:

1. Byggje opp kvalitet og kompetanse kring rehabilitering både i den enkelte kommune og ved HSS.
2. Kvalitet skal utviklast blant anna med felles kvalitetsdagar for kommunane og HSS. Stikkord her er «*nærkompetanse*»; hospitere og lære av *suksesshistorier i Hallingdal, kulturbygging/-ending*, fokus på *pasientsikkerheit* for å unngå feil og skader i pasientbehandlinga og betre *samarbeid/samhandling* mellom kommunar og mellom kommunane og HSS.
3. Læring og meistring for pasientar og pårørande må integrerast som ein naturleg del av rehabiliteringsforløpet.

Systematiserte pasientforløp

Eit viktig arbeid blir å utvikle pasientforløp for rehabilitering i Hallingdal. Prosjektet vil i oppstarten bidra til følgjande forløp (både subakutte forløp og elektive pasientar):

- a) Hjerneslag
- b) KOLS
- c) Funksjonssvikt hos eldre

Hjerneslag er ei pasientgruppe der rehabilitering kan vera avgjerande viktig. Statusrapporten «[Hjernehelse](#)» utgitt av Helsedirektoratet i 2017, viser stor variasjon i rehabiliteringstilbodet til slagpasientar. Førekosten av hjerneslag hos eldre har hatt ein nedgang, samtidig som ein ser auke av antal hjerneslag blant unge. Slagamma og pårørande har eit stort og langvarig hjelpebehov frå ulike tenester. Afasiforbundet har slått alarm om at kommunane i Noreg har manglande tilbod til personar med afasi/språkvanskar etter hjerneslag. Alle kommunane i Hallingdal inkludert HSS manglar logopedtilbod til afasipasientar.

Kommunane i Hallingdal melder om eit behov for samling av kompetanse ved HSS vedrørende hjerneslag og rehabilitering for både subakutte og kroniske tilstander, herunder bistand med nevropsykologiske utgreiingar av kognitiv dysfunksjon.

KOLS er ein alvorleg sjukdom som om nokre år vil vera den tredje vanlegaste dødsårsaka. [Nasjonalt helseatlas](#) viste nyleg at ikkje alle KOLS-pasientar får eit likeverdig rehabiliteringstilbod. Det er behov for å auke og samle kompetanse ved HSS og styrke tilbodet til denne pasientgruppa i Hallingdal.

I åra framover vil det bli ei auke i talet på eldre med komplekse sjukdomar som treng tverrfagleg kartlegging, behandling og rehabilitering etter ulike svikt i funksjon. Prosjektet ynskjer å sjå nærare på korleis ein kan utvikle og betre rehabiliteringstilbodet til eldre med funksjonssvikt i Hallingdal.

Brukarane skal involverast på eit tidlig tidspunkt både på systemnivå og på individnivå. «Kva er viktig for deg?» skal vera hovudfokus både ved utvikling av rehabiliteringstenestene og i eit rehabiliteringsarbeid kring den enkelte brukar/pasient i Hallingdal.

Diagnoseuavhengige pasientforløp

I det nasjonale arbeidet med pasientforløp har det vist seg at ei av utfordringane er knytt til dei ulike kulturar og tilnærmingar i spesialisthelsetenesta og i kommunal helse- og omsorgsteneste. Spesialisthelsetenesta organiserer pasientar etter diagnose og vil gjerne laga diagnosespesifikke rutinar og retningslinjer for pasientforløpet. I den kommunale omsorgstenesta er dette ei heller ukjent tilnærming. Her er ein vant til å tenkje funksjon og ivareta alle dei utfordringar pasienten står i, uavhengig av talet på enkeltdiagnosar. Forsking har vist at ein gjennomsnittleg brukar av heimesjukepleien har mellom 4 og 5 diagnosar (Ref: A. Grimsmo). Ein sjukepleiar i heimetenesta vil i ein kommune med 5000 innb. i snitt kvart år møte: 0,5 pas. med KOLS, 0,3 pas. med hjartesvikt, 0,2 pas. med slag og 0,4 pas. med hoftebrot (Ref: A. Grimsmo). Dette betyr både at

- retningslinjer for den kommunale rehabiliteringa må vera diagnoseuavhengige, og at
- kommunane treng å samarbeide og samle kompetanse for dei vanlegaste enkeltdiagnosane.

Samarbeid

Det er eit mål i prosjektet å bidra til betre overgang frå spesialisthelsetenesta til kommunane for dei komplekse pasientane i Hallingdal. Prosjektet skal være ein pådrivar i å styrke samarbeid i rehabiliteringsarbeidet både internt i HSS og mellom HSS og dei ulike kommunane. Kommunane ynskjer meir utadretta tenester og oppfølging frå spesialisthelsetenesta og HSS ved overføring av komplekse pasientar til heimkommunen. Dette er i tråd med [opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering](#).

For å lette samhandlinga rundt den enkelte pasient må det utviklast ein oversikt over tenester og kontaktpersonar i dei ulike kommunane og ved HSS. Ved overføring av kompetanse og veiledning, f.eks. ved overføring av pasientar, kan i større grad IKT-løysingar takast i bruk og også videokonferansar. Det vert tilrådd at alle kommunar har tilgang til videokonferanseutstyr.

Framlegg til tiltak

- *Tiltak 5.2.1A Kommunalsjefen vert beden om å leggje til rette slik at kommunen aktivt kan støtte opp under arbeidet i «Prosjekt Innovativ rehabilitering i Hallingdal».*
- *Tiltak 5.2.1B Tilsetjing av / avtale med logoped i samarbeid med andre kommunar i Hallingdal og med Hallingdal sjukestugu. Ål sin andel.* *kr. 200'*

5.3.3 Spesialisthelsetenesta

Status

Spesialisthelsetenesta har ansvaret for spesialisert habilitering og rehabilitering. Innan rehabilitering er dette tilfelle av særleg kompleks art, og gjerne i akutte fasar og ved betydelige endringar i funksjonsnivå, f.eks. til pasientar med:

- progredierende nevrologiske tilstander,
- nevrologiske tilstander som CP,
- hjerneslag med komplekse utfall,
- spinalskade, traumatisk hovudskade,
- amputasjonar, multitraumer,
- sjeldne sjukdomar og tilstandar.

Tiltak frå spesialisthelsetenesta må omfatte både utgreiing, behandling, veiledning og opplæring.

Rehabilitering er i ei brytningstid der oppgåver og ansvar vert overført frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta, sjå fig. 1 og fig. 2.

Utfordringar

Ansvarsfordelinga mellom spesialistnivå og kommunalt nivå vert opplevd uklar. Vestre Viken Helseforetak har ikkje noko tyngdepunkt eller base for sitt rehabiliteringsarbeid. Innhald og omfang av tidleg og tilstrekkeleg rehabilitering varierer mellom avdelingar og sjukehus og gjer samarbeidet utfordrande. Frå si side opplever helseforetaket at det er svært varierende kva kommunane kan stille opp med i dei enkelte pasientforløp.

For brukarane vert dette ofte opplevd som svikt i koordinering av tenestene mellom dei ulike nivåa. Dette gjeld alle brukargrupper i alle aldrar. Mykje har sin bakgrunn i forskjellane i dei overordna tilnærmingar til rehabiliteringa. I helseforetaka er pasientforløpa beskrive i behandlingsslinjer som er diagnosespesifikke, medan ein i kommunane ser pasientforløpa meir diagnoseuavhengige og knytt til funksjon og funksjonsnivå.

I Ål har ein god struktur og tilstrekkeleg kompetanse til å utvikle gode rehabiliteringsforløp for dei fleste pasientar, sjølv om ein manglar enkelte viktige samarbeidspartar i helse- og omsorgstenesta, til dømes logoped. Ein opplever imidlertid manglande kommunikasjon mellom spesialisthelsetenesta og kommunen, både under opphald ved sjukehus og i utskrivingsfasen.

Det opplevast også som ei stor utfordring å vera distriktskommune i samarbeid med dei sentraliserte tenestene i helseforetaket. Det synest lettare å få til samarbeid og veiledning rundt enkeltbrukarar i meir sentrale kommunar. Til dømes har avd. miljøterapi hatt store vanskar med å få dei spesialiserte habiliteringstenestene til å gjennomføre veiledning og opplæring gjennom videokonferanse som arbeidsmetode.

Framlegg til tiltak

Ein reknar med at Prosjekt Innovativ rehabilitering i Hallingdal vil betre samarbeidet og kommunikasjonen med spesialisthelsetenesta. Ein viser elles til tiltak 4.2.2.

5.3.4 Private institusjonar

Spesialisthelsetenesta har avtale med ei rekke private rehabiliteringsinstitusjonar, t.d. Vikersund Kurbad og Unicare Hokksund. Spesialisthelsetenesta sender ofte pasientar dit etter avslutta sjukehusopphald. Fastlegar kan også søke pasientar til slike rehabiliteringsopphald. Då går søknaden via Vestre Viken HF og føretaket dekkjer opphaldet.

Det er stor variasjon i bruken av private rehabiliteringsinstitusjonar, både mellom ulike sjukehus og avdelingar i Vestre Viken og mellom kommunane. Det er dessutan ei stor ulempe at pasientar må vera sjølvhjelpne før dei kan nytte seg av desse tilboda. Dette gjer at dei dårlegaste pasientane ofte fell mellom mange stolar, dei har eit stort rehabiliteringsbehov men spesialisthelsetenesta vil ikkje gje det, dei private rehabiliteringsinstitusjonane kan ikkje gje det fordi pasientane er for dårlege og kommunen har ofte ikkje tilstrekkeleg kompetanse og kapasitet til å ta i mot pasienten.

Hallingdal har i samanlikning med søre delar av Buskerud liten tradisjon på å bruke private rehabiliteringsinstitusjonar. Nokre pasientar vert søkt inn av sine fastlegar. Dei som får tilbodet, er som regel godt nøgd med intensiv rehabilitering over fleire veker opphald. Men for mange av pasientane kunne ein fått til eit tilsvarande opplegg i eigen kommune. Kommunane får overført dei dårlegaste, mest ressurskrevjande pasientane.

Vestre Viken har varsla ein gjennomgang i bruken av private rehabiliteringsinstitusjonar. Det er eit ynskje om at desse institusjonane går i retning av meir spesialisert rehabilitering og såleis for framtida vert lite aktuelle for dei brukargruppene der også kommunen bør kunne gje tilbod.

Ergo- og fysioterapitenesta i kommunen opplever lite samarbeid med dei private institusjonane. Pasientane kjem sjølve til ergo- og fysioterapiavdelinga med ei epikrise frå institusjonen og behov for oppfølging etter avslutta opphald.

5.3.5 Tredjelinetenesta

Tredjelinetenesta er landsdekkande, spesialiserte institusjonar innan rehabilitering. Eksempel er Sunnaas sjukehus, Beitostølen helsesportsenter og Catosenteret.

Tredjelinetenesta jobbar mykje tverrfagleg med samansette og til dels komplekse pasientar. Pasientane får ofte utpeikt eigne koordinatorar eller kontaktpersonar i tredjelinetenesta. Desse tek kontakt med KE eller pasienten sin kontaktperson/koordinator i kommunen. Slik er det enklare å finne fram i systemet og å ha ein dialog mellom nivåa undervegs.

Ved utskriving av komplekse pasientar tek gjerne tredjelinetenesta initiativ til ei overføringssamtale pr. telefon eller ein videokonferanse der alle aktuelle tenesteytarar frå kommunen, samt teamet som har jobba rundt pasienten på sjukehuset deltek. Dette er svært nyttig. Ein får gjort nødvendige avklaringar og førebuingar slik at kommunen er godt rusta til pasienten kjem heim. Pasienten får i tillegg med seg ei tverrfagleg epikrise frå sjukehuset/institusjonen.

Utfordringar

Pasienten kjem ofte attende til kommunen med epikriser med klare bestillingar frå spesialisthelsetenesta om type behandling, intensitet, hjelpemidlar m.m. Det er ikkje alltid at dei tilsette i kommunen som kjenner pasienten frå før, er einige i vurderinga og tiltaka som er foreslått. Ein ser også eksempel på at ein i kommunen ikkje har kompetansen eller ressursane som skal til for å følgje opp dei føreslåtte tiltaka. Pasienten kjem attende til kommunen med ei klar forventning om kva som skal skje vidare. Difor kan dialogen med tredjelinetenesta bli endå betre.

Det er ofte manglande oppfølging frå tredjelinetenesta i etterkant av opphaldet. Det gjeld lovnad om rettleiing av personell i kommunen og oppfølging av pasienten sjølv. Henvisningar vidare i systemet som sjukehuset/institusjonen tek på seg, blir ofte ikkje fylgd opp.

Det er ofte usikkert kven i tredjelinetenesta eller spesialisthelsetenesta som har ansvaret for pasienten etter avslutta opphald. Spesialisthelsetenesta er diagnosestyrte og det hender at pasienten blir ein kasteball i systemet og ikkje får den hjelpa som er etterspurt. Dette er også ein stor frustrasjon for tilsette i kommunen som treng råd og rettleiing og som ikkje sit med den kompetansen som er påkravd for å kunne gje nødvendig behandling.

Plangruppa har ikkje konkrete tiltak på dette området. Men det vil delvis verte dekkja av tiltak 4.2.2.



6. Kompetanse

6.1 Basiskompetanse innan habilitering og rehabilitering

For å kunne imøtekoma eit breitt behov for naudsynt sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering med tenester av god kvalitet, er det behov for å styrke grunnleggjande kompetanse. Dette vil særleg vera aktuelt på fylgjande område:

a) Kvardagsrehabilitering

Det er politisk vedteke i kommunen at kvardagsrehabilitering skal vera den grunnleggjande tilnærminga omsorgstenestene møter brukarane med. Dette krev ei kulturendring i store delar av tenesteapparatet. Det krev at personellet i større grad ser på seg sjølv som pedagog enn som ein hjelpar. Brukaren sjølv må setje sine mål – «kva er viktig for deg?»

- *Tiltak 6.1.A Kommunen skal legge til rette med fagdagar om kvardagsrehabilitering for alle tilsette i helse- og omsorgstenestene. Kvar avdeling skal i tillegg setje eit måltall for kor stor del av personalet som skal ha gjennomført e-læringskurs i kvardagsrehabilitering. Det skal også leggjast til rette for dei som ynskjer vidareutdanning.*

b) Tverrfagleg samarbeid

Arbeid innan habilitering og rehabilitering er tverrfagleg. Det å arbeide tverrfagleg er noko anna enn å arbeide fleirfagleg. Det krev at ein utarbeider felles målsetjingar og bidreg med fagkompetanse inn i ein felles prosess. Det er viktig å styrke kompetansen på dette.

- *Tiltak 6.1.B Kommunen skal legge til rette med fagdagar om tverrfagleg samarbeid.*

c) Velferdsteknologi

Framtida krev nye arbeidsmåtar. Aktiv bruk av velferdsteknologi krev både kunnskap og vilje til å gjera ting på nye måtar. Omsorgsavdelingane treng både ei generell styrking av kompetansen om velferdsteknologi og ei meir omfattande opplæring av nøkkelpersonell. Dette siste kan gjerast gjennom Velferdsteknologiens ABC som legg opp til individuelle studiar og grupperetta gjennomgangar. Ein del av dette arbeidet vil bli koordinert på tvers av Hallingdal gjennom Prosjekt velferdsteknologi.

- *Tiltak 6.1.C Kommunen skal leggje til rette både for breiddeopplæring og opplæring for nøkkelpersonell innan velferdsteknologi. Det skal også leggjast til rette for dei som ynskjer vidareutdanning i velferdsteknologi.*

d) Habiliterings- og rehabiliteringsfagleg kompetanse

Nøkkelpersonell i dei ulike avdelingar bør også få tilbod som kan styrke sentrale temaområde i den habiliterings- og rehabiliteringsfaglege kompetansen. Dette kan gjerast både som fagdagar, e-læring og temasamlingar, opplæring via videokonferanse og som avdelingsvis internopplæring. Dette gjeld til dømes generell prosesskompetanse, endringskompetanse, brukarmedverknad, Individuell plan og koordinering. Ein treng også å styrke kompetansen om trening, stimulering og meistring mellom anna i høve til ADL, kognitive prosessar og sosioøkonomiske forhold.

- *Tiltak 6.1.D Kommunen skal i si opplæringsplan vektleggja sentrale tema innan habilitering og rehabilitering.*

e) Læring og meistring

Kommunal helse- og omsorgsteneste driv dagleg med lærings- og meistringsarbeid, men som regel utan å setje denne merkelappen på det. Både lovverk og sentrale føringar krev ei bevisstgjerjing rundt lærings- og meistringstiltak som ledd i rehabiliteringsarbeidet. Dette krev ei generell styrking av kompetansen innan læring og meistring. Dette kan både gjerast gjennom individuelle e-læringskurs og gjennom fagdagar og temasamlingar.

- *Tiltak 6.1.E Kommunen skal i si opplæringsplan vektleggje læring og meistring.*

6.2 Fagspesifikk kompetanse

Sentrale profesjonar i habilitering og rehabilitering er ergoterapeutar, fysioterapeutar, legar, psykologar, sosionomar, sjukepleiarar og vernepleiarar. I tillegg er det behov for kompetanse frå logoped og audio- og synspedagog. Kompetanse innan ernæring kan også vera sentralt for mange brukargrupper. Helsefagarbeidarar er også sentrale ressursar, ikkje minst innan kvardagsrehabilitering og velferdsteknologi.

Ål kommune har ikkje tilgang på logoped, audio- og synspedagog eller klinisk ernæringsfysiolog innan helse- og omsorgstenesta. Sjølv om denne kompetansen ofte vert etterspurt, er ikkje dette tilstrekkeleg til å kunne opprette kommunale stillingar. Denne kompetansen må derfor kjøpast. Det kan også vere aktuelt å opprette interkommunale stillingar, gjerne i samarbeid med VVHF.

Ål kommune har fleire tilsette med etter- og vidareutdanning innan område som er relevante for habilitering og rehabilitering. I tillegg bør kommunen vera open for å legge til rette for dei av personellet som ynskjer å gjennomføre dette. I tillegg er det viktig å byggje opp realkompetanse gjennom erfaring knytt til spesifikke pasientgrupper eller tilstander, og aktivt bruke denne kompetansen gjennom kollegabasert veiledning og opplæring.

Tilleggskompetanse og erfaring kan personell også oppnå gjennom hospitering. Særleg aktuelt kan det vera med hospitering ved intermediæravdelinga ved Hallingdal sjukestugu og tredjelineinstitusjonar.

- *Tiltak 6.2.A Kommunen skal aktivt leggje til rette for ordningar som gjev betre tilgang på logoped, audio- og synspedagog og ernæringsfysiolog.*
- *Tiltak 6.2.B Kommunen skal leggje til rette for etter- og vidareutdanning og hospitering innan habilitering og rehabilitering.*

6.3 Kostnader knytt til styrking av kompetanse

Dei fleste tiltak i kap. 6.1 og 6.2 vil ha ein kostnad. Det er vanskeleg å setje opp spesifikke kostnader, då dette er svært avhengig av korleis ein reknar utgiftene. Skal det til dømes reknast som ein kostnad at personell vert pålagt kurs og fagdagar i arbeidstida? Skal det reknast som ein kostnad at ein må leige inn vikarar for personell i turnus som er borte på kurs? I tillegg er det ei rekke kompetansemidlar sentralt som kommunen kan søke om til å dekke ulike kompetansestyrkande tiltak, mellom anna frå Fylkesmannen. Det er også eksempel på at interkommunale tiltak har innebygd kompetanseheevande tiltak, til dømes innan velferdsteknologi og Prosjekt innovativ rehabilitering i Hallingdal.

Det er likevel slik at ei prioritering av å styrke kompetansen innan rehabilitering vil koste. Plangruppa viser til Helse- og omsorgsplan 2018-2021 der sektorutvalet i sine prioriterte tiltak og som punktet med tredje høgast prioritet har bedt om at det vert sett av pengar til kompetanseheevande tiltak. I den grad tilrådingane i plan for helse og omsorgstenester ikkje skulle bli innarbeidd i budsjett 2018, vert dette punktet teke opp att her:

➤ *Tiltak 6.3 Kompetanseheevande tiltak*

kr. 600'

7. Handlingsplan

7.1 Prioriterte tiltak i planperioden

7.1.1 Kostnadskrevjande tiltak

Plangruppa har prioritert dei kostnadskrevjande tiltaka som eit foreløpig signal både til administrativt og politisk nivå. I det vidare arbeidet må kostnadskrevjande tiltak vurderast i dei ordinære budsjettprosessane. Såleis vil den endelege drøftinga rundt prioriteringane i denne planen opp mot andre behov i sektoren, koma i arbeidet som fører fram til strategikonferansen våren 2018. Den endelege politiske prioriteringa vil koma i sektorutvalet sitt møte i mai 2018 der sektorutvalet legg strategikonferansen til grunn.

Pri	Nr.	Tiltak i prioritert rekkefylgje	Kostnad
1	5.2.3A	Styrking av koordinerande eining tilsvarande rådmannen si tilråding i 2013, helse og omsorgssektor sin andel	150'
2	5.2.1	Styrking av oppsøkande team tilsvarande bemanninga då teamet starta	300'
3	5.2.6	Plan og tilrettelegging for arbeidstrening og rause arbeidsplassar	500'
4	4.7.1	Organisere arbeidet med velferdsteknologi og setje av driftsmidlar	400'
5	6.3	Kompetansehevande tiltak	600'
6	4.9.1	Styrke, systematisere og organisere arbeidet med læring og meistring	400'
7	4.1.1	Aktiv ung inn på driftsbudsjettet som fast tiltak	100'
8	5.2.1B	Tilsetjing av / avtale med logoped i samarbeid med andre kommunar i Hallingdal og med Hallingdal sjukestugu. Ål sin andel.	200'
9	5.2.5D	Ål kommune innfører virtuell avdeling som system for ivaretaking av pasientar i mottaksfasen etter utskrivning frå sjukehus	800'
10	4.8.1	Styrking av personellet ved dagsenteret med 0,6 stilling. Dette ville kunne gje utvida opningstider og nye aktivitetar.	400'
11	4.1.2	Tilsetjing av klinisk ernæringsfysiolog i samarbeid med HSS og andre kommunar i Hallingdal	200'
12	4.6.2	Tilstrekeleg budsjett til å supplere korttidslageret fortløpande	200'
		SUM	kr. 4.250'

Fig. 6 Tabell som samanfattar kostnadskrevjande tiltak i planen og gjev plangruppa si prioritering.

7.1.2 Ikkje kostnadskrevjande tiltak

Planen set opp ei rekke prioriteringar som må innarbeidast i sektoren sine målsetjingar og tenester, men som i seg sjølv ikkje har nokon kostnad knytt til seg, eller der kostnaden vert dekkja gjennom andre tiltak. Plangruppa vil særleg lyfte fram fire område og peike på at desse bør ha snarleg prioritet, ein viser til fig. 7 nedanfor. I fig. 8 på neste side er dei ikkje kostnadskrevjande tiltaka som er nemnt i planen, samla.

Nr.	Særleg prioriterte område
1	Kvardagsrehabilitering (Tiltak 4.5.1, 4.5.2 og 6.1.A)
2	Prosjekt Innovativ rehabilitering i Hallingdal (Tiltak 4.2.2, 4.2.3 og 5.2.1A)
3	Velferdsteknologi (Tiltak 4.7.3 og 6.1.C)
4	Universell utforming i nærområdet til helsetunet (Tiltak 4.10.1)

Fig. 7 Tabell som lyfter fram område som bør prioriterast tidleg i planperioden

Nr.	Tiltak
4.1.3	Frisklivssentralen sin plass i rehabiliteringsarbeidet må avklarast.
4.1.4	Sterkere fokus på oppfølging / veiledning til foreldre med barn med store og omfattande behov – gjerne som interkommunale tiltak
4.2.1	Plan for legeteneste 2015-2018 skal rullerast i i løpet av 2018. Habilitering og rehabilitering må her få ei større merksemd, dette i samsvar med auka ansvar til kommunane.
4.3.1	Interkommunalt samarbeid om å bygge rehabiliteringskompetanse ved dei kommunale plassane på IMA, HSS.
4.3.2	Avklare ansvars- og oppgåvefordelinga med spesialisthelsetenesta og styrke og systematisere dialogen, herunder veiledning og ambulante tenester.
4.3.3	Planlegge ei utviding av kommunen sine heildøgns tilbod til unge med nedsett funksjonsevne.
4.4.1	Det bør nedsetjast ei arbeidsgruppe for å utgreie vidare behandlingsbasseng i Ål.
4.5.1	Styrke pleiepersonalet si tru på eiga betydning i rehabiliteringsarbeidet på sjukeheimen.
4.5.2	Større vekt på bruk av kartleggingsverktøy og systematiserte oppfølgingstiltak.
4.6.1	Betre og raskare system med tildeling av hjelpemidlar.
4.7.2	Det vert foreslått å endre namnet på «Dagsenter ergoterapi» til «Aktivitetssenteret», då ergoterapeutane ikkje har noko ansvar for dette tiltaket.
4.7.3	Kommunalsjefen vil igangsetje ei ny utgreiing for å sjå på uløyste behov for dagtilbod og få vurdert dagtilboda i kommunen under eitt.
4.8.1	Kvardagsrehabilitering som tenkemåte og tilnærming må tilleggast vekt i sektoren si interne opplæring.
4.8.2	Implementeringa av kvardagsrehabilitering som arbeidsmetode må vidareførast og styrkast i heimetenestene gjennom kompetanseheving og omprioritering.
4.9.2	Utvikle interkommunale tilbod med læring og meistring knytt til Hallingdal sjukestugu
4.10.3	Aktivt støtte opp om «Prosjekt velferdsteknologi i Hallingdal»
4.11.1	Styrke samarbeidet om barn og unge i samsvar med vedteken Plan for psykisk helse og rus.
4.11.2	Følgje opp tiltak retta mot vaksne i Plan for psykisk helse og rus, herunder styrking av kompetansen på alderspsykiatri i omsorgstenestene og utarbeiding av eit breitt samarbeidsprosjekt for IPS - individuell jobbstøtte.
4.11.3	Styrke oppfølginga av vaksne med store og samansette behov som ein del av FACT-etableringa ved Ringerike DPS.
4.11.4	Kommunen må sikre sosialfagleg kompetanse i helse- og omsorgssektor ved ei eventuell regionalisering av NAV i Hallingdal
4.12.1	Miljøterapitenestene står overfor store utfordringar med nye brukarar. Kommunalsjefen vil igangsetje eit planarbeid for avdelinga med ferdigstilling i 2018.
4.13.1	Det vert laga rutinar på at utviklingsavdelinga brukar ergoterapeut for fagleg rådgjeving i saker om universell utforming.
4.13.2	Det skal i kommunen innarbeidast ei prioritering av tiltak som legg til rette for universell utforming i nærområdet til helsetunet.
5.2.2	Rehabiliteringstemaet må revitaliserast og gjerast betre kjent i organisasjonen. Teamet bør utvidast med ein sjukepleiar frå omsorgstenestene med rehabiliteringskompetanse.
5.2.3B	Kommunalsjefen vert beden om å legge til rette for ei samlokalisering og eit tettare samarbeid mellom Oppsøkande team, Rehabiliteringsteamet, Tildelingsteamet og KE.
5.2.3C	Rådmannen vert beden om å ta initiativ til ein tverrsektoriell gjennomgang for å få utpeika personell som kan tilleggast ein koordinatorrolle.
5.2.5A	Kommunalsjefen må sikre at det vert utarbeidd og helde ved like rutinar som sikrar at PLO-meldingar utan unødige tidsspille kjem fram til ansvarlege instansar.

5.2.5B	Kommunalsjefen må sikre at kartleggingsverktøy som ein hovudregel vert brukt som grunnlag for sakshandsaming i Tildelingstemaet.
5.2.5C	Kommunalsjefen må sikre at ansvarsplassering, kriterier og bruk kartleggingsverktøy kjem på plass i høve til omsorgsstønad.
5.2.1A	Kommunalsjefen vert beden om å leggje til rette slik at kommunen aktivt kan støtte opp under arbeidet i «Prosjekt Innovativ rehabilitering i Hallingdal»
6.1.A	Kommunen skal legge til rette med fagdagar om kvardagsrehabilitering for alle tilsette i helse- og omsorgstenestene. Kvar avdeling skal i tillegg setje eit måltall for kor stor del av personalet som skal ha gjennomført e-læringskurs i kvardagsrehabilitering.
6.1.B	Kommunen skal legge til rette med fagdagar om tverrfagleg samarbeid.
6.1.C	Kommunen skal leggje til rette både for breiddeopplæring og opplæring for nøkkelpersonell innan velferdsteknologi.
6.1.D	Kommunen skal i si opplæringsplan vektleggja sentrale tema innan habilitering og rehabilitering.
6.1.E	Kommunen skal i si opplæringsplan vektleggje læring og meistring.
6.2.A	Kommunen skal aktivt leggje til rette for ordningar som gjev betre tilgang på logoped, audio- og synspedagog og ernæringsfysiolog.
6.2.B	Kommunen skal leggje til rette for etter- og vidareutdanning og hospitering innan habilitering og rehabilitering.

Fig. 8 Tabell som samanfattar naudsynte tiltak innan rehabilitering som ikkje er kostnadskrevjande eller der kostnaden ligg andre stader.



Aktivitet og samvær

7.2 Rehabilitering ut over planperioden

Kva utviklingstrekk er viktige når ein tenkjer rehabilitering dei neste 10-15 år? Plangruppa trur vi i alle fall må vera budd på fylgjande utfordringar:

Den demografiske utviklinga, pårørande og frivillige

Talet på eldre vert dobla fram mot 2050. Det betyr at eldre lever lenger med sjukdomane sine. Individuell fridom og krav til å kunne vere aktiv på ulike hald vil bli eit tydelegare krav i den generasjonen som no skal bli pensjonistar. Dette vil utfordre tenesteapparatet. Sentrale føringar vektlegg samarbeidet med pårørande og med frivillige lag og organisasjonar og meiner at dette er den einaste måten helse- og omsorgstenestene kan makte dei utfordringane som kjem.

Læring og meistring, kvardagsrehabilitering

Den enkelte borgar vil i framtida i større grad måtte ansvarleggjerast til å tileigne seg kunnskap og kompetanse til å meistre kvardagslivet mest mogeleg sjølvstendig og i samarbeid med pårørande og frivillige. Som nemnt ovanfor, vil den demografiske utviklinga gjera at kapasiteten i hjelpeapparatet vil bli sprengt. Dermed må også hjelpeapparatet endre haldningar og gå frå hjelparrollen til å vera pedagog og tilretteleggjar for den einskilde brukar.

Arbeids- og aktivitetslinja

Det er tydelege teikn i tida på at arbeidsutprøving, tilrettelagt arbeid, inkluderingskompetanse og arbeidsplikt vert sentrale begrep i velferdsordningane framover. Dette vil setje krav både til hjelpeapparatet i kommunen og til kommunen som organisasjon og arbeidsgjevar. Kommunen vil i langt større grad måtte prioritere arbeidsutprøving og tilrettelagt arbeid både for eigne tilsette og for innbyggjarane. Plangruppa tilrår at det på dette feltet vert igangsett eit overordna planarbeid.

Ansvars- og oppgåveoverføring frå spesialisthelsetenesta

Vi er berre i starten av ansvars- og oppgåveoverføringa frå spesialisthelsetenesta innan rehabilitering. Det er beskrive i styringsdokument korleis ein ser dette for seg, men i praksis opplever ikkje kommunane tyngda av desse oppgåvene enno. Kommunane må ruste seg for å ta meir utfordrande rehabiliteringsoppgåver og allereie no er staten klar på at dette krev kommunar med 20-50.000 innbyggjarar. For Hallingdal vil dette seie at ein må byggje opp spisskompetanse interkommunalt ved intermediæravdelinga og satse på dette tiltaket. Truleg vil behovet for rehabiliteringssenger ved IMA stige. Dette betyr behov for meir midlar til intermediæravdelinga når prosjektperioden for «Prosjekt Innovativ rehabilitering i Hallingdal» er avslutta. Samla sett blir dette likevel billigare for kommunane i Hallingdal enn å prøve å byggje opp spisskompetanse i kvar kommune.

Velferdsteknologi

Velferdsteknologi vil bli svært viktig for omsorgstenestene i åra frametter. Også innan rehabilitering vil velferdsteknologi gje nye mogelegheiter. Fysioterapeutane vil kunne fylgje pasientane si heimetrening over nett utan at pasienten treng å koma til helsesenteret. Ein har allereie på dette området noko erfaring i arbeidet med Parkinson-pasientar, der ein i Ål har utvikla ein app og ein minnepenn med fysiske øvingar og stemmetrening som deltakarane kan nytte seg av. Velferdsteknologien vil også i større grad dominere hjelpemiddeltildelingar i åra framover. Dette vil setje større krav til kompetanse både hjå det personellet som skal ha ansvar for utprøving og tilpassing, men også i omsorgstenestene generelt.

Kompetanse

Og endeleg vil alle desse utviklingstrekk krevje rekruttering av personell med kompetanse og vektlegging av kompetansestyrkande tiltak i organisasjonen. Berre ein utviklingsorientert organisasjon vil kunne gje tenester av tilstrekkeleg kvalitet til innbyggjarane.

8. VEDLEGG – Forkortingar og omgrep

ADL	Activity of daily living, eit internasjonalt omgrep for kvardagslivets aktivitetar
ALF II	Ei intern utgreiing i Ål kommune, helse og omsorgssektor, om lokalisering av ulike avdelingar og funksjonar i Helsetunet
BPA	Brukarstyrt personleg assistent, lovfesta rett for enkelte brukarar etter helse- og omsorgstenestelova § 3-2 for bistand av både praktisk og personlig art.
CP	Cerebral parese, ein medfødt tilstand med funksjonshemming av ulik grad
DPS	Distriktpsykiatrisk senter, ein del av spesialisthelsetenesta sitt tilbod. Næraste DPS er Ringerike DPS som også har ein seksjon ved Hallingdal sjukestugu
FACT	Flexible Assertive Community Treatment og kan oversetjast som fleksibel aktiv oppsøkjande behandling, ein arbeidsmodell innan psykiatrien
Gjestetunet	Korttidsavdelinga til Ål kommune på helsesenteret, 16 plassar
HC	Handicap, funksjonshemming
HSS	Hallingdal sjukestugu
IMA	Den intermediære sengeavdelinga ved HSS, der kommunane har 10 interkommunale sengeplassar saman med sjukehuset sine 10 plassar. Ringerike sjukehus driftar IMA.
ICDP	International Child Development Program er eit kurs for omsorgspersonar for å styrke omsorga og oppveksten for barn og unge
IOP	Individuell opplæringsplan, omgrep brukt i oppvekstsektor
IP	Individuell plan, lovfesta rett til ei overordna plan, sjå vidare forklaring s. 5
IPS	Individual Placement and Support, kunnskapsbasert oppfølgingsmetode som går ut på å hjelpe personar med psykisk sjukdom og eventuell rusproblematikk til å komme i og behalde ordinært arbeid
KE	Lovfesta koordinerande eining på kommunalt nivå, sjå vidare forklaring s. 5
KIB	Kurs i belastningsmeistring for vaksne
KID	Kurs i depresjonsmeistring
KOLS	Kronisk obstruktiv lungesjukdom
KS	Kommunenenes sentralforbund
LHL	Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
NAV	Den instansen som i Noreg ivaretek velferdsordningane
OT	Oppfølgingstenesta som har ansvar for oppfølging av elevar i vidaregåande skule som står i fare for å slutte i skulen
PLO	Pleie- og omsorg, i denne planen brukt om det elektroniske meldingssystemet innan omsorgstenestene i samarbeidet mellom sjukehusa og kommunane
RS	Ringerike sjukehus
SAMPRO	Elektronisk plansystem for individuell planlegging (IP)
SHO	Sektorutval for helse og omsorg
VINN	Eit opplærings-, kompetanse- og ressurscenter eigd av kommunane i Hallingdal
VVHF	Vestre Viken Helseforetak, omfattar Ringerike, Bærum, Drammen, Kongsberg og Blakstad sjukehus.