



Saksframlegg

Revidert plan for habilitering og rehabilitering 2013 - 2016

| Utv.saksnr | Utvalg | Møtedato |
|------------|---|------------|
| 10/13 | Eldrerådet | 11.02.2013 |
| | Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne | |
| | Tjenesteutvalget | |

Rådmannens forslag til vedtak:

Revidert plan for habilitering og rehabilitering for Søgne kommune 2013 – 2016 vedtas.

Bakgrunn for saken:

Planen ble utarbeidet i regi av helseenheten i 1998 og revideres nå for tredje gang.

Saksutredning:

Revisjon av denne utgaven er foretatt av kommunens koordinerende enhet, KE. Planen er tilpasset nytt lovverk og samorganisering med kommunens forvaltningstjeneste, FVT og KE.

I den kommende planperioden anbefales det i henhold til Samhandlingsreformens intensjoner at Søgne kommune implementerer hverdagsrehabilitering som en arbeidsform. Resultater fra Danmark og Sverige viser at det på sikt vil gi økt tilfredshet hos brukere og personal samt være ressursbesparende for kommunen.

Det anbefales videre at hverdagsrehabilitering forankres politisk for at en kan fatte vedtak om slike tilbud. En bør ha tidsbegrenset vedtak på tjenesten. Det er videre viktig at tilbudet forankres tydelig på det administrative nivået under KE /FVT.

Det bør videre være en klar linje fra politisk / administrativ ledelse til faglig ledelse. Det kreves en sterk og tydelig ledelse på tvers av tjenestesøyler og faggrupper (Kjellberg m fl 2012). Hverdagsrehabilitering forplikter samarbeid på en ny måte der yrkesgrupper må forstå og respektere hverandres roller og arbeidsoppgaver.

Det fordres god planlegging og kompetanseutvikling hos terapeuter / «motor-gruppen» og hjemmetjenesten / «hjemmetrenerne». Det tar tid å endre holdninger og en må derfor tenke langsiktig.

Den nye planen er tatt opp i møter med tjenestesjefene og enhetsledere for helsetjenesten, hjemmetjenesten, institusjonstjenesten og enhet for psykisk helsearbeid og habilitering med frist til uttalelse innen 02.01.13. Det er ikke kommet noen merknader.

Enhetsleders merknader:

Denne planen er tilpasset nytt lovverk og intern organisering. Planen vil være et ryddig verktøy for forankring og implementering av hverdagsrehabilitering i kommunen samt videreføring og -utvikling av eksisterende tiltak og metoder innen rehabiliteringsvirksomheten.

Rådmannens merknader:

Rådmannen har ingen merknader.

Vedlegg

1 Revidert plan for habilitering og rehabilitering 2013 - 2016

REVIDERT PLAN FOR HABILITERING OG REHABILITERING



Søgne kommune

Vedtatt i tjenesteutvalget ...

FORORD

I Stortingsmelding nr 16 (2010 – 2015) "Nasjonal helse- og omsorgsplan" og "Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011" legger regjeringen frem strategier for et mer systematisk og effektivt rehabiliterings- og habiliteringsarbeid på brukernes premisser.

Målet med denne meldingen er å fremme selvstendighet og deltagelse, og å medvirke til et verdig liv og like sjanser for mennesker med funksjonsproblemer eller kronisk sykdom. Den fokuserer på individrettede tiltak og tar utgangspunkt i å fremme personlig ansvar og egen mestring.

I "Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator" som trådte i kraft 1. januar 2012 stiller Loven krav om at kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringstjenesten.

Koordinerende enhet (KE) skal blant annet ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i kommunen og i helseregionen. Enheten skal være synlig og lett tilgjengelige og være kontaktpunkt for samarbeid for brukere og samarbeidspartnere.

KE skal sørge for at tjenester til brukeren sees i en sammenheng, og at det er kontinuitet i tiltakene over tid, uavhengig av hvem som har ansvaret. KE skal bidra til at de forskjellige tjenesteytere samarbeider ved planlegging og organisering av habiliterings- og rehabiliterings-tilbudene, og tilrettelegger for brukermedvirkning på individ- og systemnivå.

Enheten skal også være et sted å henvende seg, ha tydelig adresse og være et møtested for interne og eksterne samarbeidspartnere. Kommunen skal utvikle system som sikrer at tjenestene som tilbys og ytes er samordnet, tverrfaglige og planmessige samt at brukerperspektivet blir ivaretatt, for eksempel gjennom individuelle planer.

KE skal ta vare på andre oppgaver vedrørende tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid i kommunen gjennom hjelpemidler og ergonomiske tiltak. Her kan det innhentes bistand fra andre instanser og etater som NAV og NAV Hjelpemiddelsentral i Vest Agder.

Habilitering og rehabilitering bygger på samme ideologi og forståelse. Rehabilitering innebærer bedring eller gjenvinning av tapt funksjon etter sykdom / skade eller hindre forverring av funksjonsnivå. Habilitering betyr utvikling av funksjon for å mestre nye funksjoner etter medfødt eller tidlig sykdom og skade. Rehabilitering og habilitering er en prosess som strekker seg over flere faser og som krever innsats fra fagfolk på flere nivåer, både i og utenfor helsetjenesten.

Arbeidet med habilitering og rehabilitering i Søgne kommune har vært politisk forankret og nedfelt i egen plan siden 1998.

SAMMENDRAG

I løpet av planperioden 2008 – 2012 har vi videreført arbeidet med å implementere habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet i kommunen, både på individ- og systemnivå. Fleksible ordninger er etablert for å gjøre det mulig å tilpasse endringer fra lokalt og sentralt hold.

De viktigste endringene / tiltakene i denne planperioden er:

- *Intern organisering* – økt samordning av tjenestene og styrket forankring av KE ved at enheten er organisert sammen med kommunens Forvaltningstjeneste, FVT.
- *Prosedyrene for virksomheten* - er revidert og tilpasset ny «Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator» av 01.01.2012 samt intern organisering
- *Interkommunalt samarbeid* - innvilget prosjektmidler fra KS til kompetanseheving for IP – koordinatorene (Mandal, Lindesnes, Songdalen, Iveland og Søgne)
- *Intern opplæring* – «Erfaringsring» for IP-koordinatorene vår og høst
- *Individuell plan* – etablert nye rutiner for saksbehandling, innført tidsbegrenset vedtak på IP og har oppnådd en betydelig større andel «levende planer» for brukere og samarbeidspartnere
- *Hjemmerehabilitering* – styrking av tverrfaglig og -enhetlig samarbeid gjennom utøvelse av rehabilitering og opptrening i hjemmene for hjemmeboende, for personer etter utskriving fra korttids- / rehabiliteringsavdelingen ved Søgne Omsorgssenter og etter utskriving fra sykehuset. Økende utfordringer og behov for rehabilitering i brukers hjem som følge av raskere utskriving fra sykehus.
- *Universell utforming* - bidratt til indirekte innspill / bevisstgjøring gjennom tilrettelegging av boliger / bygninger i enkeltsaker
- *NAV Hjelpemiddelsentral, HMS, Vest-Agder* – videreutviklet samarbeidet med sentralen i henhold til samarbeidsavtalen mellom kommunen og sentralen. Kommunalt hjelpemiddellager har fått forsterket lagerbeholdningen gjennom å kunne beholde enklere hjelpemidler fra sentralen i kommunen. Kommunen har fått økte utfordringer med teknisk oppfølging, vedlikehold og reparasjoner av hjelpemidler både fra NAV HMS og fra kommunalt lager
- *Fagnettverk KNPS rehabilitering* – tiltakene i henhold til rapporten fra Nettverk Knutepunkt Sørlandet helse- sosial og omsorg er slutført. I oppstarten besto medlemmene av fagnettverket av systemkoordinatorene for individuell plan, men etter hvert har medlemmene ulike roller innen rehabiliteringsfeltet. Fagnettverket er et forum for interkommunalt samarbeid, der en kan dele og drøfte faglige problemstillinger.
- «Revidert plan for habilitering og rehabilitering» ligger på kommunens hjemmeside.

Innhold

| | |
|--|-----------|
| Forord..... | 2 |
| Sammendrag..... | 3 |
| 1 INNLEDNING | 5 |
| 1.1 MANDAT..... | 5 |
| 1.2 LOVGRUNNLAG..... | 5 |
| 1.2.1 Sentrale føringer..... | 5 |
| 1.2.2 Kommunale føringer..... | 5 |
| 1.2.3 Andre planer og føringer..... | 5 |
| 1.3 ANSVAR, ORGANISERING OG SAMARBEID..... | 5 |
| 1.4 ØKONOMI | 6 |
| 2 EVALUERING AV FOKUSOMRÅDENE I TIDLIGERE PLAN..... | 7 |
| 2.1 RE- / HABILITERINGSVIRKSOMHETEN | 7 |
| 2.2 STATISTISKE DATA | 8 |
| 2.3 ENDRINGER | 8 |
| 3 RE- / HABILITERINGSVIRKSOMHETEN I SØGNE KOMMUNE | 9 |
| 3.1 DEFINISJON HABILITERING OG REHABILITERING | 9 |
| 3.2 FORHOLDET MELLOM OPPTRENING OG REHABILITERING | 9 |
| 3.2.1 Opptrening..... | 9 |
| 3.2.2 Rehabilitering..... | 9 |
| 3.3 OVERORDNEDE MÅL | 9 |
| 3.3.1 Sentralt overordnet mål for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten..... | 9 |
| 3.3.2 Overordnet mål i kommuneplanperioden 2007 – 2016 for Søgne er:..... | 10 |
| 3.4 KOORDINERENDE ENHET | 10 |
| 3.5 ØVRIGE ENHETER | 11 |
| 3.6 BRUKERMEDVIRKNING | 11 |
| 3.7 INDIVIDUELL PLAN, IP | 11 |
| 3.8 SAMARBEID MED FRIVILLIGE, BRUKERE OG BRUKERORGANISASJONER | 12 |
| 3.9 UNIVERSSELL UTFORMING..... | 12 |
| 4 PRIORITERINGER I KOMMENDE PLANPERIODE..... | 13 |
| 4.1 HVERDAGSREHABILITERING | 13 |
| 4.2 VELFERDSTEKNOLOGI..... | 14 |
| 4.3 OPPLÆRING / KOMPETANSEHEVING | 15 |
| 4.4 INTERKOMMUNALT SAMARBEID | 15 |
| 5 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER: | 16 |

1 INNLEDNING

1.1 Mandat

Ansvar for vedlikehold og videreføring av plan for habilitering og rehabilitering i Søgne kommune er lagt til FVT / KE.

1.2 Lovgrunnlag

1.2.1 Sentrale føringer

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (iverksatt 01.01.12)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999-07-02-63)
- Pasient- og brukerombud (1999-07-02) Kapittel 8
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16. 12. 2011
- St.m. 21 (1998-99) ”Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk”
- St.m. 16 (2011-12) "Nasjonale helse- og omsorgsplan"
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 - 2011

1.2.2 Kommunale føringer

- Kommuneplan for Søgne kommune 2007 – 2016. ”Handling og utvikling gjennom nærhet og trivsel.”
- Omsorgsplan 2011 – 2020, Søgne kommune
- Folkehelseplan for Søgne kommune 2011 – 2014

1.2.3 Andre planer og føringer

- Områdeplan for rehabilitering 2011 – 2020 (Sørlandets Sykehus)
- Delavtale 2 "Om samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende omsorgstjenester til pasienter med behov for langvarige, sammensatte og koordinerte tjenester" ifm samhandlingsreformen
- Universell utforming, Plan- og bygningsloven

1.3 Ansvar, organisering og samarbeid

Kommunens administrative ledelse har det overordnede ansvaret for habilitering, rehabilitering og individuell plan i kommunen.

§ 7-3 i lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste fastslår at det skal finnes en KE for denne virksomheten i kommunen.

KE er fra oktober 2010, sammen med FVT, organisert direkte under rådmannskontoret og har kommunalsjef for helse- og omsorg som nærmeste leder.

Det arbeides for et best mulig samarbeid på tvers av de ulike enhetene og tjenestene i kommunen.

1.4 Økonomi

Hver enkelt enhet i kommunen må legge til rette for at tjenesteyter på ulike nivå kan medvirke til en god rehabiliteringsprosess.

2 EVALUERING AV FOKUSOMRÅDENE I TIDLIGERE PLAN

2.1 Re- / habiliteringsvirksomheten

I siste planperiode har vi hatt fokus på følgende:

En tydeligere forankring av KE i den administrative ledelsen ved at KE og FVT er samorganisert. I tillegg har en muligheter for å se tjenestene i en helhet i forhold til saksbehandling av søknadene og følgelig av tjenestene. Utfordringen er at FVT betjener omsorgstjenestene og KE er enhetsovergrepene i forhold til habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten. Dette må videreutvikles og tydeliggjøres.

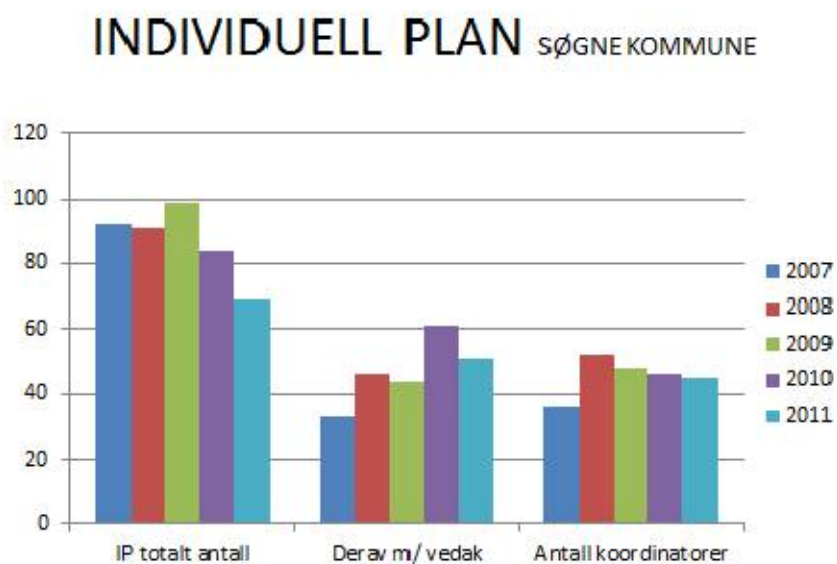
Det er innført tidsbegrenset vedtak på IP og prosedyrene for KE og IP er revidert i henhold til de organisatoriske endringene. Tidsbegrenset vedtak har ført til at planene er blitt mer «levende» for brukerne og IP-koordinatorene har et mer bevisst og aktivt bruk av disse. Dette har vært en positiv utvikling.

Det har vært en utfordring å finne løsninger i store kompliserte brukersaker, som gjerne har krevd ekstra ressurser, der en må samhandle på tvers av enheter og der den «ansvarlig enhet» ikke naturlig utpeker seg. Det at hver enkelt enhet er ansvarlig overfor egen økonomi, kan komplisere samarbeidet.

Økende utfordringer i forhold til raskere utskriving til hjemmet. Dette fører til større behov for informasjon til pårørende / befolkningen blant annet om å bo hjemme lengst mulig og om den enkeltes ansvar.

Erfaringer tilsier at vi kan ha enda større fokus på brukermedvirkning, koordinert oppfølging og tverrfaglig samhandling mot brukers mål innen rehabiliteringsfeltet.

2.2 Statistiske data



Figur 1

I siste planperiode har man jobbet med ansvarliggjøring av bruker slik at kan oppnå mer bevisst bruk av individuell plan. Dette har medført at "passive" individuelle planer er avsluttet.

Grafen viser et stigende antall IP med vedtak og gjennomsnittlig færre antall planer pr koordinatører

3 RE-/ HABILITERINGSVIRKSOMHETEN I SØGNE KOMMUNE

3.1 Definisjon habilitering og rehabilitering

”Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.” (§ 3 i Forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator).

3.2 Forholdet mellom opptrening og rehabilitering

3.2.1 Opptrening

Opptrening forstås som et enkeltstående treningstiltak. Det fordrer ikke koordinert oppfølging over en antatt tidsperiode. Måltrettet treningstiltak er ofte deler i et rehabiliteringsforløp og dermed nødvendig å videreføre overfor aktuelle brukergrupper.

3.2.2 Rehabilitering

Rehabilitering forstås som flere tjenester satt sammen til en helhet der ulike faggrupper samarbeider om å oppnå brukerens mål. Rehabiliteringsbegrepet brukes om flere typer tilbud:

- Spesialisert rehabilitering: Sykehusets tilbud tilpasset ulike diagnosegrupper
- Institusjons- døgner rehabilitering: Korttidsopphold med spesialisert og tverrfaglig opptrening.
- Hjemmerehabilitering: Tverrfaglig og spesialisert rehabilitering av brukere i hjemmet etter opphold ved sykehus eller korttids-/ rehabiliteringsavdeling, som opplever funksjonsfall.
- Dagerhabilitering – Tverrfaglig og spesialisert rehabilitering på dagsenter
- *Hverdagsrehabilitering*: Pr 2012 er ikke dette innført i Søgne kommune. Dette er en arbeidsform hvor hjemmetrening skjer med bistand fra personalet i hjemmetjenesten og med ergoterapeuter og fysioterapeuter som pådrivere og veiledere, jmf Samhandlingsreformen

3.3 Overordnede mål

3.3.1 Sentralt overordnet mål for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten

Det er å fremme selvstendighet og deltakelse, og å medvirke til et verdig liv og like sjanser for mennesker med funksjonsproblemer eller kronisk sykdom. Det er viktig å utvikle en helhetlig politikk på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet som kan sikre at ulike tiltak trekker i samme retning (Jfr. St.melding 21)

3.3.2 Overordnet mål i kommuneplanperioden 2007 – 2016 for Søgne er:

I kommuneplanen 2007-2016 «Handling og utvikling gjennom nærhet og trivsel» heter det:

- Skape gode levekår for kommunens innbyggere
- Videreutvikle Søgne kommune som en selvstendig kommune i Kristiansands regionen, og prioritere tiltak som forsterker identiteten til Søgne kommune
- At kommunen i praksis anerkjenner innbyggernes mangfold
- En arealpolitikk som også tar vare på naturmiljøet spesielt i kystsonen

For å arbeide mot disse målene vil kommunen prioritere flere satsningsområder, deriblant:

- ”Rehabilitering inkludert arbeidet med individuell plan” (Jfr. Kommuneplanen 2007 – 2016)
- Sikre løsninger ut fra helhetlige perspektiver, der iverksetting av ulike tiltak ses i sammenheng på tvers av enhetene. (Jfr. Kommuneplanen 2007 – 2016)

3.4 Koordinerende enhet

"Koordinerende enhet skal være et sted å henvende seg til, et kontaktpunkt for eksterne og interne samarbeidspartnere, og en pådriver for kartlegging, planlegging og utvikling av rehabiliteringsvirksomheten generelt" (Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011).

Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator, § 5:

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

KE skal være kontaktpunkt for samarbeid. Det skal være lett synlige og tilgjengelige for brukere og samarbeidspartnere. KE skal sørge for at tjenester til brukeren skal sees i en sammenheng, og at det er kontinuitet over tiltakene over tid. Enheten skal bidra til at de ulike tjenesteyterne samarbeider ved planlegging og organisering av habiliterings- og rehabiliteringstilbudene, og legge til rette for brukervedvirkning på individ- og systemnivå. KE er en del av FVT / KE.

Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett på å få utarbeidet en individuell plan. Den er et verktøy for samarbeid mellom bruker og tjenesteapparatet og mellom de ulike tjenesteyterne som kan sikre at tjenestene som tilbys er samordnet, tverrfaglig og planmessig og ytes ut fra et brukerperspektiv. I Søgne kommune må bruker søke på individuell plan og det fattes enkeltvedtak.

Besøksadresse:

Søgne omsorgssenter
Kleplandsveien 15

Postadresse:

Koordinerende enhet
Søgne kommune
Postboks 1051
4640 Søgne

Det er utarbeidet en egen ”*Plan for habilitering og rehabilitering - Søgne kommune*” og ”*Prosedyrer for koordinerende enhet og individuell plan – Søgne kommune*” for å sikre at formålet med forskriften oppnås.

3.5 Øvrige enheter

Den enkelte enheten har ansvar for å samarbeide om å gi faglig bistand til brukernes habiliterings- og rehabiliteringsprosess på individnivå og samhandle med KE om videreutvikling av virksomheten på systemnivå.

3.6 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke. Det er også et virkemiddel på flere nivå. Blant annet kan brukermidvirkning bidra til økt treffsikkerhet i forhold til utformingen og gjennomføringen av både generelle og individuelle tilbud.

Brukermedvirkning har en åpenbar egenverdi i at mennesker som søker hjelp, på linje med andre, gjerne vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet.

Dersom brukeren i større grad kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, vil det kunne påvirke selvbildet på en positiv måte og dermed styrke brukerens motivasjon. Dette vil dermed kunne bidra positivt til brukerens bedringsprosess, og således ha en terapeutisk effekt. I motsatt fall kan den hjelpeløsheten mange brukere opplever bli forsterket. (Jfr Sosial- og helsedirektoratet. Psykisk helse).

Søgne kommunes enheter skal legge vekt på brukermidvirkning i utøvelse av rehabilitering.

3.7 Individuell plan, IP

IP er sentral i rehabiliteringsarbeidet. Det er et godt verktøy for bruker og involverte tjenesteytere om samhandling mot brukers mål.

Prosedyrene for individuell plan beskriver visjon, målsetting, ideologi, målgruppe, organisering og forankring. Videre viser den til hvor en kan innhente informasjon og hvordan en går frem for å søke på denne ordningen. Den beskriver også de ulike kommunale instansers, politikernes og tjenesteyteres roller, ansvar og oppgaver i dette arbeidet.

Prosedyren ligger på kommunens intranettside. Den blir evaluert en gang pr år og godkjennes av kommunalsjefene.

3.8 Samarbeid med frivillige, brukere og brukerorganisasjoner

Aktivitet og deltakelse er sentralt for god helse og for samfunnsutviklingen. Forebyggende tiltak som bidrar til å fjerne risikofaktorene eller redusere konsekvensene av fall, ensomhet og kognitiv svikt kan øke den enkeltes mulighet for god livskvalitet. Det er god rehabilitering å bidra til samarbeid om tiltak og planarbeid med frivillige organisasjoner, brukergrupper og frivillighetssentral på individ- og systemnivå for å ivareta brukermedvirkningen.

3.9 Universell utforming

Diskriminerings- og likestillingsloven ble sist endret 01.01.12

Lovens formål er å fremme likestilling og likeverd, sikre like muligheter og rettigheter til samfunnsdeltakelse for alle, uavhengig av funksjonsevne, og hindre diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne. Loven skal bidra til nedbygging av samfunnsskapt funksjonshemmede barrierer og hindre at nye skapes.

Tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for å lykkes i dette arbeidet. Universell utforming innebærer at produkter og omgivelser er utformet på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpasning og en spesiell utforming. ”Godt for alle – nødvendig for noen”.

Universell utforming (UU) er utforming av produkter og omgivelser på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpassing og en spesiell utforming. UU er en strategi for planlegging og utforming av omgivelsene for å oppnå et inkluderende samfunn med full likestilling og deltakelse for alle.

Et sentralt punkt ved UU er å oppnå tilgjengelighet og brukbarhet for personer med nedsatt funksjonsevne gjennom løsninger som kan brukes av alle. UU inneholder et sterkere likestillingskrav enn begrepet tilgjengelighet. (Jfr Sosial- og helsedirektoratet, Deltasenteret.)

4 PRIORITERINGER I KOMMENDE PLANPERIODE

4.1 Hverdagsrehabilitering

Hva er hverdagsrehabilitering?

I NOU 2011.11- Innovasjon i omsorg-, blir hverdagsrehabilitering omtalt som en metode. Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i at brukere som mottar hjemmesykepleie eller annen bistand, trenes opp til å bli mer selvhjulpne. ”Trening i stedet for pleie, selvhjelp i stedet for hjemmehjelp”. Det sees på som tiltak i helsefremming og som forebygging ved tidlig intervensjon ved funksjonsfall.

Hverdagsrehabilitering blir sett på som en *tverrfaglig arbeidsmodell* for å snu fokuset fra pleie og omsorg til rehabilitering og vil dermed være et virkemiddel for å løse noen av fremtidens utfordringer innen helse og omsorgstjenesten. Gjennom å innføre hverdagsrehabilitering vil man arbeide for at brukere med nye funksjonsbegrensninger opplever aktiv deltakelse, mestrer hverdagen, lever et mest mulig selvstendig liv og bor hjemme så lenge som mulig.

Sentralt er brukerstyrte tiltak med utgangspunkt i hva den enkelte synes er viktig å gjøre i daglig livet. Hverdagsrehabilitering starter med spørsmålet: ”*Hva er viktig i livet ditt nå?*” For svært mange handler det om å mestre hverdagslivets utfordringer. Med utgangspunkt i den enkelte brukers mål og tverrfaglig kartlegging av forutsetninger, utarbeides mål og tiltaksplaner.

Hverdagsrehabilitering er rehabilitering i brukers hjem. Innsatsen er tverrfaglig. Det er basert på en intensiv innsats i oppstarten, og gradvis avvikling av oppptrening ettersom aktivitetsfunksjonen bedres. For å sikre kontinuitet etableres det et team rundt hver enkel bruker. Hverdagsrehabilitering forutsetter opplæring av ansatte i hjemmetjenestene (hjemmehjelpere, pleiepersonell) så kalte «*hjemmetrenerne*». Ergo- og fysioterapeuter er «*motorer*» med ansvar for utredning av brukerne, opplæring, veiledning av hjemmetrenerne og utarbeiding av tiltaksplaner.

Dette innebærer at det er mer omfattende for utvalgte brukere enn den rehabiliteringen kommune har pr i dag. Hverdagsrehabilitering skiller seg fra ordinære pleie- og omsorgstjenester, ved at pleie, praktisk hjelp og bistand ikke gis før brukerne har fått vurdert sitt rehabiliterings potensial. Målstyrt, tidsavgrenset og tverrfaglig rehabilitering gir brukere økt funksjon. Brukere kan bo hjemme lenger, mestre de hverdagslige oppgavene, delta i sosialt liv og oppleve verdighet.

Hverdagsrehabilitering kan forebygge fall i funksjon, der tidlig intervensjon er et suksesskriterium. Med hverdagsrehabilitering «venstreforskyves» pasientforløpet, man kommer i gang tidlig, driver med helsefremmede arbeid, styrker, beholder egen funksjon og livskvalitet hos brukerne. Dette er helt i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen.

Holdningsendring – et fokusskifte:

Hverdagsrehabilitering krever en kulturendring. Fra pleiekultur til en mestringskultur. For brukerne betyr det en endring fra å ta imot hjelp til å være aktiv deltakende.

- Fra sen innsats til tidlig intervensjon
- Fra behandling til tidlig oppsporing
- Fra pleie til forebygging
- Fra informasjon til motivasjon og brukerstyring
- Fra passivisering til aktivisering
- Fra hjemmehjelp til hjemmetrening
- Danskene sier det er et paradigmeskifte fra «lengst mulgi i eget hjem» til langst mulgi i eget liv»
- Fra å spørre «hva trenger du hjelp til» til «hva kan trenes og tilrettelegges for at du mestrer det du syns er viktig nå?»

Begreper:

- *Hverdagsmestring* - er et grunnleggende rehabiliterende tankesett som styrer arbeidsformer og tjenester, inkludert hverdagsrehabilitering. Det vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltagelse står sentralt.
- *Hverdagsrehabilitering* – en arbeidsform, den innebærer et annet type tverrfaglig samarbeid og en annen fordeling av oppgaver mellom yrkesgruppene.

Hvorfor bør en satse på hverdagsrehabilitering:

- Rehabilitering i hjemmet er mer fleksibelt og koster mindre enn døgnrehabilitering på institusjon
- Hverdagsrehabilitering har gode resultater fra Sverige og Danmark, og forventer at folk holder seg friskere lengre og behov for tjenester utsettes.
- Det er trolig et tiltak som på sikt vil spare penger. Brukerne vil få forskjøvet og forkortet hjelpebehov.
- Brukere får sette sine egne mål og motivasjon for å nå de blir større.
- Måloppnåelse gir mestringsfølelse og økning av livskvalitet. Brukerne blir mer fornøyd.
- Medarbeidertilfredshet hos personale som har deltatt i hverdagsrehabilitering har økt, de får en mer interessant og spennende arbeidshverdag
- Hverdagsrehabilitering er tverrfaglig forpliktende og vil øke kvaliteten på rehabiliteringsprosessen.
- Det er et nasjonalt samarbeid mellom Norsk sykepleierforbund, Norsk ergoterapeutforbund og Norsk fysioterapiforbund, «Hverdagsrehabilitering i Norge». Prosjektet er støttet økonomisk av Helse- og omsorgsdepartementet. Det ble i september 2012 gitt ut et dokument «Hverdagsrehabilitering» under www.netf.no

4.2 Velferdsteknologi

Det forventes at det i planperioden vil bli økt fokus på teknologiske hjelpe- og virkemidler. Det er i den forbindelsen viktig å velge ut teknologi som er brukertilpasset og som passer inn i det eksisterende kommunale tilbudet. Det er i den forbindelse viktig at ansatte er oppdaterte på hvilke muligheter som finnes og føringene fra sentrale myndigheter.

4.3 Opplæring / kompetanseheving

Det vil være nødvendig at en fortløpende prioriterer eksterne, interkommunale og interne kurs for å øke kompetansen innen rehabiliteringsfeltet for å møte de utfordringene som kommer i tråd Samhandlingsreformen, herunder ansees hverdagsrehabilitering som et sentralt satsningsområde. *Hverdagsrehabiliteringen* forutsetter at alle aktuelle yrkesgrupper har kompetanse innen rehabiliteringstankesettet.

Hverdagsmestring har fokus på den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå.

Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltagelse står sentralt. Videre beskrives at ergo- og fysioterapeuter skal inneha roller som «motorer» med ansvar for utredning opplæring, veiledning og utarbeiding av tiltaksplaner.

4.4 Interkommunalt samarbeid

Fagnettverk Knutepunkt Sørlandet rehabilitering er et forum for å samarbeide, innhente og utveksle informasjon og kompetanse. Det skal være dynamisk ved at medlemmene i gruppa skal fange opp behov fortløpende og ta stilling til hvordan en kan samarbeide om å løse dem. Den vil kunne knytte til seg ressurspersoner alt etter problemstillingens art. I kommende periode vil en ha fokus på hvilke følger Samhandlingsreformen vil ha for de ulike kommunene, herunder hverdagsrehabilitering.

Aktuelle problemstillinger en kan samarbeide om kan være:

- Hvordan starte opp med hverdagsrehabilitering?
- Forankring, organisering – politisk og administrativt
- Informasjon til publikum og holdningsendring
- Kompetanseheving for:
 - Sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter
 - Hjemmehjelpere
- Kompetanseheving innen:
 - Felles forståelse hverdagsrehabilitering og -mestring
 - Kartleggingsverktøy
 - Metodikk
 - Veiledning

5 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER:

Hverdagsrehabilitering- implementering:

I den kommende planperioden anbefales det i henhold til Samhandlingsreformens intensjoner at Søgne kommune implementerer hverdagsrehabilitering som en arbeidsform. Resultater fra Danmark og Sverige viser at det på sikt vil gi økt tilfredshet hos brukere og personal samt være ressursbesparende for kommunen.

Det anbefales videre at hverdagsrehabilitering forankres politisk for at det skal vedtaksfestes. En bør ha tidsbegrenset vedtak på tjenesten. Det er videre viktig at det forankres tydelig på det administrative nivået herunder KE /FVT.

Det bør videre være en klar linje fra politisk / administrativ ledelse til faglig ledelse. Det kreves en sterk og tydelig ledelse på tvers av tjenestesøyler og faggrupper (Kjellberg m fl 2012). Hverdagsrehabilitering forplikter samarbeid på en ny måte der yrkesgrupper må forstå og respektere hverandres roller og arbeidsoppgaver.

Det må god planlegging og kompetanseutvikling hos «motor-gruppen» og «hjemmetrenerne». Det tar tid å endre holdninger og en må derfor tenke langsiktig.

Videreføring og - utvikling av eksisterende tiltak og metoder som:

- Individuell plan
- Velferdsteknologi
- Universell utforming
- Samarbeid med frivillige organisasjoner
- Brukermedvirkning
- Kompetanseheving