

SANDNES KOMMUNE



Plan for habilitering og rehabilitering 2019- 2023

Sammendrag av planen

Plan for habilitering og rehabilitering i Sandnes kommune er tjenesteovergripende og dekker områdene habilitering til barn, habilitering til voksne og rehabilitering. Den overordnede målsetningen med planen er å styrke målgruppens muligheter til å leve et mest mulig aktivt og selvstendig liv.

Plan for habilitering og rehabilitering må ses i sammenheng med annet planverk i kommunen, som *Kommuneplanen, En god hverdag for alle, Plan for psykisk helsearbeid, Ruspolitisk handlingsplan og Strategi for samhandling med pårørende*.

Gjennom å involvere brukere og bidragsyttere fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten, har en fått en grundig gjennomgang av tjenestene og de utfordringene vi står overfor.

Planen beskriver nasjonale føringer, ansvarsforhold mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, de sentrale kommunale aktørene og habilitering- og rehabiliteringsprosessene. Planen peker på forbedringsområder og har en egen tiltaksoversikt. Tiltak som fordrer tilførte ressurser må søkes innarbeidet i økonomiplanen.

Planen skal følges opp med statusrapportering i 2021.

Innhold

1. Innledning	4
2. Nasjonale føringer.....	4
2.1 Spesialisthelsetjenestens oppgaver og ansvar	5
2.1.1 Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen	6
3. Kommunens ansvar og oppgaver.....	6
3.1 Brukermedvirkning	6
3.2 Koordinerende enhet, individuell plan og koordinator	7
3.3 Sentrale aktører i habilitering- og rehabiliteringsprosessen	7
3.4 Oppdage potensiale og behov for habilitering og rehabilitering.....	10
3.5 Habiliteringsforløp	10
3.5.1 Habilitering barn	11
3.5.2 Habilitering voksne.....	12
3.5.3 Overganger.....	14
3.6 Rehabiliteringsforløp.....	14
3.6.1 Rehabilitering barn.....	14
3.6.2 Rehabilitering voksne.....	15
3.6.3 Overganger.....	16
4. Tiltak for å styrke habilitering og rehabilitering.....	17
4.1 Involvering og deltakelse- Hva er viktig for deg?.....	17
4.2 Samhandling og koordinering	18
4.3 Tjenesteutvikling.....	19
4.4 Overganger.....	21
4.5 Kompetanseheving	22
4.6 Samhandling med pårørende	23
5. Rapportering	23

1. Innledning

Sandnes kommune har utarbeidet en plan for habilitering og rehabilitering for å belyse og styrke dette feltet. Planen følger føringer i nasjonal *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering*. Habilitering og rehabilitering skal styrkes i kommunene, og kommunene vil også få ansvar for flere oppgaver innen feltet. Målet med planen er å få et mer helhetlig fokus på habilitering og rehabilitering, og styrke brukers muligheter for mestring og medvirkning.

Planens målgruppe er personer med behov for habilitering og rehabilitering. Habilitering og rehabilitering defineres av målrettede samarbeidsprosesser mellom bruker, pårørende og tjenesteytere. Målgruppen for habilitering er personer med funksjonsnedsettelse som skyldes medfødte eller tidlig ervervede tilstander. Målgruppen for rehabilitering kjennetegnes ved behov for å gjenvinne tapt funksjon etter sykdom eller skade.

Planen er utarbeidet av en tverrfaglig prosjektgruppe bestående av ansatte i Samordningsenheten, Fysio- og ergoterapitjenester og Enhet for hjemmetjenester og rehabilitering (EHR). I tillegg har representanter fra Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne og Eldrerådet deltatt i planarbeidet. I utarbeidelsen av planen har en kartlagt tjenestereiser for å innhente erfaringer fra brukere, pårørende og tjenesteyterne både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det er gjennomført samtaler med ansatte og ledere om tjenestene, hvilke utfordringer en ser, og hvilke tiltak som kan være hensiktsmessige for å møte disse utfordringene. Det har også vært avholdt dialogmøte med deltakere fra aktuelle brukerråd, sentrale tjenesteytere i kommunen, samarbeidspartnere fra spesialisthelsetjenesten, representant for fagforeningene og representanter fra fagstabene Helse og velferd, Oppvekst skole og Oppvekst barn og unge.

Denne planen må ses i sammenheng med andre kommunale planer som *Kommuneplan 2015- 2030*, *En god hverdag for alle 2017-2030*, *Plan for psykisk helsearbeid 2017-2022*, *Ruspolitisk handlingsplan og Strategi for samhandling med pårørende*. Denne planen omhandler ikke tjenester til personer med re-/habiliteringsbehov som primært skyldes rusproblemer og/eller psykisk sykdom, ettersom de omhandles i *Plan for psykisk helsearbeid* og *Ruspolitisk handlingsplan*. Det vil likevel være personer som tilhører planens målgruppe som i tillegg har utfordringer knyttet til psykiske helse og/eller rus. Planen omhandler ikke det helsefremmende og forebyggende arbeidet som gjøres i kommunen.

2. Nasjonale føringer

Regjeringen vil skape sterke velferdskommuner med økt kapasitet og kompetanse. Stortingsmeldingen [Fremtidens primærhelsetjeneste](#) peker på at behovet for tjenester er endret ved at flere brukere har kroniske sykdommer og et komplekst sykdomsbilde. Det er behov for tjenester fra et bredt spekter av fagområder fra både spesialist- og kommunehelsetjeneste. Flere brukere har behov for samtidige og langvarige tjenester. Målet er at habilitering og rehabilitering skal styrkes i kommunene, og at flere av tilbudene i fremtiden skal gis i kommunene.

Kommunens overordnede ansvar følger av [Helse- og omsorgstjenesteloven §3-1](#). Ansvarer speiler pasient og brukers rett til tjenester etter [Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1](#).

Kommunens ansvar for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering beskrives i [Forskrift om habilitering og rehabilitering §5](#): «Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, jf. §1 og 3». I samme forskrift defineres habilitering og

rehabilitering: «Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.»

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

Videre beskriver Opptappingsplanen at Koordinerende enhet skal etableres i alle kommuner, jf. Helse og omsorgstjenesteloven § 7-3. Koordinerende enhet skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til brukere med behov for habilitering og rehabilitering. En av Koordinerende enhets sentrale oppgaver er å ha et overordnet ansvar for individuell plan og koordinator. Brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til koordinator og individuell plan, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Formålet med koordinator og individuell plan er å sikre at bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Individuell plan og koordinator skal også sikre brukermedvirkning, og styrke samhandlingen mellom alle parter.

Tverrfaglig samarbeid er en grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med habiliterings- og rehabiliteringsbehov. I [Fremtidens primærhelsetjeneste](#) beskriver Regjeringen oppfølgingsteam som arbeidsform for å få til bedre tverrfaglige og koordinerte tjenester. Målgruppen for oppfølgingsteam er personer med store og sammensatte behov som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Oppfølgingsteam samsvarer med den strukturen som er grunnlaget for individuell plan, og arbeidsprosessene samsvarer med prosessen i arbeidet med individuell plan.

2.1 Spesialisthelsetjenestens oppgaver og ansvar

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

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

2.1.1 Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen

Helse- og omsorgstjenesteloven forplikter kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler, og det er inngått en overordnet samarbeidsavtale mellom Helse Stavanger og Sandnes kommune. Formålet med avtalen er å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunen og helseforetaket, samt å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Avtalen skal bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Det er også inngått delavtaler på flere ulike tjenesteområder med mer detaljerte bestemmelser, blant annet om konkrete pasientforløp, ansvars- og rollefordeling, partenes informasjons- og veiledningsansvar, finansiering og organisering. Delavtalene som er særlig aktuelle for habilitering- og rehabilitering er delavtale 2B - Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for habilitering, og delavtale 2C - Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for rehabilitering.

3. Kommunens ansvar og oppgaver

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

3.1 Brukermedvirkning

Brukernes rett til å medvirke når de mottar helse- og omsorgstjenester er regulert i Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. På kommunalt nivå reguleres brukermedvirkning i Helse- og omsorgstjenesteloven §3-10. Brukermedvirkning innebærer at tjenestetilbudet, så langt som mulig, skal utformes i samarbeid med bruker.

Brukermedvirkning er sentralt i habilitering og rehabilitering, og er et fokusområde for kommunens tjenester, både på system- og individnivå. Brukerrollen er i endring, og målet er at bruker skal være en aktiv deltaker i egen prosess. En mer aktiv brukerrolle vil utfordre den tradisjonelle måten å tenke på, og det blir derfor viktig å utvikle felles holdninger og tilnærminger i alle tjenester som igjen gjenspeiles i praksis, rutiner og samarbeidsstrukturer.

I Helse og velferd er hverdagsmestring og brukermedvirkning grunnleggende verdier, og alle tjenester skal ha utgangspunkt i dette. Brukerens behov, ressurser og mestringsopplevelse skal settes i fokus, og spørsmålet «Hva er viktig for deg?» er sentralt for å få fram brukers mål og perspektiv ved utforming av tjenesten.

Barn og unges erfaringer og synspunkter er sentrale ved utforming av tjenester. Det er viktig at barn er med på å definere egne habiliteringsmål, og at de får si hvordan de tenker at målene kan nås. Dette kan gi barna større eierskap til sin egen habiliteringsprosess, og bidra til at kommunens tiltak treffer bedre. Sandnes kommune har inngått et samarbeid med Forandringsfabrikken, en ideell stiftelse, som ønsker å bidra til at kommuner utvikler tjenester i samarbeid med barn og unge. Kommunen deltar i fagutviklingsarbeidet [Mitt LIV](#), som skal gi felles verdisyn og være en pådriver for å utvikle bedre tjenester til barn og unge.

3.2 Koordinerende enhet, individuell plan og koordinator

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

Et kjennetegn ved habilitering og rehabilitering er at flere aktører arbeider sammen for å bistå brukeren med å nå sine mål, noe som medfører behov for koordinering. Individuell plan og koordinator er verktøy som skal bidra til at bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Koordinator og individuell plan skal også sikre brukers medvirkning, og styrke samhandlingen mellom alle parter. Koordinator er en tjenesteyter som skal sikre at bruker får nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbud, samt sikre framdrift i arbeidet med individuell plan.

Koordinerende enhets funksjon må synliggjøres mer, da det er uklart for flere av tjenesteyterne hvilke ansvarsområder og oppgaver Koordinerende enhet har. Det er videre behov for kompetanseheving i bruken av individuell plan og koordinatorrollen. Dette for å sikre at brukere får informasjon om retten til individuell plan og koordinator, og at koordinatorene innehar kunnskap til å ivareta koordinatorrollen.

3.3 Sentrale aktører i habilitering- og rehabiliteringsprosessen

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

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

Fysio- og ergoterapitjenesten er en av hovedaktørene i habiliterings- og rehabiliteringsforløp. Fysio- og ergoterapeuter som jobber med barn tilpasser oppfølgingen til hver enkelt bruker ut fra behov og målsetting. Noen barn har behov for individuell behandling, mens andre får best oppfølging gjennom gruppetilbud. Oftest gis tjenesten der bruker er, enten det er i barnehagen, på skolen eller i hjemmet. Noe oppfølging foregår også i Fysio-ergoterapitjenester sine lokaler. Fysio- og ergoterapeutene er ute i barnehager og på skoler for å bistå med tilrettelegging for enkelt barn. Alle terapeutene bistår med formidling av hjelpemidler dersom barnet har behov for det. Ergoterapeuter har i tillegg kompetanse på tilrettelegging og tilpasninger i hjemmet og deltar også i planarbeid ved ombygging og nybygging av skoler og barnehager.

Fysio- og ergoterapitjenesten til voksne gir tjenester til brukere over 16 år som har nedsatt funksjonsevne. En stor del av brukergruppen er eldre med sammensatte problemstillinger. Det er også en del yngre brukere med store hjelpebehov. Mange trenger langvarig oppfølging i form av veiledning, individuell behandling og opptrening eller trening i gruppe. En stor del av arbeidet består av å kartlegge og tilrettelegge omgivelsene til brukeren. Tjenesten gis i brukers hjem, på institusjon, på brukers dagtilbud og i avdelingens egne lokaler. Alle terapeutene bistår med formidling av hjelpemidler. Ergoterapeuter har i tillegg kompetanse på tilrettelegging og tilpasninger i hjemmet og deltar også i planarbeid ved ombygging og nybygging av institusjoner. Det er i hovedsak fysioterapeutene som har ansvar for trening og behandling.

Kommunalt hjelpemiddellager har ansvar for kortvarig utlån av hjelpemidler til innbyggere i kommunen. De har også ansvar for utlevering, montering, enkle tilpasninger og reparasjoner av hjelpemidler og trykghetsalarmer. Det er et tett samarbeid mellom hjemmetjenesten, fysio- og ergoterapitjenester og kommunalt lager rundt formidling av hjelpemidler.

Syn- og hørselskontaktene i Fysio- og ergoterapitjenesten bistår brukere som har nedsatt syn eller hørsel med formidling, tilpasning og opplæring i bruk av syn- og hørselshjelpemidler.

Privatpraktiserende fysioterapeuter med driftstilskudd gir tjenester til brukere i alle aldre. Hovedmålgruppen deres er voksne i arbeidsfør alder, og oppfølgingen skjer oftest på fysioterapeutens institutt.

Samordningsenheten ved **Koordinerende enhet** er mottak for meldinger om behov for individuell plan og koordinator, og oppnevner koordinator i samarbeid med bruker. Koordinerende enhet har ansvar for kompetanseheving i verktøyet individuell plan og i koordinatorrollen. Enheten gir opplæring og veiledning til koordinatorene i kommunen ved å ha jevnlig kurs i individuell plan og koordinatorrollen. Enheten arrangerer også fagdager for tjenesteytere.

Samordningsenhetens **Tildelingskontor** vurderer og tildeler tjenester som døgnrehabilitering, hverdagsrehabilitering, rullerende opphold for brukere med kroniske lidelser og sammensatte utfordringer, hjemmesykepleie, praktisk bistand, dagsenter, tilrettelagt fritid, avlastning og heldøgns plasser.

Helsestasjonstjenester gir tjenester til barn i alderen 0-18 år med helseundersøkelser, veiledning og støtte til barn og deres foreldre. Helsesykepleierne tilbyr hjemmebesøk til alle nyfødte barn, og er ofte barnets første møte med kommunehelsetjenesten. Helsesykepleierne følger barn gjennom kontroller av barns utvikling. Vekt, høyde, motorikk, syn, hørsel, språk, kognitive- og sosiale ferdigheter sjekkes på helsestasjonen frem til skolealder. I skolealder overtar skolehelsesykepleier. Barn og foreldrene kan også be om individuell oppfølging av helsesykepleier ved behov. Helsesykepleiere har en viktig rolle i det å avdekke avvik hos barn, og henvise videre til andre tjenesteytere.

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

Styrket barnehagetilbud gir spesialpedagogisk hjelp til førskolebarn etter sakkyndig vurdering og anbefaling fra Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT). Tjenesten gis der barnet er, enten i barnehage

eller hjemme. Styrket barnehagetilbud gir også støttepedagogisk hjelp til barn med nedsatt funksjonsevne for å sikre at barna får et individuelt tilrettelagt barnehagetilbud. Styrket barnehagetilbud kan gi veiledning til foreldrene og ansatte i barnehagen dersom barnet har innvilget spesialpedagogisk hjelp.

Avlastningstjenesten i Enhet for funksjonshemmede (EFF) gir tjenester til foreldre/foresatte som har særlig tyngende omsorgsoppgaver for barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Avlastningstjenesten består av døgnavlastning i bolig og privat avlastning som kan være timebasert eller døgnavlastning i avlasters hjem. Avlastningstjenesten er en viktig arena i barns habiliteringsprosess.

Tilrettelagt fritid tilrettelegger kultur- og fritidstilbud til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Tilrettelagt fritid har flere åpne tilbud som er sosiale arenaer der en kan møte jevnaldrende med samme interesser. Tilrettelagt fritidstilbud er en tjeneste for de som ikke mestrer å delta i ordinære fritidsaktiviteter, hvor målet er at brukere har en meningsfull fritid i et sosialt fellesskap. Tilbudet kan være en til en, eller i gruppe.

Ressursenteret i Barne- og familieenheten gir tjenester til barn i alderen 0-18 år. Ressursenteret gir veiledning til barn, ungdom, foreldre og familier hvor hensikten er å styrke psykisk helse, forebygge psykososiale vansker og styrke foreldreferdighetene ut fra barnets behov.

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

Enhet for funksjonshemmede (EFF) er en sentral aktør i habilitering for voksne. Enheten drifter avlastningstjenester og ulike bofellesskap for brukere med utviklingshemming eller fysisk funksjonsnedsettelse som har behov for bolig med døgnbemannet personalbase. Brukere bor i egne leiligheter og mottar nødvendig helsehjelp, praktisk bistand og opplæring i dagliglivets aktiviteter. Timebasert miljøarbeidertjeneste gir praktisk bistand og opplæring i brukers eget hjem. Enheten har også flere ulike dagaktivitetstilbud. EFF har valgt Positiv atferdstøtte (PAS) som rammeverk og verdigrunnlag for tjenestene, for å styrke livskvalitet og deltagelse hos brukerne. EFF har etablert eget Veiledningsteam som skal veilede ansatte i miljøarbeid, samt øke ansattes fagkompetanse i habiliteringsarbeidet.

Døgnrehabilitering foregår hovedsakelig på **Sandnes Helsesenter** som har en tverrfaglig ansattgruppe bestående av leger, sykepleiere, helsefagarbeidere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, bioingeniør og aktivtør. Det er også døgnrehabiliteringstilbud på andre **sykehjemsavdelinger**.

Hjemmetjenesten i Enhet for hjemmetjenester og rehabilitering (EHR) gir nødvendig helsehjelp og praktisk bistand til brukere i alle aldersgrupper. Hjemmetjenesten skal ta utgangspunkt i hva som er viktig for brukeren og fokusere på mestring av hverdagen. De skal sammen med bruker jobbe målrettet for å gjøre brukeren mer selvhjulpent. Hjemmetjenesten har en viktig rolle i det å oppdage begynnende funksjonstap hos bruker og å avdekke rehabiliteringspotensiale. Enheten er også sentral i innføringen av velferdsteknologiske løsninger som elektronisk medisineringsstøtte og digitale trykghetsalarmer. Tjenesten har en viktig rolle i overgangen til kommunal rehabilitering i hjemmet ved å bidra til at fysisk funksjon og mestring opprettholdes.

Sandnes læringscenter har synspedagog og logoped. **Synspedagog** tilbyr voksne brukere med synsvansker synstrening, punktskriftoplæring, opplæring i bruk av synstekniske hjelpemidler, råd og

veiledning. **Logoped** jobber med voksne brukere som har vansker med språk, tale og/eller kommunikasjon. Logopeden gjennomfører direkte opplæring med bruker.

Mestringsenheten gir tjenester til voksne med utfordringer innen psykisk helse og/eller rus, jf. Plan om psykisk helsearbeid og Ruspolitisk handlingsplan. Mestringsenheten tilbyr undervisning, samt råd og veiledning i enkeltsaker til personalet i Enhet for hjemmetjenester og rehabilitering (EHR) og sykehjemsavdelingene.

NAV har ansvar for flere økonomiske stønadsordninger som hjelpe- og grunnstønad, pleiepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. NAV bistår også mennesker med funksjonsnedsettelse i komme i arbeid.

Frivillige aktører gjør en betydelig samfunnsinnsats, og frivillig arbeid er et viktig supplement til de kommunale tjenestene. Det er viktig å få til en god samhandling mellom tjenestene og frivillige enkeltpersoner, lag og organisasjoner.

3.4 Oppdage potensiale og behov for habilitering og rehabilitering

Det kan være en utfordring for tjenesteyterne å oppdage potensialet og behovet for habilitering og rehabilitering når en har sine egne "fagbriller" på. Tverrfaglige vurderinger for barn og voksne kan sikre at brukeres potensiale og behov for habilitering og rehabilitering blir oppdaget.

Helsesykepleierne har en viktig rolle i arbeid med å oppdage potensiale og behov for habilitering hos barn. I tillegg har personell i barnehager og skoler et ansvar for å kartlegge om barn følger vanlig utvikling. Fysio- og ergoterapitjenester bidrar også i arbeidet med å avdekke habiliteringspotensialet til barn gjennom ulike lavterskeltilbud, fast konsultasjonstid på helsestasjonene, undervisningstilbud og motorisk vurderingsteam.

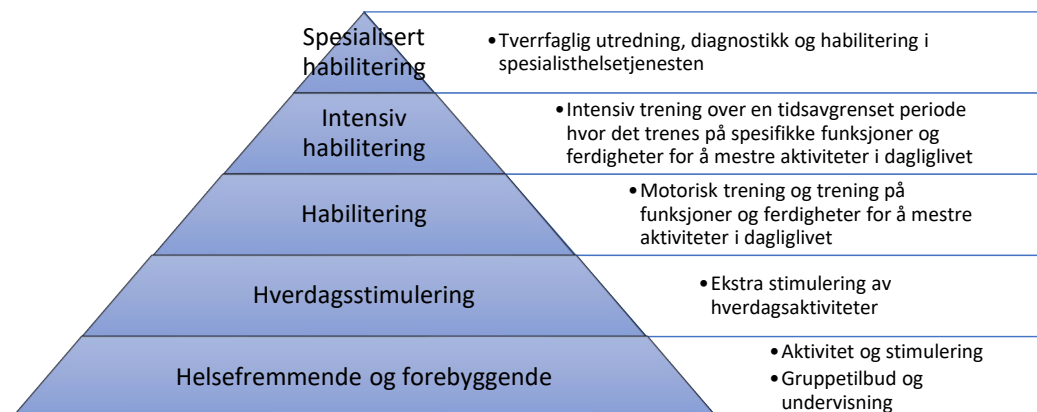
Fastlegen møter pasienter som ikke nødvendigvis har kontakt med det kommunale tjenesteapparatet. Det er viktig at fastlegen vurderer behov for habilitering og rehabilitering i møte med pasienter som har redusert funksjons- eller mestringssevne. Fastlegen kan henvise både til kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Fastleger er også tilknyttet helsestasjon, skole og sykehjem. På helsestasjon og skole har legene en viktig oppgave med å avdekke habiliteringsbehov hos barn. På sykehjem er legene med på å vurdere rehabiliteringspotensialet hos beboerne.

For brukere med lite synlige utfall og kognitive utfordringer kan dagliglivet være krevende. Mange erfarer disse utfordringene først etter at de er kommet hjem fra institusjonsopphold. Denne brukergruppen blir ikke alltid henvist videre fra spesialisthelsetjenesten til kommunen og er derfor vanskelig å fange opp. For innbyggerne i denne målgruppen som ikke har kommunale tjenester fra før, kan det være utfordrende å vite hvor en skal henvende seg.

3.5 Habiliteringsforløp

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

Pyramiden illustrerer de ulike nivåene i habiliteringstilbudet:



Fritt etter Kristiansand kommune

3.5.1 Habilitering barn

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

Barn som ved fødsel har kognitive vansker eller vansker med syn, hørsel eller språk blir henvist fra spesialisthelsetjenesten til Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT). Dersom disse vanskene oppdages senere i forløpet, er det foreldre, helsesykepleier, barnehage, skole eller andre som henviser til PPT for en sakkyndig vurdering. Dersom barnet har behov for spesialpedagogisk hjelp gis dette av spesialpedagoger i Styrket barnehagetilbud eller i skole. Det er tett samarbeid mellom spesialpedagogene og ansatte i PPT. Logopedene i PPT jobber både direkte med barna, samt veileder foreldre og ansatte rundt barnet.

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

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

En viktig arena for habilitering er barnehage og skole, og det er et tett samarbeid mellom personalet og fysio- og ergoterapeutene. Habilitering foregår også i hjemmet, og det er derfor viktig å veilede foreldre i hvordan de kan trene hjemme. Habiliteringstilbudet kan bestå av individuell grovmotorisk- og finmotorisk trening, og trening i dagliglivets aktiviteter som å kle av og på seg, spise selv, toalett og egenhygiene. Trening i grupper tilbys ofte til barn fra 4-års alder og oppover. Gjennom gruppetrening får en også inn det sosiale aspektet som for mange av disse barna kan være utfordrende. Ofte blir gruppetrening mer lystbetont enn individuell trening, og barna kan motivere og lære av hverandre. Bruk av tekniske hjelpemidler vil også være aktuelt for noen barn for å kunne mestre ulike aktiviteter.

Fysio- og ergoterapitjenesten til barn har et motorisk vurderingsteam som vurderer barn i barnehage og på skole ved spørsmål om forsinket motorisk utvikling. Teamet består av både fysioterapeuter og ergoterapeuter. For å sikre en mer helhetlig og tverrfaglig vurdering av barna, ser Fysio- og ergoterapitjenesten for barn behov for å samarbeide med andre tjenesteområder i kommunen.

Flere av barna som har behov for habilitering har også utfordringer knyttet til spising. Barnet og foreldrene er i en sårbar situasjon og har behov for tett oppfølging. Kommunens spiseteam består av fysioterapeut, helsesykepleier, logoped og familieveileder som kan gi veiledning til foreldre og personalet i barnehagen. Spiseteamet har begrenset kapasitet, denne utfordringen vil de ulike enhetene som bidrar inn i teamet se nærmere på.

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

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

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

3.5.2 Habilitering voksne

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

I habiliteringsforløpet tas det utgangspunkt i brukerens interesser, ønsker og behov. Det er viktig at brukeren er med på å sette mål for sin egen habilitering dersom det er mulig, eventuelt sammen med pårørende og fagpersoner. I et habiliteringsløp legges det vekt på både å opprettholde og

tilegne nye ferdigheter for å bli mest mulig selvstendig i eget hjem, og for å kunne delta i samfunnet. Målet er å gi brukerne økt livskvalitet og tiltakene må derfor ses i et livsløpsperspektiv.

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

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

Forebygging av overvekt, under- og feilernæring er en naturlig del av helse- og omsorgsarbeidet. For brukerne som står i fare for utvikling av enten overvekt, feil- og underernæring vil det være behov for særskilt tilrettelegging, eller det blir benyttet spesialkost. En slik tilretteleggingen vil som regel foregå i samarbeid med Frisklivssentralen, ernæringsfysiolog, fastlege eller andre som har særskilt kunnskap om ernæring.

Noen brukere har utfordrende atferd. Der det er behov for å forstå, forebygge og redusere utfordrende atferd, legges det til rette for å utvikle de sterke sidene og ferdighetene personen har. I de tilfeller der det er behov for ekstra oppfølging, forebygging og strukturering av tjenesten, utvikles det en positiv atferdstøtteplan for å sikre at den utfordrende atferden ikke utvikles eller forverres. En slik plan utvikles i tett samarbeid med bruker, der det er mulig, og med pårørende. Veiledningsteamet i EFF har en sentral rolle i utvikling av en slik atferdstøtteplan.

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

Fysio- og ergoterapitjenesten til voksne gir tjenester til voksne med behov for rehabilitering. Tilbudet består av individuell grov- og finmotorisk trening og tilrettelegging av omgivelsene. Terapeutene lærer opp og veileder bruker og personalet på de ulike arenaene hvor bruker er. For å kunne mestre ulike aktiviteter, vil flere av brukerne ha behov for tekniske hjelpemidler. Fysio- og ergoterapeuter vurderer behov for og formidler hjelpemidler.

NAV har en viktig rolle i å bistå mennesker med funksjonsnedsettelse i å komme i arbeid. NAV foretar en arbeidsevnevurdering for å finne ut hvilken type arbeid som passer den enkelte. Det er også NAV som innvilger uføretrygd og varig tilrettelagte arbeidsplasser.

3.5.3 Overganger

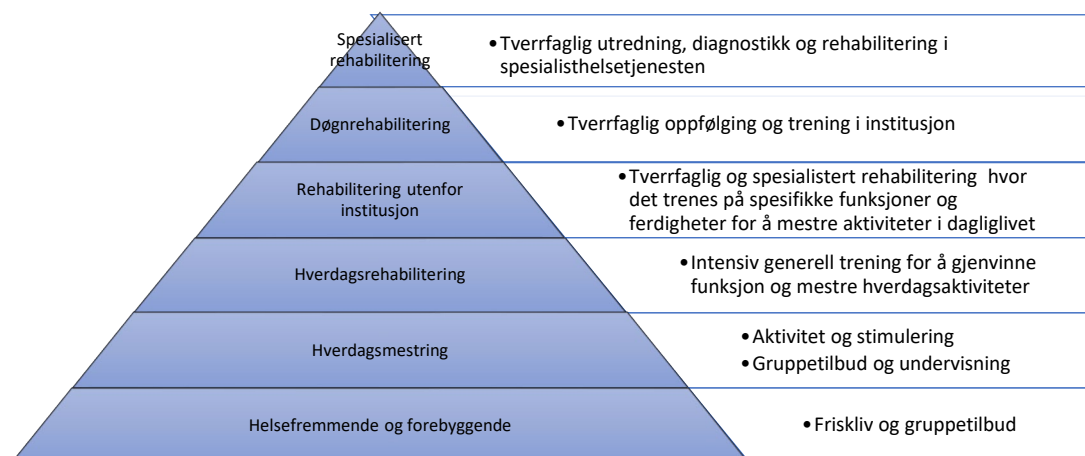
I et habiliteringsforløp vil det være flere overganger. Erfaringer viser at det kan være utfordrende å sikre gode overganger.

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

3.6 Rehabiliteringsforløp

Brukere med rehabiliteringsbehov har mistet funksjon etter sykdom eller skade. Rehabiliteringen kjennetegnes ved relæring og oppøving av tidligere funksjoner og ferdigheter med mål om økt funksjons- og mestringsevne. Noen brukere har behov for kortvarig rehabilitering etter lettere skade, mens andre har mer omfattende og langvarige behov. Flere av brukerne må lære å mestre livet med varig funksjonsnedsettelse.

Pyramiden illustrerer de ulike nivåene i rehabiliteringstilbudet:



Fritt etter Kristiansand kommune

Ved alvorlig sykdom eller skade, vil rehabiliteringsforløpet starte i spesialisthelsetjenesten. Etter utredning og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten overføres bruker til kommunale rehabiliteringstjenester for videre oppfølging. Rehabilitering kan også starte i kommunen. Dette gjelder brukere som får gradvis eller brått funksjonsfall eller brukere med kroniske sykdommer, som har behov for trening for å gjenvinne funksjon og mestre hverdagsaktiviteter.

3.6.1 Rehabilitering barn

Noen barn har behov for rehabilitering etter ulykke eller sykdom. Eksempler på dette kan være barn med bruddskader, kreft, Myalgisk encefalomyelitt (ME), hjerneskade etter sykdom eller ulykke. Rehabiliteringsforløpet varierer i lengde og intensitet. Opptreningen omfavner både ferdigheter som

er mistet og som må læres om igjen, men også nye måter å mestre aktiviteter på. En viktig del av rehabiliteringen er å lære å leve med skaden eller sykdommen som har oppstått. Terapeutene skal sikre at det jobbes for best mulig måloppnåelse for barnet, samt legge til rette for en best mulig hverdag hjemme, i barnehage eller på skolen.

Etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten starter gjerne rehabiliteringen hos kommunal fysio- eller ergoterapeut. Senere i forløpet når situasjonen er mer stabil, og barnet lettere kan forflytte seg, blir som oftest barnet overført til oppfølging hos privat fysioterapeut. De kommunale fysioterapeutene og ergoterapeutene ivaretar tilrettelegging i hjemmet og i barnehage eller skole. Terapeutene har tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten i forhold til mål og tiltak for rehabiliteringen.

Treningen vil være mest intensiv i starten, og opplæring og veiledning av foreldre og personal i barnehage og skole er viktig for å få til mengdetrening. Utover i forløpet vil tiltakene endres etter behov og måloppnåelse.

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

3.6.2 Rehabilitering voksne

Fysio- og ergoterapitjenesten til voksne tilbyr kartlegging, tilrettelegging, trening og behandling i brukers eget hjem eller i egne lokaler. Bruker får trening og oppfølging av fysioterapeut og ergoterapeut. Fysioterapeutene har hovedansvar for trening og behandling, og ergoterapeutene arbeider i hovedsak med hjelpemidler og tilrettelegging av bil og bolig. Brukers egne mål er styrende, og det overordnede målet er ofte å klare seg best mulig hjemme, komme tilbake til jobb og delta i sosiale aktiviteter i og utenfor hjemmet.

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

Døgnrehabilitering er et tilbud til voksne og eldre som har behov for oppfølging gjennom hele døgnet og ikke kan bo hjemme. Det er målrettet og tverrfaglig intensiv opptrening i alle aktiviteter gjennom hele døgnet. Døgnrehabilitering foregår på Sandnes Helsesenter og på enkelte sykehjem i kommunen. Brukere blir overført til døgnrehabilitering etter innleggelse i spesialisthelsetjenesten, og i overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunal døgnrehabilitering legges det til rette for hospitering og veiledning av personalet ved behov. Å sikre at nødvendig informasjon om brukers helsetilstand og mål blir overført til kommunen, er viktig for å kunne ivareta brukers behov og videreføre brukers mål.

Det er bruker sitt mål som er styrende for den tverrfaglige oppfølgingen i døgnrehabilitering. Ved oppstart blir det gjennomført en innkomstsamtale hvor man avklarer forventninger og stiller spørsmålet «Hva er viktig for deg?». Gjennom tverrfaglige møter oppdateres medisinsk status, fysisk funksjon, psykisk helse og målinger, som igjen legger føringer for videre behandling og trening. Logoped og synspedagog trener med brukere på avdelingen ved behov. Utover i behandlingen og opptreningen gjøres videre kartlegging, observasjon og utredninger av bruker. Overføringsverdien

fra trening i institusjon til hjemmet er av stor betydning for at bruker skal kunne bo hjemme. For brukere med større funksjonstap starter prosessen med nødvendig tilrettelegging av egen bolig så tidlig som mulig.

Før utskriving avklares behov for tjenester, tilrettelegging og hjelpemidler. Dette gjøres i samarbeid med bruker og pårørende gjennom samtaler og nettverksmøter hvor andre aktuelle tjenesteytere deltar. God planlegging av utskriving legger til rette for gode overganger for brukeren. I overganger fra rehabiliteringsavdelingene til annen institusjon eller hjemmet, legges det til rette for at nytt personale kan få opplæring og hospitering ved behov. Dette for å videreføre brukers mål, slik at gjenvunnet funksjon ivaretas.

Brukere som har behov for tett tverrfaglig oppfølging i en avgrenset periode etter gradvis eller brå funksjonssvikt, har behov for rehabilitering i hjemmet. Hjemmerehabilitering er spesifikk tverrfaglig rehabilitering som foregår i brukers hjem, slik at treningen tilpasses brukers daglige omgivelser. Det fremkommer i planarbeidet at kommunen mangler et tilfredsstillende hjemmerehabiliteringstilbud. Flere brukere har utfordringer knyttet til ernæring. Sunn og næringsrik mat har betydning for prestasjonsevne og overskudd, og ernæring er derfor en viktig del av et rehabiliteringsforløp. Det er behov for økt kompetanse på dette feltet, både på institusjonene og i hjemmetjenestene. Brukere som får en funksjonsnedsettelse som følge av sykdom eller skade, opplever store endringer i livet. Hvordan dette oppleves vil være individuelt, men det er viktig at ivaretagelse av psykisk helse inngår i rehabiliteringsforløpet.

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

3.6.3 Overganger

I et rehabiliteringsforløp vil det være flere overganger. Det er utfordrende å få til gode overganger, og dette er derfor et viktig satsingsområde for spesialisthelsetjenesten og kommunen. Overganger medfører flere endringer for bruker og kan derfor føre til utrygghet både hos bruker og pårørende. God planlegging bidrar til gode overganger. Å forberede overgangen i samarbeid med bruker og pårørende vil derfor kunne bidra til at overgangen oppleves tryggere for begge parter. For å få til gode overganger er det også viktig å sikre at de rette helseopplysningene følger bruker både fra spesialisthelsetjenesten til kommunen, og fra kommunen til spesialisthelsetjenesten. I enkelte forløp vil det også være hensiktsmessig å avholde overføringsmøter. Det er viktig at de «riktige» personene stiller på disse møtene, slik at overføring av informasjon, kunnskap og ansvar ivaretas. Det legges også til rette for hospitering ved behov.

4. Tiltak for å styrke habilitering og rehabilitering

Kapittel 4 omhandler utfordringer og forslag til tiltak knyttet til kommunens oppgaver og ansvar i habiliterings- og rehabiliteringsforløp beskrevet i kapittel 3.

Det overordnede målet med planen er å styrke brukers mulighet for mestring og medvirkning gjennom koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tjenester. Dette innebærer gode og forsvarlige enkelttjenester, gode samarbeidsstrukturer og tett samarbeid mellom tjenestene.

For å styrke målgruppens muligheter til å leve et mest mulig aktivt og selvstendig liv, vil Sandnes kommune forbedre og videreutvikle eksisterende tjenester og tilbud, i tillegg til å iverksette nye tiltak. Tiltakene har utgangspunkt i brukermedvirkning, tjenesteutvikling, koordinering og tverrfaglig samarbeid.

4.1 Involvering og deltakelse- Hva er viktig for deg?

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

Tiltak

1. Brukers ressurser, behov og mål skal være styrende for tiltak og tjenester. Helse og velferd har hverdagsmestring og brukermedvirkning som verdigrunnlag. For å få kartlagt brukers ønsker og mål, vil Helse og velferd implementere «Hva er viktig for deg?»- tilnærming i hele tjenesteområdet.
Ansvar: Den enkelte virksomhet.
2. Bruker skal være sentral i utforming av tjenestene både på individ og systemnivå. Systematisk innhenting av brukererfaringer og dialog med aktuelle råd vil kunne bidra til å gi gode og nyttige tjenester tilpasset brukers behov.
Ansvar: Den enkelte virksomhet.
3. Barn og unges erfaringer og synspunkter er sentralt ved utforming av tjeneste. Deltakelse i *Mitt Liv* vil kunne bidra til å skape mer treffsikre tiltak basert på barn og unges egne erfaringer.
Ansvar: Oppvekst skole og Oppvekst barn og unge har ansvar for *Mitt Liv*. Aktuelle enheter i Helse og velferd deltar i samarbeid med Oppvekst.

4.2 Samhandling og koordinering

Et kjennetegn ved habilitering og rehabilitering er at flere aktører arbeider sammen med bruker for å nå mål. Dette innebærer et stort behov for koordinering og samhandling mellom alle aktuelle tjenester.

Tiltak

1. Brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til koordinator og individuell plan. For å sikre at bruker får oppfylt sine rettigheter har Koordinerende enhet opplæring i individuell plan og koordinatorrollen. Koordinerende enhet skal etablere nettverk for koordinatorene. Koordinerende enhet skal utarbeide gode rutiner som sikrer at bruker får informasjon om retten til individuell plan og koordinator, samt at koordinator oppnevnes og det blir utarbeidet individuell plan.
Ansvar: Samordningsenheten ved Koordinerende enhet.
2. Tverrfaglig samarbeid er en grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med habiliterings- og rehabiliteringsbehov. Brukere med behov for habilitering og rehabilitering har behov for koordinerte tjenester. Dette innebærer å se tjenester i en sammenheng for å oppnå en helhet. Koordinerende enhet skal vurdere etablering av *oppfølgingsteam* som arbeidsform for å få til bedre tverrfaglige og koordinerte tjenester.
Ansvar: Samordningsenheten ved Koordinerende enhet.
3. Det er viktig med et helhetlig fokus på habilitering og rehabilitering. For å sikre felles forståelse og legge til rette for samarbeid på systemnivå, vil Koordinerende enhet arrangere møteplasser for ansatte som jobber med habilitering og rehabilitering.
Ansvar: Samordningsenheten ved Koordinerende enhet.

4.3 Tjenesteutvikling

En faglig omstilling i arbeidsformer og tilbud vil kunne bidra til å utvikle gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester som imøtekommer brukers behov for tjenester.

Tiltak habilitering

1. For å avdekke potensiale og behov for habilitering, er det hensiktsmessig å foreta tverrfaglige vurderinger. Fysio- og ergoterapitjenester til barn vil initiere samarbeid med andre tjenesteområder i kommunen for å få til tverrfaglige vurderinger.
Ansvar: Fysio- og ergoterapitjenester.
2. Brukere som ikke kan kommunisere med verbalt språk har behov for å benytte *Alternativ supplerende kommunikasjon (ASK)*. Sandnes kommune er i en prosess med å opprette et tverrfaglig ASK-team for å ivareta barn og unge med disse utfordringene. Det er også ønskelig å opprette et tverrfaglig ASK-nettverk i kommunen for å samle og utveksle kompetanse på tvers av enhetene.
Ansvar: Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT).
3. Fysio- og ergoterapitjenester til barn har et team som jobber med barn som har ME (Myalgisk encefalomyelitt). ME kjennetegnes ved langvarig, betydelig, og til tider invalidiserende utmattelse. Det skal vurderes å utvide ME- teamet med representanter fra Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) slik at teamet blir mer tverrfaglig.
Ansvar: Fysio- og ergoterapitjenester.
4. Spiseteamet trenger forankring, en avklaring av hvor mye ressurser som skal øremerkes til teamet og en avklaring av hvem som skal ha hovedansvaret for koordineringen. Det er behov for mer ressurser inn i teamet og å utvide ernæringskompetansen.
Ansvar: Barne- og familieenheten tar ansvar for å finne en løsning på forankring, og alle enheter er ansvarlige for videre ressursavklaring.
5. Fysio- ergoterapitjenester til barn prøver ut et tverrfaglig samarbeid med Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) rundt barn som har økt risiko for å utvikle cerebral parese. Dette samarbeidet, og måten å jobbe på, ønskes videreført og implementert i begge virksomheter.
Ansvar: Fysio- og ergoterapitjenester.

Tiltak rehabilitering

1. For å oppdage potensiale og behov for rehabilitering, vil det være hensiktsmessig å foreta tverrfaglige vurderinger. I 2019 - 2020 skal det etableres et prosjekt som skal planlegge og prøve ut et tverrfaglig vurderingsteam bestående av fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier. Klinisk ernæringsfysiolog vil også være tilknyttet teamet.
Ansvar: Samordningsenheten.
2. Rehabilitering i hjemmet har som utgangspunkt at brukers hjem er mest hensiktsmessig som treningsarena. Dette fordi treningen kan tilpasses brukerens omgivelser og effekten av treningen blir dermed direkte overførbart til brukers daglige omgivelser. I 2019 - 2020 skal det etableres et prosjekt som skal planlegge og prøve ut et tverrfaglig rehabiliteringsteam som skal ivareta behov for funksjonstrening, trening på dagliglivets aktiviteter og kognitiv trening i hjemmet. Det vil også bli foretatt en vurdering av arbeidsoppgavene og organiseringen til Innsatsteamet og Fysio- og ergoterapitjenester til voksne.
Ansvar: Fysio- og ergoterapitjenester og Enhet for hjemmetjenester og rehabilitering (EHR).
3. Det vil etableres en samarbeidsrutine mellom sykehjemsavdelingene og Fysio- og ergoterapitjenester til voksne for å sikre at rehabiliteringstilbudet blir tverrfaglig.
Ansvar: Fysio- og ergoterapitjenester.
4. Det er viktig å vedlikeholde funksjonsnivå til brukere på langtidsopphold i sykehjem. Fysio- og ergoterapitjenester til voksne vil etablere møtepunkt med sykehjemsavdelingene for å tilby opplæring og veiledning av personale på avdelingen.
Ansvar: Fysio- og ergoterapitjenester.
5. Sunn og næringsrik mat er viktig under rehabiliteringsforløpet, da kosthold har betydning for prestasjonsevne, overskudd og forebygging av komplikasjoner. Det er også flere eldre som har utfordringer knyttet til ernæring. I 2019 - 2020 skal det etableres en prosjektstilling til klinisk ernæringsfysiolog som skal bistå med kompetanse om ernæring.
Ansvar: Enhet for hjemmetjenester og rehabilitering (EHR).

4.4 Overganger

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

Tiltak

1. Å sikre gode overganger er viktig for at bruker skal oppleve trygghet og kontinuitet mellom tjenestene. Overganger må planlegges i god tid for å sikre kompetanseoverføring, videreføring av tjenester og nødvendig tilrettelegging. Det er viktig at de overgangsrutinene som er laget blir fulgt, og at de enheter som har behov for å utarbeide rutiner sammen med aktuelle samarbeidspartnere igangsetter dette arbeidet.
Ansvar: Den enkelte virksomhet.
2. Fysio- og ergoterapitjenester ønsker å sikre gode overganger, og skal endre aldersgrensen for tjenester til barn. Dette vil medføre at Fysio- og ergoterapitjenester til barn vil følge barnet over i videregående skole og dermed redusere antall overganger ved 16-års alder. I dette arbeidet er det ønskelig å etablere et bredere tverrfaglig samarbeid med andre tjenesteytere rundt brukeren.
Ansvar: Fysio- og ergoterapitjenester.
3. Når brukere blir lagt inn i spesialisthelsetjenesten, skal kommunen sende nødvendige opplysninger i PLO innleggelsesrapport. Det er laget en veileder til denne rapporten for å sikre at ansatte legger ved alle nødvendige opplysninger. Den enkelte virksomhet er ansvarlig for å sikre at ansatte er kjent med PLO rapporten og veilederen.
Ansvar: Den enkelte virksomhet.

4.5 Kompetanseheving

For å kunne imøtekomme behovet for habilitering og rehabilitering er det nødvendig med bred kompetanse. Sentrale kompetanseområder er kunnskap om prosesser, kartlegging, trening, stimulering, tilrettelegging og mestring.

Tiltak

1. Hverdagsmestring er et forebyggende og rehabiliterende tankesett som styrer ulike arbeidsformer og tjenester. Hverdagsmestring vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen, uansett funksjonsnivå. Helse og velferd vil implementere hverdagsmestring som tankesett i alle enheter i tjenesteområdet.
Ansvar: Den enkelte virksomhet.
2. Kunnskap om habilitering og rehabilitering og kjennskap til kommunens tjenester og tilbud, er viktig for å gi gode tjenester. Koordinerende enhet vil bistå med kompetanseheving til eksterne og interne samarbeidspartnere.
Ansvar: Samordningsenheten ved Koordinerende enhet.
3. Det er behov for økt kompetanse om kognitiv rehabilitering for å gi et godt rehabiliteringstilbud i hjemmet. Fysio- og ergoterapitjenester til voksne vil heve egen kompetansen på dette feltet.
Ansvar: Fysio- og ergoterapitjenester.
4. Positiv atferdsstøtte (PAS) vektlegger kompetanseheving for de ansatte for å imøtekomme tjenestemottakers behov. Enhet for funksjonshemmede (EFF) har obligatoriske kurs for alle ansatte i virksomheten i gjeldende rammeverk og metode.
Ansvar: Enhet for funksjonshemmede (EFF).
5. Riktig bruk av velferdsteknologi gir mange muligheter, og velferdsteknologiske løsninger kan være med å bidra til at brukere oppleve trygghet og større egenmestring i sin hverdag. Sandnes Kommune har satset på ulike velferdsteknologiske løsninger, blant annet en overgang fra analoge til digitale trygghetsalarmer. Videre satsing på kort sikt er elektronisk medisineringsstøtte og mobile trygghetsalarmer med GPS.
Ansvar: Enhet for hjemmetjenester og rehabilitering (EHR).
6. Ivaretagelse av psykisk helse er en del av habiliterings- og rehabiliteringsforløpet. Ansatte må ha grunnleggende kompetanse om hvordan funksjonsnedsettelse og psykisk helse kan påvirke hverandre. Virksomhetene må ved behov legge til rette for tiltak som styrker ansattes kompetanse om psykisk helse i habilitering-/rehabiliteringsforløp. Det bør iverksettes tiltak for å øke ansattes kunnskap om tilbud og tjenester i kommune- og spesialisthelsetjenesten som ivaretar psykisk helse, slik at bruker kan henvises til aktuelle tilbud og tjenester.
Ansvar: Den enkelte virksomhet.

4.6 Samhandling med og ivaretagelse av pårørende

Pårørende er ofte brukerenes viktigste støtte og ønsker i de fleste situasjoner å være en ressurs. Pårørende har ulike ønsker om og behov for støtte og kommunen har ansvar for at deres rettigheter bli ivaretatt. Samhandling mellom pårørende og tjenestene er nødvendig for å sikre gode habiliterings- og rehabiliteringsforløp.

Tiltak

1. Pårørende er en viktig samarbeidspartner for tjenesteapparatet. Pårørende er en ressurs som kjenner brukeren godt. Det er derfor viktig at pårørende tas med i utforming av tjenestetilbudet.
Ansvar: Den enkelte virksomhet.
2. Ansatte skal kjenne til pårørendes rettigheter og hvilket ansvar kommunen har for å ivareta disse. Ansatte skal i møte med pårørende vurdere deres behov og sikre at pårørendes rett til informasjon, veiledning og støtte blir ivaretatt.
Ansvar: Den enkelte virksomhet.

5. Rapportering

Behovene og tjenestene er i stadig utvikling og tiltakene kan endre seg underveis. Planen skal følges opp med statusrapportering i 2021.