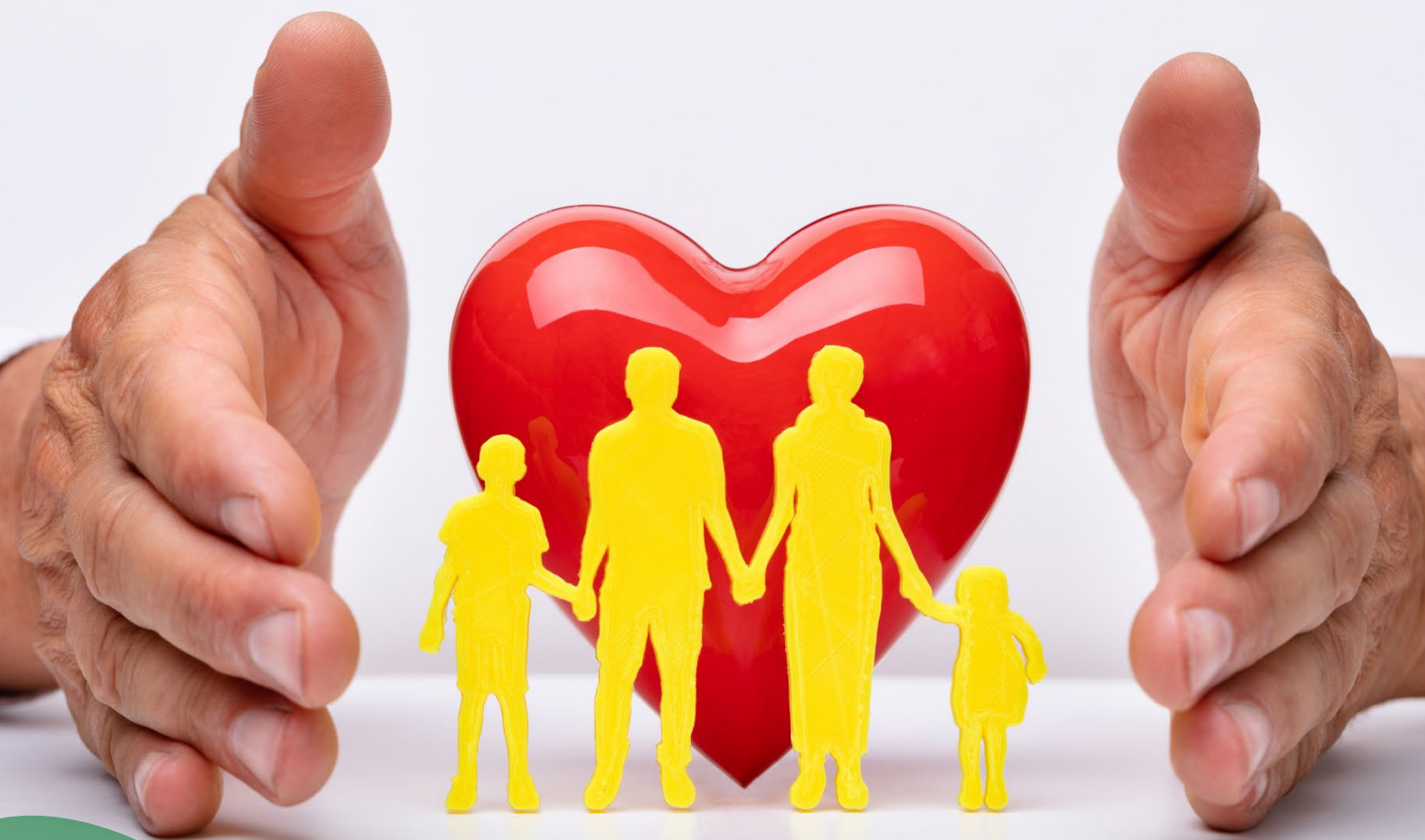




**ORKLAND
KOMMUNE**

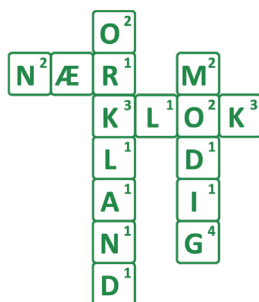


Temaplan for habilitering og rehabilitering

Vedtatt av kommunestyret 15.12.2021

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	3
2. SAMMENDRAG	5
3. BAKGRUNN	6
3.1 Formålet med planen	6
3.2 Målgruppe	6
3.3 Forankring av temaplanen.....	6
4. SENTRALE OG LOKALE FØRINGER	7
4.1 Lovverk og føringer fra sentrale myndigheter	7
4.2 Lokale føringer.....	7
5. SENTRALE AKTØRER I HABILITERING- OG REHABILITERINGSPROSESSEN	8
5.1 Koordinerende enhet	8
5.2 Øvrige sentrale aktører.....	9
6. REHABILITERINGS- OG HABILITERINGSFORLØP	9
6.1 Habilitering barn og unge	9
6.2 Habilitering voksne	9
6.3 Rehabiliteringstjenester for voksne.....	10
7. SATSNINGSOMRÅDER, TILTAK OG ØKONOMISKE KONSEKVENSER	12
7.1 Tildeling, Koordinerende enhet og Individuell plan.....	12
7.2 Samhandling rundt barn og unge	13
7.3 Arbeid- og aktivitetstilbud	13
7.4 Fritid og frivillighet.....	14
7.5 Kognitiv kartlegging og re-/habilitering	14
7.6 Hjelpemiddellager	15
7.7 Hverdagsmestring, dag- og døgnrehabilitering	15
7.8 Oversikt tiltak og økonomiske konsekvenser	18
8. FORVENTEDE RESULTATER	19
8.1. Økonomiske fordeler	19
8.2. Sosiale fordeler	19
Vedlegg 1: Sentral aktører i habilitering- og rehabiliteringsprosessen.....	20
Vedlegg 2: Definisjoner og begreper	24
Vedlegg 3: Brukermedvirkningstrappa	26

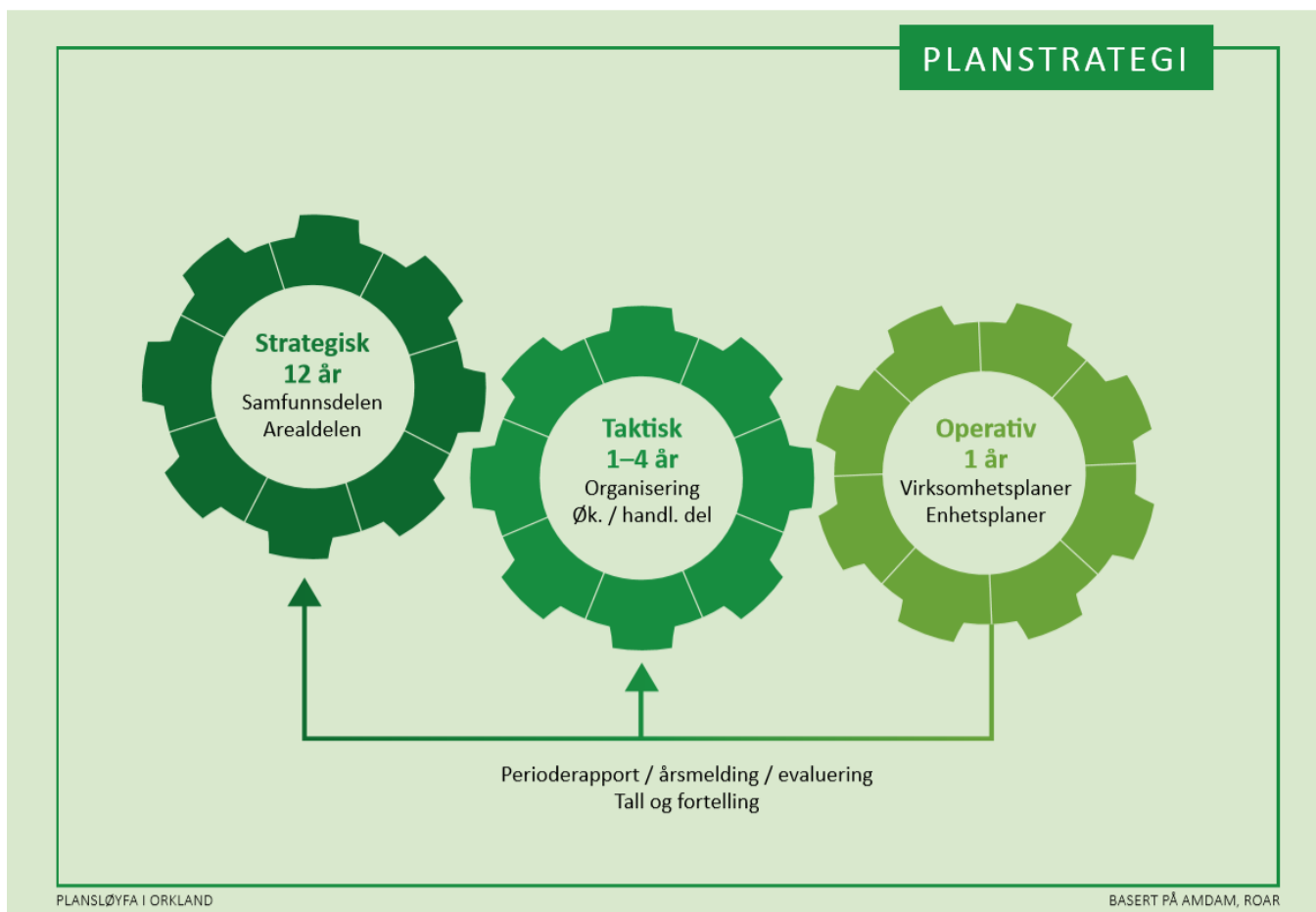


1. INNLEDNING

For å få et enkelt og godt kommunalt plansystem må det være sammenheng mellom kommunens ulike planer.

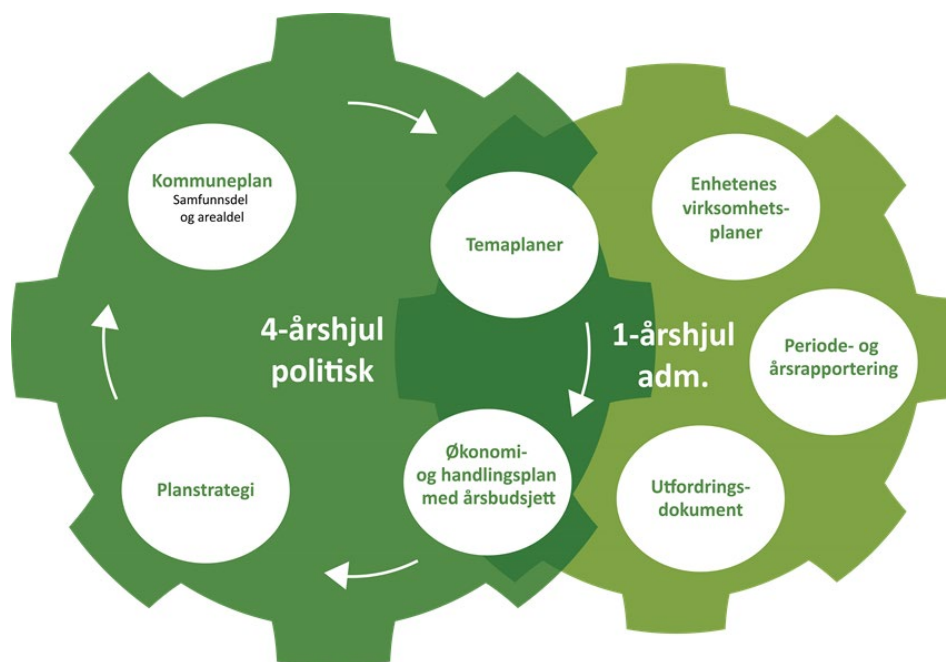
Temaplaner er plassert mellom strategisk og taktisk nivå, det vil si mellom samfunnsdelen og økonomi- og handlingsplanen.

Temaplanene belyser og gir kunnskap om utvalgte fag- og temaområder. Temaplanene inneholder en handlingsdel med prioriterte tiltak. Dersom gjennomføring av tiltak har økonomiske konsekvenser, vil disse tiltakene behandles som innspill i budsjettarbeidet.



Samfunnsdelen legges til grunn for alt arbeid og videre utvikling av kommunen. Den er styrende for prioriteringer i økonomi- og

handlingsplan og øvrige planer. Økonomi- og handlingsplan med årsbudsjett utgjør kommuneplanens handlingsdel.



Figuren viser hvordan Orkland kommune skal ha et sammenhengende plan- og styringssystem inndelt i 4-årshjul og 1-årshjul. De strategiske plandokumentene og prosessene er plassert i det fireårige løpet. Det innebærer at den langsiktige delen av kommuneplanen (samfunnsdelen) bør oppdateres minst en gang i fireårsperioden. Dette er spesielt viktig i en ny kommunen - et første generasjons planverk. De to årshjulene virker sammen, og er gjensidig avhengige av

hverandre. Økonomi- og handlingsplanen blir selve «navet» i systemet, der strategier og temaplaner følges opp av tiltak og handling som prioriteres i årsbudsjettet. Alle temaplaner publiseres på et eget «planområde» på hjemmesida, og mer informasjon om kommunens planer og plansystem finnes her:

<https://www.orkland.kommune.no/planer>

2. SAMMENDRAG

Temaplan for habilitering og rehabilitering i Orkland kommune favner tjenester på tvers av sektorer og dekker områdene habilitering til barn, habilitering til voksne og rehabilitering. Planen er et ledd i oppfølgingen av nasjonal opptrappingsplan. Den overordnede målsetningen med temaplanen er å styrke målgruppens muligheter til å leve et mest mulig aktivt og selvstendig liv.

Temaplanen tar for seg nasjonale og lokale føringer, de sentrale kommunale aktørene, og habilitering- og rehabiliteringsprosessene. Planen viser til satsningsområder og har en egen tiltaksoversikt. Tiltak som fordrer tilførte ressurser, må søkes innarbeidet i økonomi- og handlingsplan.

3. BAKGRUNN

Orkland 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. Hovedtyngden av habilitering- og rehabiliteringstilbudet skal gis i brukernes hjemkommune, hvor spesialisthelsetjenesten kun gir tilbud i kortere perioder. Det er behov for; mer teambaserte tjenester og systematikk i oppfølgingen ¹.

Funksjonsnedsettelse kan gi utfordringer i hverdagen, slik som deltakelse i skole, arbeid og fritid. Tiltak som kan bedre funksjons- og mestringsevnen kan være medisinsk oppfølging og behandling, trening av fysisk, psykososial og kognitiv funksjon, lærings- og mestringstiltak og tilrettelegging med hjelpemidler. Mange har også behov for tilrettelegging av bosituasjon, barnehage og skole, arbeidsdeltakelse, aktiviteter og det sosiale miljøet. Brukerens behov varierer med tanke på innhold, omfang og intensitet i oppfølgingen ^{2,3}

Den demografiske utviklingen i Orkland hvor vi kan forvente flere eldre enn personer i yrkesaktiv alder, stiller krav om å tilpasse tjenestene på en annen måte ⁴. Det bør legges vekt på forebygging, tidlig innsats, bedre samarbeid og sterkere brukermedvirkning ⁵.

3.1 Formålet med planen

Formålet med planen er å imøtekomme den demografiske utviklingen, få et mer helhetlig og omforent blikk på habilitering og rehabilitering, og styrke brukers muligheter for mestring og deltagelse i eget liv.

3.2 Målgruppe

Planens målgruppe er personer med behov for habilitering og rehabilitering. Forskjellen mellom habilitering og rehabilitering er i hovedsak relatert til målgruppe. Personer med behov for habilitering er ofte barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse, mens målgruppen for rehabilitering kjennetegnes ved behov for å gjenvinne tapt funksjon etter sykdom og skade.

Habilitering og rehabilitering defineres av målrettede samarbeidsprosesser mellom bruker, pårørende og tjenesteytere.

3.3 Forankring av temaplanen

Temaplanarbeidet har hatt en styringsgruppe med enhetsledere og kommunalsjef innen helse og mestring og oppvekst i Orkland. Det har vært prosjekt- og arbeidsgrupper. Brukerrepresentanter har deltatt i disse gruppene. Arbeidsgruppene har vært relatert til tematikk. Arbeidet med tiltaksfasen ble gjort som en mulighetsstudie med midler fra statsforvalteren. Dette arbeidet har vært presentert for styringsgruppen og planen var på høring.

¹ St.meld. 26 Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet (2014-2015)

² Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (2015),

Orkland kommune

³ Kartlegging av helse- og omsorgstjenestetilbudet til voksne med habiliteringsbehov (2017)

⁴ Strategi for helse og omsorg i Orkland (2018)

⁵ St.meld. 47 Samhandlingsreformen (2008-2009)

4. SENTRALE OG LOKALE FØRINGER

4.1 Lowerk og føringer fra sentrale myndigheter

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)
- Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov (2017)
- Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (2015)

4.2 Lokale føringer

- Kommuneplanens samfunnsdel (2020-2032)
- Utfordringsdokument (2020)
- Fagrapporter i forbindelse med kommunesammenslåingen (2018-2019)
- Intensjonsavtale (2016)

Under følger en tabell som synliggjør satsningsområdene i denne temaplanen, og hvordan disse er med på å støtte opp under samfunnsdelen, i tillegg til å belyse utfordringer fra utfordringsdokumentet. Satsningsområdene vil bidra til å nå åtte av bærekraftsmålene.



Temaplan	Samfunnsdel	Utfordringsdokument	
Satsningsområder	Delmål	Strategi	Relevante utfordringer
Tildeling, koordinerende enhet og individuell plan	Klok: Orkland skal være et inkluderende samfunn for mennesker i alle livsfaser, med ulike forutsetninger og funksjonsevner, der den enkelte opplever tilhørighet, mestring, trivsel og tar medansvar	K1, K2, K3, K4, K6, K7, K8, K9, K10	Hvordan sikre en økende andel eldre befolkning gode tjenester når statlige inntekter reduseres som følge av lav befolkningsvekst?
Samhandling barn og unge			Ny barnevernreform med behov for styrking av arbeidet med tidlig innsats og forebygging
Arbeid- og aktivitetstilbud			Orkland har en høy andel unge uføre. Hva kan vi gjøre med det?
Fritid og frivillighet	Modig: Orkland møter framtidens utfordringer på en offensiv måte	M1, M2	Strukturer innen kulturområdet
Kognitiv kartlegging og re-/habilitering			Hvordan utvikle en riktig frivilligpolitikk?
Hjelpemiddellager	Nær: Orkland skal ha en aktiv og bærekraftig by- og stedsutvikling	N6, N8	Hva legger vi i at vi skal bli en mer demensvennlig og aldersvennlig kommune?
Hverdagsmestring, dag- og døgnrehabilitering			

5. SENTRALE AKTØRER I HABILITERING- OG REHABILITERINGSPROSESSEN

5.1 Koordinerende enhet

Koordinerende enhet bidrar til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering ⁶.

Tildelingskontor og koordinerende enhet behandler søknader og tildeler helse- og omsorgstjenester, og bidra til at det tilbys riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang.

Koordinerende enhet bør være et synlig kontaktpunkt for brukere, ansatte og samarbeidspartnere og kunne gi råd om tjenester og tilbud innen rehabilitering og habilitering og veiledning om individuell plan og koordinator. Dette forutsetter en god oversikt over tilbud, både i kommunen, spesialisthelsetjenesten og frivillige lag og organisasjoner. Brukermedvirkning er sentralt.

5.1.1 Individuell plan og koordinator

Koordinerende enhet har et overordnet ansvar for individuell plan og koordinator.

Brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Pårørende trekkes inn i arbeidet i den grad bruker og pårørende ønsker det ⁷.

«Koordinerte» tjenester betyr at behovet gjelder to eller flere helse- og omsorgstjenester ⁸. Brukeren kan også ha tjenester fra andre sektorer. Planen skal bidra til helhetlig tjenestetilbud på tvers av fag, nivåer og sektorer. Uavhengig av om

bruker takker ja til individuell plan, tilbys brukeren koordinator ved langvarige og koordinerte tjenester. Individuell plan og koordinator er sentrale verktøy for å sikre brukermedvirkning ⁹.

«I sakene der det er oppfølgingsteam, så fungerer det godt»

Habiliteringstjenesten for voksne (HAVO)



Illustrert Kirsten Singaas Sundsøy

⁶ Forskrift for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011)

⁷ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

⁸ Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (2015)

⁹ [Informasjon om individuell plan og koordinator](#)

5.2 Øvrige sentrale aktører

Under følger øvrige sentrale aktører. Les mer om disse aktørene i vedlegg 1, eller via kommunens nettsider.

- Brukeren
- Pårørende
- Friskliv og rehabilitering
- Fastlegen
- Psykisk helse- og rusarbeid
- Familiesenteret
- Helsestasjon/ skolehelsetjenesten
- Kommunalt hjelpemiddellager
- Hjemmetjenesten
- Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)
- Rehabiliteringsavdeling
- Bo- og miljøarbeid
- Barnehage, skole og SFO
- Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT)
- Voksenopplæringen
- Fritidstilbud for personer med bistandsbehov
- Frivillige aktører
- Spesialisthelsetjenesten

6. REHABILITERINGS- OG HABILITERINGSFORLØP

6.1 Habilitering barn og unge

Barn og unge med funksjonsnedsettelse skal ha mulighet til å oppnå og beholde størst mulig selvstendighet, inkludering og deltakelse på alle livets områder¹⁰. Flere brukere og deres familier har behov for tverrfaglige og tverrsektorielle tjenester helt fra småbarnsalder til voksen alder, eller hele livet. Her er samhandling og koordinering spesielt viktig for å ivareta sårbare overganger i ulike livsfaser og arenaer. Oppfølgingsteam, koordinator og individuell plan er verktøy som sikrer målrettet og samordnet innsats.

Tidlig og tverrfaglig behovskartlegging er nødvendig for å kunne iverksette tiltak som kan øke egenmestring og utsette eller redusere hjelpebehovet¹¹. Også når det bare foreligger en antakelse om et mulig behov skal dette følges opp¹². Manglende kompetanse og samhandling kan medføre sen diagnostisering¹³. Omsorgen, støtten og

veiledning fra foreldre og nær familie betyr mest for barns utvikling og livskvalitet, og familieperspektivet må vektlegges ved tilpasning av tjenestene.

Barn og unge med langvarige og sammensatte helse- og omsorgsbehov og deres foreldre kan trenge veiledning, avlastning og botiltak.

6.2 Habilitering voksne

Voksne personer med habiliteringstjenester er en sammensatt gruppe med ulike behov, både knyttet til innhold, omfang og intensitet i oppfølgingen. Funksjonsnedsettelsen vil oftest være varig og habiliteringsbehovet vil derfor vare livet ut. Behov for tilrettelegging av bosituasjon, arbeidsdeltakelse, aktiviteter og det sosiale miljø er sentralt.

¹⁰ Veileder for barn og unge med habiliteringsbehov (2015)

¹¹ Rundskriv nr. I-5/2017 Om å utrede potensialet for rehabilitering.

¹² §7 og §12 Forskrift for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011)

¹³ Veileder for barn og unge med habiliteringsbehov (2015)

Habiliteringstiltakene skal bidra til å fremme mestringsevne og understøtte brukerens innsats for best mulig funksjonsevne, selvstendighet og deltakelse ¹⁴.

Personer med habiliteringsbehov kan også ha behov for tverrfaglig, målrettet og tidsavgrenset rehabiliteringstilbud (grunnet ervervet skade/sykdom). Det er hyppigere forekomst av psykiske lidelser hos voksne med habiliteringsbehov enn i befolkningen

6.3 Rehabiliteringstjenester for voksne

Kommunen har ulike rehabiliteringstilbud i og utenfor institusjon for voksne og eldre.

6.3.1 Helsefremming og hverdagsmestring som grunnlag for alle tjenester

Hverdagsmestring er et tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser står sentralt. Arbeidsmetoden er aktuell for alle helse- og mestringstjenestene i kommunen og bygger på hva som er viktig å *mestre* for brukeren selv. *Et slikt* mestringfokus bør møte både brukere som bor hjemme og i institusjon.

6.3.2 Hverdagsrehabilitering

Evalueringen av hverdagsrehabilitering viser reduksjon i hjemmetjenester i samsvar med tidligere forskningsrapporter. Tilbudet bidrar til at personene blir mer selvstendig, har mindre behov for kommunale tjenester, utsetter innleggelse i sykehjem og bidrar til å holde folk på lavere nivå i omsorgstrappen. Teamet benyttes også tidvis som innsatsteam, som er tverrfaglig rehabilitering lenger opp i rehabiliteringspyramiden.

for øvrig. Personer med utviklingshemming har høyere sykdomsrisiko og dårligere helse enn resten av befolkningen. Dette har sammenheng med diagnoserelaterte sykdommer og livsstilssykdommer. Fysisk aktivitet, riktig kosthold og systematisk helseoppfølging er spesielt viktig for å forebygge sykdom og gi økt livskvalitet for brukere av habiliteringstjenester.

«Jeg kunne aldri ha flyttet rett hjem etter sykehusinnleggelsen. Hverdagsrehabiliteringa har betydd masse for at jeg skulle bli trygg på å bo hjemme igjen.» Sitat kvinne over 80 år.



Illustrert Kirsten Singaas Sundsøy

6.3.3 Rehabilitering utenfor institusjon

Ved rehabilitering utenfor institusjon, eller oppsøkende rehabilitering, opprettes det tverrfaglig samarbeid rundt hver enkelt sak. Det er viktig at kapasiteten er så stor at man unngår ventetid, siden effekten av tilbudet som oftest er størst tidlig i et forløp.

¹⁵ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016)

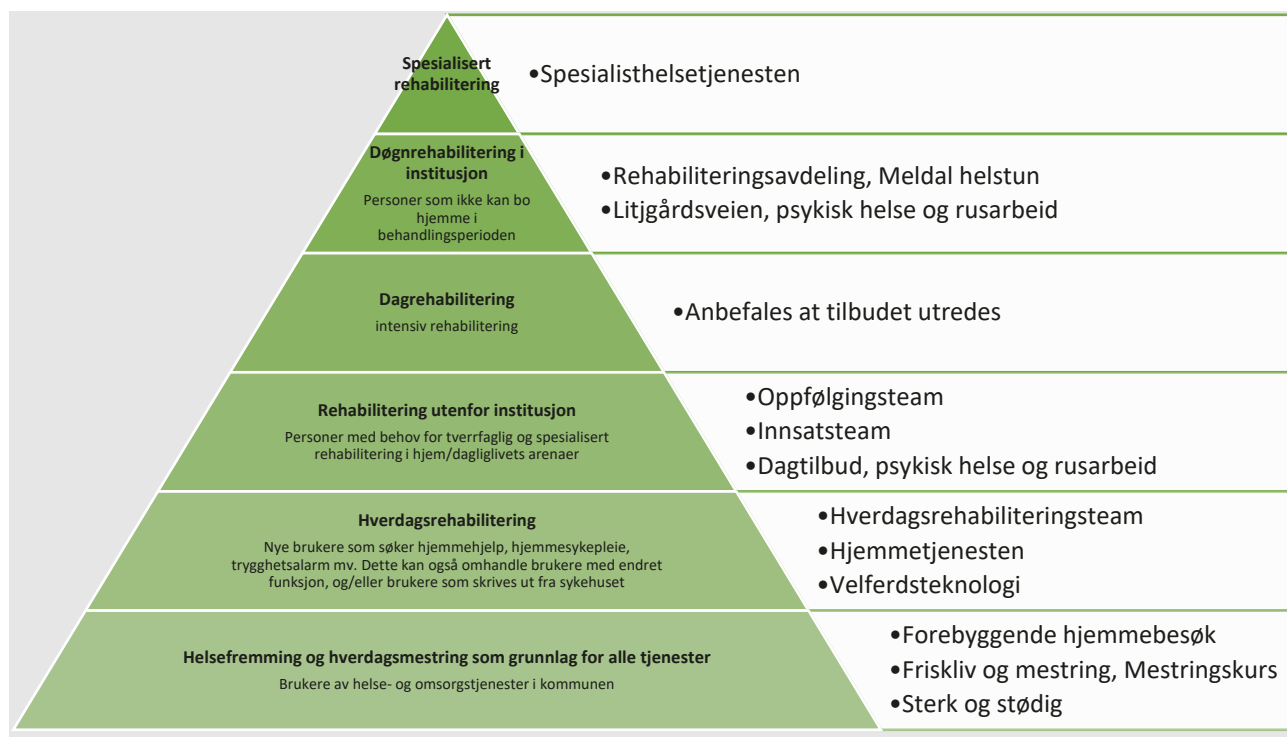
6.3.4 Dagrehabilitering

Strategi for helse og omsorg i Orkland har anbefalt at tilbudet utredes. Normering av dagplasser er enda vanskeligere enn normering av døgnplasser, men behovet for dagplasser anses å være større enn for døgnplasser. Orkland ser på muligheten for å tilby dagrehabilitering.

6.3.5 Døgnrehabilitering i institusjon

Tverrfaglig og tidsavgrenset rehabiliteringsopphold gis til personer med

behov for oppfølging og rehabilitering hele døgnet. Døgnrehabilitering gis i dag ved Orkdal Helsetun, Meldal Helsetun og sykehjemmene i Snillfjord og Lensvik. Orklands tilbud om døgnrehabilitering er planlagt samlet ved nye Meldal helsetun. Det planlegges for åtte rehabiliteringsplasser. Det gis også langvarig døgnopphold for unge voksne med psykiske lidelser og rusutfordringer i Litjgårdsveien omsorgsbasis.



Figur: Rehabiliteringspyramiden fritt etter modell fra Kristiansand kommune. Pyramiden skisserer forholdet mellom antall brukere og hvilke rehabiliteringstjenester som benyttes.

7. SATSNINGSOMRÅDER, TILTAK OG ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Under følger utvalgte satsningsområder i temaplanen og tilhørende mulige mål/tiltak.

7.1 Tildeling, Koordinerende enhet og Individuell plan

Orkland kommune skal forbedre og samordne den tverrfaglige og tverrsektorielle innsatsen. Et viktig grep i dette arbeidet er å styrke tildelingskontor og koordinerende enhet. I arbeidet med denne temaplanen har det vært bred enighet om å styrke opplæring av koordinatorene, bruk av individuell plan (IP) og oppfølgingsteam. Dette kan føre til tydeligere ansvars- og rollefordelinger i det tverrfaglige arbeidet.

Et brukervennlig system for digital individuell plan ble anskaffet på nyåret 2021. Både brukeren selv, pårørende, tjenesteutøvere og andre kan få tilgang.

Koordinerende enhet har en sentral rolle i å tilrettelegge for god brukermedvirkning. Brukermedvirkning skal også gjennomføres på tjeneste-/systemnivå. Brukernes og de pårørendes erfaringer skal benyttes til forbedring av tjenestene, både ved planlegging, gjennomføring og evaluering¹⁵. Brukerorganisasjonene er en viktig samarbeidspartner her. Råd for mennesker med nedsatt funksjonsnivå arbeider på et system-/politisk nivå. De uttaler seg i plansaker og påpeker forhold innenfor sitt arbeidsområde som bør endres eller følges opp. Rådet kan også ta opp saker på eget initiativ. Se brukermedvirkningstrappa i vedlegg 3.

MÅL

1. Arbeide for et synlig tildelingskontor og koordinerende enhet med avklart rolle og funksjon. Enheten vil kunne bidra til:
 - a) Å sikre tverrfaglig kartlegging av behov for habilitering og rehabilitering.
 - b) Å sikre gode rutiner for overganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.
 - c) Å sikre at tjenestetilbudene er godt kjent hos ansatte, frivilligheten og brukere.
 - d) Innarbeide felles rutiner i Orkland for etablering av ansvarsgruppe, samarbeidsgruppe, individuell plan og koordinator.
 - e) Legge til rette for tverrfaglig samarbeid på systemnivå igjennom Tverrfaglig samarbeidsforum for barn og unge, Ledernetverket for helse og mestring, samarbeidsforum med videregående skole/arbeidsliv/kommune.
2. Gi god informasjon og utvikle felles opplæring om koordinerende enhet, individuell plan og koordinator, med særlig vekt på opplæring av koordinatorene. Herunder en felles forståelse av hva habilitering og rehabilitering er.
3. Gi opplæring i, og sikre implementering av, digitalt verktøy for individuell plan som brukeren har tilgang til.
4. Sikre god brukermedvirkning i tjenesteutviklingen i Orkland på systemnivå, både i planlegging, gjennomføring og evaluering av tjenester.

¹⁵ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016)

7.2 Samhandling rundt barn og unge

Orkland kommune ønsker å prioritere forebygging gjennom tidlig innsats og tverrfaglig samordning innen helse-, oppvekst- og familietjenestene ¹⁶. Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI) er en samarbeidsmodell som skal bidra til tidlig og koordinert innsats rundt barn, unge og familier det er knyttet bekymringer til. Det er en bekymring at andelen unge uføre (4.2%) i Orkland er dobbelt så stor som landsgjennomsnittet. Dette kan predikere utenforskap og evnen til å mestre eget liv (Ibid.)

Veiledning til foresatte gis i dag i stor grad av skoler, barnehager, ergo- og fysioterapeuter og barne- og familietjenesten (barnevern, helsestasjon og familiesenter). Det etterspørres praktisk veiledning i hjemmet. Målgruppen er familier som har barn med funksjonsnedsettelse, inkludert psykososiale utfordringer. Gjennom veiledning søker man å styrke foresattes forutsetning til å mestre foresatterollen og egen livssituasjon.

For brukere som har behov for tjenester over lengre tid så er livsfaseoverganger ekstra sårbare. Overganger fra ungdomsskole til videregående skole og ut i arbeid er eksempel på slike overganger.

Brudd i kontinuitet mellom tjenestene kan være særlig kritisk for personer i re-/habiliteringsprosesser. Dette fordi utfordringer relatert til utdanning, arbeid og etablering i egen bolig ofte kommer samtidig med endring i organiseringen av tjenestetilbudet. Unge voksne som har behov for bistand til å mestre å bo alene bør få tilbud om boveiledning. Tilbudet bør ha fokus på dagligdagse gjøremål (ADL) og ferdigheter

som er viktige for å ha en god bosituasjon. Det kan være praktiske boferdigheter som matlaging, klesvask, hygiene, økonomi og naboskap. Tiltaket bør inngå i den langsiktige planleggingen rundt hver bruker og iverksettes i god tid før han/hun flytter for seg selv. Erfaringer fra Meldal viser at antall timer med behov for boveiledning går ned etter de får tilbudet.

MÅL

1. Sikre god samhandling rundt barn og unge gjennom Bedre Tverrfaglig Innsats for barn og unge (BTI). Gode prosedyrer skal ivareta sårbare overganger for barn og unge med nedsatt funksjonsnivå.
2. Tilby koordinert oppfølging/ veiledning på alle arenaer, også hjem og fritid, for barn med nedsatt sosial og psykisk funksjon.
3. Sikre at tilbudet til ungdom og voksne med habiliteringsbehov er godt koordinert ved å sørge for at det er en kommunal kontaktperson som følger ungdommen igjennom videregående skole for å ivareta kontinuitet i tjenesten.
4. Tilby boveiledning med trening på å bo for seg selv, særlig til unge voksne utenfor ordinært opplæringstilbud.

7.3 Arbeid- og aktivitetstilbud

Flere brukere vil ha et behov for aktivitet. Det kan være arbeid, aktivitetstilbud, fritidstilbud m.m. Det er ønskelig at de vi yter tjenester til har et tilbud om aktivitet utenfor egen bolig. Dette fordrer tverrfaglig samarbeid.

Det er behov for å se på muligheten til å tilby aktivitetstilbud tilrettelagt for det enkelte individ på ulike arenaer i samfunnet. Aktiviteten bør oppfattes som meningsfull, og kan være deltagelse på dagsenter, arbeid på varig tilrettelagt arbeidsplass i kommunal

¹⁶ Utfordringsdokumentet for Orkland 2020

og privat regi, tilbakeføring i arbeid gjennom arbeidsutprøving m.m.

MÅL

1. Videreutvikle et aktivitets- og dagtilbud til unge voksne/ voksne med store sammensatte behov.
2. Sikre tilstrekkelig pedagogisk, helse- og sosialfaglig kompetanse i arbeid og kvalifisering.
3. Tilby meningsfullt og tilpasset arbeid som fremmer mestring uavhengig av funksjonsnivå.

7.4 Fritid og frivillighet

Frivillig innsats bidrar til inkluderende lokalsamfunn der flest mulig i alle aldre kan leve aktive og meningsfulle liv ¹⁷. Bred deltakelse er viktig i et folkehelseperspektiv og kan bidra til livskvaliteten til den enkelte ¹⁸. Det er behov for en løpende dialog med frivillige lag og organisasjoner om hvilke typer oppgaver eller innenfor hvilke områder de kan bidra, samt hvor det kan være behov for å inngå formelle avtaler. Som en del av arbeidet med denne temaplanen er det blitt gjennomført en kartlegging av frivilligheten i Orkland i samarbeid med Frivillighet Norge. Kartleggingen gir oversikt over frivillige lag og organisasjoners ønsker og behov for samarbeid. Gjennom SWOT-analyse har brukere, pårørende og helsepersonell etterspurt flere tilrettelagte aktivitets- og fritidstilbud. Frivillige organisasjoner er selv ansvarlig for å treffe nødvendige valg og prioriteringer slik at flest mulig kan delta.

MÅL

1. Arbeide for å legge til rette for aktivitets- og fritidstilbud for personer med nedsatt funksjonsevne.

«Jeg føler meg som en ungdom på nytt! Nå kan jeg være med på sosiale aktiviteter. Det har jeg ikke kunnet gjort på lenge!» Sitat person som fikk BPA



Illustrert Kirsten Singsaas Sundsøy

2. Bidra til et godt og systematisk samarbeid mellom frivilligheten og kommunen.

7.5 Kognitiv kartlegging og habilitering/rehabilitering

Demensteam er et godt utprøvd tilbud. Tilbudet til demente er knyttet til tilbud innenfor pleie og omsorg. Flesteparten av de som har demens er eldre. Informasjon til pårørende er en viktig del for en helhetlig innsats. Arbeidsgruppen vektla mer skreddersydde hjemmetjenester og arbeid for et demensvennlig samfunn som sentralt. Videre ansees det også å være et behov for å avdekke nedsatt kognitiv funksjon der demens ikke er årsaken.

¹⁷ [Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet \(2015-2020\)](#)

¹⁸ Meld. St. 10 (2018–2019) Frivilligheita – sterk, sjølvstendig, mangfaldig — Den statlege frivilligheitspolitikken

MÅL

1. Forbedret tilbud om kartlegging og habilitering og rehabilitering av kognitive vansker.
 - a) Demensteam videreutvikles i regi av pleie- og omsorg.
 - b) Arbeide for et demensvennlig samfunn utvikles i regi av pleie- og omsorg.

7.6 Hjelpemiddellager

Kommunens ansvar og oppgaver har økt over år, både med flere saker og større krav til teknisk kompetanse. Samtidig overføres flere oppgaver fra Nav hjelpemiddelsentral til kommunene. Samarbeidsavtalen med Nav hjelpemiddelsentral og kommunen regulerer ansvars og oppgavefordelingen ¹⁹.

Orkland har ansvar for å forvalte store verdier i hjelpemidler (Over 15 millioner kroner i 2020). Arbeidsgruppens kartlegging viser at det er behov for mer teknisk kompetanse og kapasitet ved kommunalt hjelpemiddellager. Velferdsteknologien vil også kreve økt kompetanse.

MÅL

1. Sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse ved hjelpemiddellager.
2. Utarbeide prosedyrer for hjelpemiddelformidling, både lokalt og via Nav.

7.7 Hverdagsmestring, dag- og døgnerhabilitering

7.6.1 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er et viktig og konkret tiltak for å sikre målet om at flest mulig kan bo i egen bolig, og å fortsatt mestre de

aktivitetene som brukeren selv synes er viktige. Det er et mål at hverdagsrehabilitering er en integrert del av tjenesten i hele Orkland.

«Jeg trenger hjelp til å mestre hverdagen min. Både på det fysiske og det psykiske plan. Lære av andre, sosialisere meg.» Deltakere om behovet for mestringstreff



Illustrert Kirsten Singaas Sundsøy

7.7.2 Hverdagsmestring og dagrehabilitering

Læring og mestring er sentralt innen all habilitering og rehabilitering. Målet med læring og mestringstilbud er å lære å leve med helseutfordringen. Oppsummering av kunnskapsgrunnlag viser at personer som har deltatt i lærings- og mestringstilbud har færre eller kortere sykehusinnleggelses, færre konsultasjoner i poliklinikk og hos fastlege, samt færre sykedager enn de som ikke deltar. I mange studier viser en også til bedre leveår ²⁰. Det å samle deltagerne i rehabiliteringsgrupper har vist seg å være en effektiv arbeidsform for egenmestring og bidrar til å fremme læring mellom deltagerne²¹. Det er etablert fagnettverk og

<https://mestring.no/forskning/forskningsprosjekter/helseøkonomisk-utbytte-av-deltakelse-i-lærings-og-mestringstilbud/>

²¹ St. Meld. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

²⁰ Helseøkonomisk utbytte av læring og mestring. Sist oppdatert:5.12.18

arbeidsgrupper for å kunne bidra til utvikling av lærings- og mestringsområdet i Orkland.

I dag får flere avslag på rehabilitering i spesialisthelsetjenesten fordi spesialisthelsetjenesten ønsker at tilbudet skal gis i kommunen. Spesialisthelsetjenesten har ikke anledning til å overføre oppgaver uten at dette er avtalt. Kommunen bør sikre et differensiert tilbud som inneholder funksjonstrening, tilrettelegging og læringstilbud som imøtekommer behovet til innbyggere og som er innenfor det som er kommunens sørge-for- ansvar. Tilbudet bør blant annet omfatte dagrehabilitering og lærings- og mestringstilbud ²².

7.7.3 Muskel- og skjelettplager

En arbeidsgruppe har sett på strategier for å bidra til at personer med muskel- og skjelettplager vil mestre sine helseplager. De ser muligheter for tidligere kartlegging av risiko for langvarig funksjonsnedsettelse og å legge til rette for et kunnskapsbasert smertemestringskurs. Risikovurderingen vil også si noe om eventuelle behov for en tverrfaglig tilnærming og bidra med riktig behandling til rett tid. Kommunen vurderer mulig organisering av tiltaket.

Orkland gjennomførte våren 2021 en smertemestringspilot. Piloten vil bli evaluering i et masterprosjekt ved NTNU.

7.7.4 Ernæring

Kommunen skal sørge for nødvendige helse og omsorgstjenester. Rapport fra Helsedirektoratet: Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten (2017) synliggjør betydningen av å sikre tilgang på klinisk ernæringsfysiolog for å ivareta helsetjeneste

til personer med ernæringsrelatert sykdom eller tilstander ²³. Primærhelsetjenestemeldingen beskriver behovet for kliniske ernæringsfysiologer i den kommunale helse og omsorgstjenesten: «Disse vil være sentrale for å oppnå målene om å redusere blant annet forekomst av ikke-smittsomme sykdommer, underernæring og andre ernæringsrelaterte sykdommer og plager. Kliniske ernæringsfysiologer vil være viktige bidragsyttere i tverrfaglige team innen pasient- og pårørendeopplæring og som ressurs for annet helsepersonell» ²⁴. I de nasjonale føringene anbefales det 1 klinisk ernæringsfysiolog per 10 000 innbygger. Dette må allikevel tilpasses lokale forhold.

Det er per 2021 ingen klinisk ernæringsfysiolog i Orkland. Det veiledes i dag i de nasjonale kostholdsrådene som er forebyggende for alle mennesker. Dette gjøres blant annet av sykepleiere, (hjemmetjenesten, institusjon, helsestasjon m.fl.), og i friskliv og mestring.

²² Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2015)

²³ Rapport fra Helsedirektoratet: Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten (2017)

²⁴ Primærhelsetjenestemeldingen, side 63

5.7.5 Døgnrehabilitering

Døgnrehabilitering er planlagt ved nye Meldal helsetun. Dette er en del av helse- og omsorgsstrategien for Orkland. Flytting av døgnrehabiliteringen ble gjort allerede 1. januar 2021. Vi vil arbeide for å sikre gode rutiner og forløp for døgnrehabilitering i Orkland.

MÅL

1. Utrede mulighetene for dagrehabilitering med gjennomføring av pilot
2. Tilby diagnoseuavhengige lærings- og mestringstilbud og tilbud til de store diagnosegruppene. Samordne læring- og mestringsaktiviteten igjennom fagnettverk for læring og mestring.
3. Orkland har arbeidsformer som fremmer egenmestring hos personer med muskel- og skjelettplager.
 - a. Opprette lærings- og mestringstilbud for smertemestring
 - b. Sikre rutiner for kartlegging av risiko for langvarige muskel- og skjelettplager, og innarbeide disse i praksis.
4. Å få på plass tilbud om veiledning til personer med ernæringsrelaterte sykdommer og tilstander.
5. Hverdagsrehabilitering er en integrert del av tjenesten i hele Orkland.
6. Sikre gode rutiner og forløp for døgnrehabilitering.

"Vi holder oss i gang med treninga, og da klarer vi oss selv lenger i hverdagen hjemme. Det er også veldig trivelig å møte andre; det er en viktig del av det." Gruppedeltakere i trimgruppe



Illustrert Kirsten Singaas Sundsøy

7.8 Oversikt tiltak og økonomiske konsekvenser

Satsingsområde	Nr	Tiltak	Tid	Økonomi
<i>Tildeling, koordinerende enhet og individuell plan</i>	1	Arbeide for et synlig tildelingskontor og koordinerende enhet. -Rutiner, hjemmeside, kvalitetssystemet	Løpende 2021	Innenfor dagens rammer
	2	Sikre opplæring og veiledning av koordinatorene, herunder gi opplæring i digital Individuell Plan (IP). -Digitalisering av materiale, workshop	Løpende 2021	Innenfor dagens rammer
	3	Sikre god brukermedvirkning i tjenesteutviklinga på systemnivå, både i planlegging, gjennomføring og evaluering av tjenester.	Løpende	Innenfor dagens rammer
<i>Samhandling barn og unge</i>	4	Sikre koordinert oppfølging/ veiledning på alle arenaer, også hjem og fritid, for barn med nedsatt sosial og psykisk funksjon.	Løpende	Innenfor dagens rammer
	5	Sikre god samhandling om barn og unge. Dette blant annet gjennom Bedre tverrfaglig innsats for barn og unge (BTI).	Løpende	Innenfor dagens rammer
	6	Sikre at tilbudet til ungdom og voksne med habiliteringsbehov er godt koordinert. Dette ved å sørge for at det er en kommunal kontaktperson som følger ungdommen igjennom videregående skole.	Løpende	Innenfor dagens rammer
	7	Tilby boveiledning med trening i å bo for seg selv, særlig unge voksne utenfor vanlig opplæringsløp.	Løpende	Innenfor dagens rammer
<i>Arbeid og aktivitet</i>	8	Etablere et aktivitets- og dagtilbud til unge voksne/ voksne med store sammensatte behov	2022	Innenfor dagens rammer
	9	Sikre tilstrekkelig pedagogisk, helse- og sosialfaglig kompetanse i arbeid og kvalifisering.	Løpende	Innenfor dagens rammer
	10	Tilby meningsfullt og tilpasset arbeid som fremmer mestring, uavhengig av funksjonsnivå.	Løpende	Innenfor dagens rammer
<i>Fritid og frivillighet</i>	11	Arbeide for å legge til rette for aktivitets- og fritidstilbud for personer med nedsatt funksjonsevne.	Løpende	Innenfor dagens rammer
	12	Bidra til et godt og systematisk samarbeid mellom frivilligheten og kommunen.	Løpende	Innenfor dagens rammer
<i>Kognitive vansker</i>	13	Utrede hukommelsesteam/demenseam i regi av hjemmetjeneste og institusjon.	2022	Demensko ordinator, 1 årsverk
	14	Arbeide for et demensvennlig samfunn.	2022	Uavklart

Satsingsområde	Nr	Tiltak	Tid	Økonomi
Hjelpemiddel- lager	15	Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse ved hjelpemiddellager.	Løpende	Innenfor dagens rammer
	16	Utarbeide prosedyrer for hjelpemiddelformidling, både lokalt og via Nav.	2021/ 2022	Innenfor dagens rammer
Friskliv og rehabilitering	17	Utrede mulighetene for dagrehabilitering med gjennomføring av pilot.	2021	uavklart
	18	Sikre arbeidsformer som fremmer egenmestring hos personer med muskel- og skjelettplager.	2021	Innenfor dagens rammer
	19	Tilby diagnoseuavhengige tilbud, innen kosthold, fysisk aktivitet, søvn og smerte. Tilby lærings og mestringstilbud til de store diagnosegruppene.	løpende	Innenfor dagens rammer
	20	Gi tilbud om veiledning og behandling til personer med ernæringsrelaterte sykdommer og tilstander.	uavklart	Ett årsverk
	21	Hverdagsrehabilitering er en integrert del av tjenesten i hele Orkland.	løpende	Sykepleier-ressurs 0,5 årsverk
	22	Sikre gode rutiner og forløp for døgnrehabilitering.	2021/ 2022	Innenfor budsjett

8. FORVENTEDE RESULTATER

8.1. Økonomiske fordeler

- Flere i arbeid og deltagelse i samfunnet.
- Flere kan bo lengre hjemme, med økt selvstendighet og redusert behov for kommunale helse- og sosialtjenester.
- Kortere rehabiliteringsforløp.
- Redusert behov for korttids- og langtidsopphold.

8.2. Sosiale fordeler

- Bedre helse og livskvalitet i befolkningen.
- Oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse på ulike samfunnsarenaer.
- Hindre sosiale ulikheter gjennom tidlig innsats og koordinerte tjenester.

Vedlegg 1: Sentral aktører i habilitering- og rehabiliteringsprosessen

Brukeren er den viktigste aktøren i alt samarbeid i habiliterings- eller rehabiliteringsprosessen. Bruker skal være en aktiv og likeverdig samarbeidspart. Brukerens egen erfaring om helse og sykdom er viktig kunnskap, og brukerens egne ønsker skal vektlegges. "Hva er viktig for deg?" er sentralt for å komme frem til brukerens mål og perspektiv ved utforming av tjenestene.

Pårørende er ofte en viktig støtte for brukeren og kan være en ressurs når brukeren selv ønsker det.²⁵ Pårørende kjenner brukeren godt og har erfaring med hva som kan bidra til å hjelpe. Samtidig må ansatte være bevisst på at pårørende kan ha behov for faglig veiledning, avlastning og støtte. Hvilken rolle pårørende skal ha i habiliterings- eller rehabiliteringsprosessen, avklares i samarbeid med bruker og pårørende.

Friskliv og rehabilitering har kompetanse innen habilitering-/ rehabiliteringsarbeidet for brukere i alle aldersgrupper. Herunder er fysioterapi, ergoterapi, hverdagsrehabilitering og friskliv og mestring organisert. Fysio- og ergoterapeuter tilpasser oppfølgingen til hver enkelt bruker ut fra behov og målsetting. Noen brukere har behov for individuell behandling, og andre får best oppfølging gjennom gruppetilbud. En stor del av arbeidet består av å kartlegge og tilrettelegge. Behandlingen kan innebære trening i dagliglivets aktiviteter, tilrettelegging av bolig og tilpassing av

tekniske hjelpemidler. Tiltakene gjennomføres på ulike arenaer, oftest der brukeren selv er, som for eksempel i hjemmet, i skolen, i barnehagen. Oppfølging foregår også i rehabiliteringsavdeling eller i tjenestens lokaler. Valg av oppfølgingsarena har betydning for brukernes mestringsevne og mulighet for deltakelse på ulike samfunnsarenaer. Kommunen avtale med privatpraktiserende fysioterapeuter med driftstilskudd som utgjør en viktig del av kommunens samlede fysioterapitjeneste²⁶.

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. Fastlegen skal være orientert om brukerens oppfølgingsteam og individuelle plan, og skal i tillegg selv ta initiativ til at det utarbeides IP og oppnevnes koordinator for egne brukere²⁷. For brukeren er det viktig at fastlegen og de øvrige helse- og omsorgstjenestene samarbeider godt.

Psykisk helse- og rusarbeid tilbyr tjenester til voksne med utfordringer innen psykiske lidelser og rusavhengighet, og har kompetanse innen habilitering-/ rehabiliteringsarbeidet for denne brukergruppen. Enheten er delt i tre fagavdelinger som tilbyr tjenester til ulike brukergrupper. Ansatte i fagavdelingene har tverrfaglig bakgrunn: vernepleiere, sykepleiere, ergoterapeuter, sosionomer, hjelpepleiere og psykolog. Alle har videreutdanning innen psykisk helse og rus.

²⁵ Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2015)

²⁶ Habilitering, rehabilitering og bruk av avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten (2016)

²⁷ §19 Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2013)

Enheten bygger sine tjenester på målet om å bistå bruker til et selvstendig liv med mestring på ulike livsområder. Brukerens utfordringer skal ses i en helhetlig systemisk sammenheng, og er faglig forankret i recoveryperspektivet og kognitive teorier og metoder.

Familiesenteret arbeider med tidlig innsats og for å fremme god psykisk helse for personer i aldersgruppen 0-18 år og deres familier. Familiesenteret er tverrfaglig sammensatt og tilbyr kartlegging, utredning og behandling av psykiske og psykososiale vansker, undervisning og formidling av informasjon både til familier og andre fagutøvere.

Helsestasjon/ skolehelsetjenesten gir tjenester til barn og unge i alderen 0-20 år med helseundersøkelser, veiledning og støtte til barn og deres familier. Helsestasjon mottar fødselsmeldinger og får informasjon fra sykehuset dersom et barn er født med sykdom eller nedsatt funksjonsevne. Tjenesten har mulighet til å fange opp barn og unge med behov for mer omfattende hjelp og oppfølging, for eksempel på grunn av funksjonsnedsettelse, problemer i familien, psykiske plager eller andre sammensatte, langvarige hjelpebehov²⁸. Helsesykepleiere har en viktig rolle i det å avdekke avvik hos barn, og henvise til andre tjenesteytere.

Tjenesten skal blant annet omfatte:

- Hjemmebesøk/oppøkende tjeneste.
- Helsekonsultasjoner og rådgivning med oppfølging.
- Opplysningsvirksomhet individuelt eller i grupper.
- Samarbeid om habilitering av barn og unge med kronisk sykdom og nedsatt funksjonsevne.

Kommunalt hjelpemiddellager inneholder enkle hjelpemidler og har som hovedregel ansvar for montering og demontering av hjelpemidlene. Lageret skal dekke kortvarige behov (inntil 2 år) hos sine innbyggere. Ved langvarige behov for hjelpemidler (over 2 år), kan en bestille/søke om hjelpemidler til Nav hjelpemiddelsentral. Hjelpemiddellageret sørger for mottak av hjelpemidler fra Nav hjelpemiddelsentral og videre utlevering av disse til brukerne i tett samarbeid med terapeuter og andre bestillere av hjelpemidler i saker der det er nødvendig.

Hjemmetjenesten har en viktig rolle i å oppdage begynnende funksjonsfall hos hjemmeboende brukere og å avdekke rehabiliteringspotensial og kan sørge for dette gjennom samhandling med for eksempel tildelingskontoret og hverdagsrehabilitering, samt kontakte fastlege. Hjemmetjenesten skal også kartlegge og vurdere behov for tilrettelegging av brukers hjem, samt motivere og følge opp brukere i rehabiliteringsprosessen i tråd med brukerens egne mål og et overordnet mål om å ivareta funksjoner for å mestre hverdagen. Hjemmesykepleien og hverdagsrehabilitering samarbeider rundt felles brukere og for å øke kompetansen om hverdagsmestring. Enten er også sentral i innføringen av

²⁸ Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

velferdsteknologiske løsninger, slik som elektronisk medisineringsstøtte. Tjenesten spiller en viktig rolle i overgangen til kommunal rehabilitering i hjemmet.

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

Enkelte grupper har krav på å få tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse. Formålet med ordningen er å gi den enkelte et aktivt og mest mulig uavhengig liv - til tross for funksjonsnedsettelse.

Rehabiliteringsavdeling ved Meldal helsetun skal stå for tilbud om heldøgns rehabilitering. Både Meldal og Orkdal helsetun har korttidsplasser. Korttids- og rehabiliteringsplasser kan bidra til at flere kan bo i eget hjem lengst mulig. Med dette forebygger eller utsetter man behovet for institusjonsplass/heldøgnsomsorg. Det nye helsetunet i Meldal er beregnet å stå klart i 2022 og vil ha 25 korttidsplasser med 8 rehabiliteringsplasser som skal dekke hele Orkland.

Bo og miljøarbeid yter tjenester til personer med utviklingshemming, herunder boliger og bofellesskap til denne gruppen. I tillegg er avlastningstjeneste for barn, støttekontakttjeneste, tilrettelagt fritid og dag- og aktivitetstilbud organisert under bo- og miljøtjenesten.

Barnehage, skole og SFO er de viktigste daglige arenaene for barn og unge utenom hjemmet. Barn og unge med funksjonsnedsettelse og kronisk sykdom har rett til et individuelt tilpasset og likeverdig tilbud som bidrar til en meningsfull oppvekst uavhengig av funksjonsnivå.

Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)

foretar sakkyndig vurdering av barns

opplæringsbehov. PPT har fokus på barn og unges muligheter for god utvikling i barnehage og skole. Inkludering er et hovedsatsingsområde. Dette kan være læringsmiljø, fravær, faglig utvikling, sosial utvikling, klasseledelse, mobbing etc. PPT sine anbefalinger vil være veiledende for om et tiltak regnes som opplæring eller behandling.

Voksenopplæringa kan være en del av rehabiliteringsforløpet. Voksne med særlig behov for opplæring for å utvikle eller vedlikeholde grunnleggende ferdigheter har rett til spesialundervisning for å fungere i samfunnet og dagliglivet.²⁹ En sakkyndig vurdering fra PP-tjenesten vil avgjøre om det er et særlig behov, mens voksen-opplæringa fatter vedtak og gjennomfører opplæringen.

Fritidstilbud for personer med

bistandsbehov. Orkland kommune gir tilbud om individuell støttekontakt, aktivitetsgruppe og treningskontakt. Vi drifter ulike tilbud innen tilrettelagt fritid med egne fritidsassistenter. Formålet er å sikre at den enkelte får mulighet til en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. I tillegg har kommunen et fotballag for funksjonshemmede.

Frivillige aktører består av et mangfold av organisasjoner, lag og foreninger som på ulike måter bidrar og legger til rette for at personer med ulike funksjonsnedsettelse får mulighet til å være aktive, oppleve mestring og delta sosialt i samfunnet. Frivilligsentralene er en viktig arena for samordning av frivillig innsats.

²⁹ Folketrygdloven § 5-10 og Opplæringsloven § 4A-2

Spesialisthelsetjenesten

Rehabilitering og habilitering skjer både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Ansvarsfordelingen reguleres av helse- og omsorgstjenesteloven og forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Ansvarsområdet til spesialisthelsetjenesten vurderes ut fra tre sentrale faktorer: behovet for spesialistkompetanse, kompleksiteten, og hvorvidt det er behov for intensitet i behandlingen. Spesialisthelsetjenesten har ansvaret for:

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

Koordinerende enhet

Tildelingskontor og koordinerende enhet behandler søknader og tildeler helse- og omsorgstjenester. Dette skal bidra til at det tilbys riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang.

Koordinerende enhet skal være et synlig kontaktpunkt for brukere, ansatte og samarbeidspartnere og skal gi råd om tjenester og tilbud innen rehabilitering og habilitering og veiledning om individuell plan og koordinator.

Kommunen skal legge til rette for at tjenesteutøvere skal kunne melde mulige behov for habilitering/ rehabilitering³⁰. Koordinerende enhet skal sørge for kontakt med riktig tjeneste. Dette forutsetter en god oversikt over tilbud, både i kommunen, spesialisthelsetjenesten og frivillige lag og organisasjoner. Brukermedvirkning er sentralt.

³⁰ Forskrift for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011)

Vedlegg 2: Definisjoner og begreper

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.»³¹

Kommunale habiliterings- og rehabiliteringstjenester 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 varig nedsatt funksjonsevne og mennesker som må omstille seg med tanke på bolig, arbeid og sosial deltakelse som følge av sykdom eller skade.

Videre i temaplanen brukes i hovedsak samlebetegnelse re-/habilitering for habilitering og rehabilitering.

Målgruppe for habilitering

Habilitering gis til personer som har medfødt eller som har fått funksjonsnedsettelse tidlig i livet (før 18 år). Målgruppen deles ofte inn etter alder; *barn og unge med behov for habilitering og voksne med behov for habilitering*. Brukerne har medisinske tilstander eller kroniske sykdommer som påvirker funksjonsnivå, læringsevne og livskvalitet. Dette kan for eksempel være tidlig ervervede hjerneskader, nevrologiske skader eller sykdommer, utviklingsforstyrrelser, utviklingshemming eller tilstander innen autismespekteret.³²

Målgruppe for rehabilitering

Rehabilitering gis til personer som seinere i livet har fått funksjonsnedsettelse på grunn av sykdom eller skade. Tilnærmingen er dermed preget av re-læring og oppøving av tidligere funksjoner og ferdigheter. Mange må lære å mestre et liv med varige funksjonsnedsettelse og/eller mestringsutfordringer.³³

³¹ §3 Forskrift for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011)

³² Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (2015)

³³ Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (2015)

Oppfølgingsteam

Orkland vil fra 2020 gå bort fra begrepet ansvarsgruppe, og vil i stedet bruke begrepet oppfølgingsteam i tråd med statlige føringer.³⁴³⁵³⁶ Oppfølgingsteamet består av de som yter tjenester til bruker og er dermed til enhver tid sammensatt ut fra personens behov. Det er oppnevnt en koordinator som leder teamarbeidet. Det sikres systematikk i oppfølgingen igjennom tverrfaglig samarbeid, brukermedvirkning at det utformes en individuell plan for oppfølgingen med mål, delmål, tiltak og at disse evalueres.

Velferdsteknologi

Velferdsteknologi kan gi mulighet til å bedre mestre eget liv og helse og bidra til at flere kan føle seg trygge og får økt aktivitetsnivå. Velferdsteknologi er nevnt i strategi for helse og mestring i Orkland og er i liten grad nevnt i planen utenom digital individuell plan.

³⁴ St. Meld. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

³⁵ Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)

³⁶ Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov (2017)

Vedlegg 3: Brukermedvirkningstrappa

Rapporten fra Folkehelseinstituttet: Utvikling av en ny rolle i helse og omsorgstjenesten (2016)³⁷ er illustrert under. Hensikten med trappen er bevisstgjøring, refleksjon og diskusjon i arbeidet med brukermedvirkning i helsetjenesten. Hvilket nivå snakker vi om, og hvilken type brukermedvirkning. Trappen under er illustrert med eksempler, hvor noen virkemiddel passer på flere nivå avhengig av mandatet og myndigheten til gruppen. Alle trinnene er viktige. Uansett nivå og type medvirkning er det viktig at spørsmålet «Hva er viktig for deg?» stilles. Dette er den røde tråden i denne trappen.

Individ	Individuell veiledning Brosjyrer/ informasjons- materieill	Dialog	Individuell plan Samvalg Ansvarsgrupper	Brukerstyrte senger. Brukerstyrt personlig assistent (BPA)
System-/tjeneste	Informasjonsmøter	Brukerråd Bruker- undersøkelser	Ansette brukere med egenerfaring	Brukerstyrte tjenester Brukere som spesialrådgivere
Politisk	Informasjons- kampanjer	Brukerråd	Brukerdeltakelse i utforming av retningslinjer, pakkeforløp og veiledere	Kommune- og stortingsvalg
Nivå/ type	Informasjon	Konsultasjon	Medbestemmelse	Brukerstyring

³⁷ <https://www.fhi.no/publ/2016/utvikling-av-en-ny-brukerrolle-i-helse-og/>