



ReHabiliteringsplan

Halden kommune

2015-2018



INNHold:

0.	<u>Sammendrag</u>	3
1.	<u>Bakgrunn og føringer</u>	4
1.1	Innledning	4
1.2	Sentrale føringer	4
1.3	Anbefalinger fra Områdeplan Rehabilitering Østfold 2012	6
1.4	Kommunale føringer	7
1.4.1	Visjon for Helse og Omsorgssektoren og Halden kommune	7
1.5	Målsetting for planen	7
1.6	Avgrensninger	8
1.7	Begrepsavklaringer/definisjoner	8
1.7.1	Habilitering og Rehabilitering	8
1.7.2	Funksjonshemming og funksjonsnedsettelse	9
1.7.3	Brukermedvirkning	9
1.7.4	Tverrfaglig og flerfaglig samarbeid	9
1.7.5	BEON	10
1.7.6	Universell utforming	10
2.	<u>Utviklingstrekk</u>	10
3.	<u>Status for habilitering og rehabilitering innen Helse- og omsorg i Halden</u>	12
3.1	Organisering av helse og omsorgstjenesten	12
3.2	Koordinerende fellestjenester	12
3.2.1	Funksjonshemmede	13
3.3	Faglige koordinatorstillinger	13
3.3.1	Pasientkoordinator	13
3.3.2	Kreftkoordinator	14
3.3.3	Kartleggings- og vedtaksteamet	14
3.4	Område Rehabilitering og aktivitet	15
3.4.1	Fysioterapitjenesten	15
3.4.2	Ergoterapitjenesten	16
3.4.3	Halden Rehabiliteringssenter	16
3.4.4	Syn og hørselskontakt	17
3.4.5	Korttidslageret	17
3.4.6	Logopedtjeneste/PPT-kontoret	18
3.5	Private rehabiliteringsinstitusjoner vi kan samarbeide med	18
4.	<u>Innsatsområder og målsettinger</u>	19
4.1	Samhandling/samarbeid	19
4.1.1	Brukermedvirkning	19
4.1.2	Individuell plan	20
4.1.3	Kronikere/brukere med livslangt behov for bistand	21
4.2	Øke innsatsen på rehabilitering i tjenesteytingen	22
4.2.1	Korttidsplasser til rehabilitering	22
4.2.2	Dagrehabilitering	22
4.2.4	Ambulerende Rehabiliteringsteam	23
4.2.5	Hverdagsrehabilitering	23
4.3	Botilbud	24
4.5	Universell utforming	25
4.6	Kompetanse- og fagutvikling	25

5.	<u>Litteraturliste/referanser</u>	26
6.	<u>Vedlegg</u>	26
	Handlingsplan/tiltaksplan	

0 SAMMENDRAG

I følge "Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator" av 1.1.2012, plikter kommunen å planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Halden kommune har utarbeidet en plan for habilitering og rehabilitering som gjelder for perioden 2015 – 2018. Planen tar utgangspunkt i de sentrale og lokale føringer som regulerer arbeidet med dette tema. Planen benevnes ReHabiliteringsplan og skal bidra til at kommunen setter fokus på fagfeltet og prioriterer det, samt peke på utfordringer og innsatsområder.

I Stortingsmeldinger, lovverk og andre offentlige dokumenter som er benyttet som kilder i planen, er det brukt "pasient" og "bruker" om de vi skal yte tjenester til. I denne planen har vi valgt "bruker" som fellesbetegnelse.

Planen er delt inn i 4 kapitler.

Kapittel 1 beskriver bakgrunnen og forankring av planen, sentrale, fylkeskommunale og kommunale føringer, målsetting for planen, begrepsavklaringer og avgrensninger.

Kapittel 2 tar for seg utviklingstrekk som vil påvirke feltet rehabilitering i årene som kommer. Det er to hovedfaktorer: andelen eldre i befolkningen øker og forekomst av funksjonsnedsettelse og livsstilssykdommer øker blant den yngre delen av befolkningen.

Kapittel 3 tar for seg hvordan kommunen er organisert og hvordan rehabiliteringsarbeidet drives i dag. Det tar også for seg hvilke utfordringer og kapasitet tjenesten vil ha i tiden fremover.

I kapittel 4 går en nærmere inn på enkelte innsatsområder og målsetninger:

- Samhandling – både innad i kommunen og med eksterne parter
- Økt kapasitet på rehabilitering i tjenesteytingen – korttidsplasser for rehabilitering, dagrehabilitering, ambulerende rehabiliteringsteam, hverdagsrehabilitering
- Botilbud
- Kompetanse og fagutvikling

1 BAKGRUNN OG FØRINGER

1.1 INNLEDNING

I tråd med nasjonale føringer og etter vedtak i PS 2012/2964-1, er det utarbeidet en felles plan for habilitering og rehabilitering i Halden kommune for perioden 2015-2018. Planen kalles ReHabiliteringsplan for å integrere både habilitering og rehabilitering. Kommunalavdelingen har en overordnet plan, Helse- og Omsorgsplan, 2010-2015. Det skal utarbeides fagplaner på områder som skal prioriteres fremover; ReHabiliteringsplanen er en av disse.

Planen skal tydeliggjøre intensjoner, verdier og mål for en helhetlig rehabiliteringstjeneste overfor barn og voksne, avgrenset til tjenestene som Kommunalavdeling helse og omsorg har ansvar for. Det har vært satt ned to arbeidsgrupper, en for "rehabiliteringsdelen", og en for "habiliteringsdelen". Det har videre vært en styringsgruppe og en referansegruppe.

I et av de nyere dokumentene fra den forrige regjeringen, beskrives Samhandlingsreformen som en reform som skal sette fokus på økt satsning på helsefremmende og forebyggende arbeid. Reformen legger vekt på å skape et mer helhetlig helse- og omsorgstilbud, der pasienter og brukere har innflytelse, og der det er avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Habilitering og rehabilitering står sentralt. Gjennom samhandlingsreformen skal den kommunale helse- og omsorgstjenesten styrkes for å gi pasientene et bedre tilbud nærmere der de bor, og spesialisthelsetjenesten videreutvikles.

En av Halden kommunes hovedutfordringer er å implementere denne forebyggende tankegangen i hele helse- og omsorgstjenesten. Det å tenke forebygging og rehabilitering i alt som gjøres. Denne planen skal være med på å bedre dette arbeidet.

1.2 SENTRALE FØRINGER

ReHabiliteringsplanen bygger på sentrale føringer og dokumenter som blant annet:

- Stortingsmelding nr. 21 (1998-1999): "Ansvar og meistring - Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk", Sosial og helsedepartementet.
- Stortingsmelding nr. 40 (2002-2003): "Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne", Sosial og helsedepartementet.
- Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006): "Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer", Helse og omsorgsdepartementet.
- Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted - til rett tid, Helse og omsorgsdepartementet.
- Stortingsmelding nr. 29 (2012-2013): Morgendagens omsorg. Helse og omsorgsdepartementet.
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011), Helse og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (LOV-2011-06-24-30)
- Pasient- og brukerrettighetsloven (LOV-1999-07-02-23)
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR 2011-12-16-1256)

Stortingsmelding nr. 21 (1998-1999). Ansvar og meistring - mot en heilskapeleg rehabiliteringspolitikk sier at rehabilitering/habilitering må ta utgangspunkt i respekten for menneskeverdet, uavhengig av graden av funksjonshemming og den enkeltes arbeid. Målet med stortingsmeldingen er å fremme selvstendighet og deltakelse for å medvirke til et verdig liv og like sjanser for mennesker med funksjonsproblem eller kronisk sykdom. Dette støttes også i stortingsmelding nr. 40; som samtidig påpeker at menneskers likeverdighet må gjenspeiles i mulighetene samfunnet tilbyr: *"Mennesker med nedsatt funksjonsevne skal ha muligheter til personlig utvikling, deltakelse og livsutfoldelse på linje med andre samfunnsborgere"*.

Stortingmelding 47 (2008-2009) – Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted - til rett tid. Samhandlingsreformen påpeker tre hovedutfordringer: Brukerens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok, tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom, og demografisk utvikling og endring i sykdomsbilde vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. Det er foreslått noen hovedgrep for å møte disse utfordringene, blant annet klarere pasientrolle og ny framtidig kommunerolle. I "klarere pasientrolle" ligger at "alle systemer og tjenester skal rettes inn mot hjelp som bidrar til at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner/ egenmestring i størst mulig grad."

I begrepet "ny framtidig kommunerolle" ligger at: "Kommunenes rolle i den samlede helse- og omsorgspolitikken vurderes endret slik at de i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats i sykdomsforløpenes tidlige faser." Videre er det forventninger om at kommunene skal ta større ansvar for pasienter med kroniske sykdommer, og den forventede veksten i en samlet helsetjeneste skal i størst mulig grad finne sin løsning i kommunene.

Som aktuelle eksempler på framtidige kommunale oppgaver vurderes blant annet:

- tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold som døgnplasser for observasjon, etterbehandling, lindrende behandling, rehabilitering
- tverrfaglige team, herunder ambulante team
- lærings- og mestringstilbud og egenbehandling

For psykisk helsevern og rus omtales:

- forebygging, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud
- forsterkede bo- og tjenestetilbud i kommunen ved psykiske lidelser
- ambulante team
- lavterskel helsetilbud til rusavhengige

Om aktuelle framtidige oppgaver for kommunene heter det at regjeringen vil vurdere om kommunene skal ta et større ansvar for pasientgrupper som i dag får sitt tilbud i spesialisthelsetjenesten. Samtidig sies det om dagens oppgave- og ansvarsfordeling at forskrift for habilitering og rehabilitering angir en "dynamisk grensedragning mellom ansvar som er tillagt kommunehelsetjenesten og ansvar som er tillagt spesialisthelsetjenesten".

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011 sier at kjernen i rehabiliteringspolitikken er det enkelte menneskets livskvalitet, mestring og deltakelse sosialt og i samfunnet. Det overordnede mål for strategien er å endre på den posisjon og prestisje som rehabilitering har i helse og omsorgstjenesten da dette ikke samsvarer med de overordnede helse- og velferdspolitiske målene. Blant annet er et sentralt punkt i strategien å bidra til at rehabiliteringsarbeidet bedrer og bevarer funksjonsnivå, hjelp til å endre helseskadelig livsstil, bidra til at eldre kan klare seg lengst mulig selv og bidra til at flest mulig kan være aktive deltakere i dagligliv, arbeidsliv og samfunnsliv.

Helse- og omsorgstjenesteloven (LOV-2011-06-24-30) lister i § 3-2 opp tjenester som kommunen skal tilby innbyggerne for å oppfylle det ansvaret de er pålagt i loven, herunder sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering (pkt. 5).

Forskrift om habilitering og rehabilitering skal bidra til å sikre at personer som har behov for rehabilitering tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. I følge § 5 i Forskrift om habilitering og rehabilitering er kommunens ansvar for rehabilitering følgende:

- planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet
- ha generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen
- tjenester som inngår i kommunens helsetjenestetilbud skal integreres i et samlet tverrfaglig rehabiliteringstilbud
- sørge for at alle som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendig utredning og oppfølging
- tilbudet skal gis uavhengig av brukerens boform
- den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ved behov samarbeide med andre etater

1.3 ANBEFALINGER FRA OMRÅDEPLAN FOR REHABILITERING ØSTFOLD 2012

Fra Områdeplanen kan vi lese at det anbefales at rehabilitering må integreres bedre i alle pasientforløp, spesielt i hjemmetjenestene. Men også i nye samhandlingstiltak. Bemanning og kapasitet må styrkes for å få til dette og hver enkelt kommune må vurdere sitt rehabiliteringstilbud og ta stilling til følgende:

- Dimensjonering av hjemmebasert ambulant innsats, "hverdagsrehabilitering" og kjøp av tjenester fra private rehabiliteringsinstitusjoner.
- Utarbeide en rehabiliteringsplan. Konkrete vurderingsområder er skissert i "verktøykasse kommune" som vedlegg til Områdeplan.
- Styrke ergo- og fysioterapitjenesten og vurdere flere yrkesgrupper inn
- Opprette lærings og mestringkurs og treningsgrupper for de store pasientgruppene (overvekt/livsstilproblematikk, kroniske smerter, KOLS, diabetes)
- Tydeliggjøre hvordan private avtalefysioterapeuter og fastleger kan innlemmes bedre i kommunal rehabilitering
- Gjennomføre registrering i IPLOS av all rehabilitering både i og utenfor institusjon

Når det gjelder kommunesamarbeid/samhandlingsregioner, anbefaler Områdeplanen at man må sikre kapasitet til å dekke behovet for rehabilitering også i små kommuner, samt tilrettelegge for lokalbaserte spesialisthelsetjenestetilbud i samarbeid med spesialisthelsetjenesten (ambulant kompetanse fra sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner).

Halden kommune har i flere år hatt en samarbeidsavtale med Aremark kommune, og vil fortsette dette samarbeidet for å yte gode tjenester til innbyggerne i begge kommuner (se vedlegg).

Områdeplan Rehabilitering for Østfold 2012 tar for seg de 15 diagnoseområdene og har forsøkt å finne tall på hvor mange i Østfold som får de ulike diagnosene hvert år, hvor mange som blir lagt inn på sykehuset, og hvor mange som har behov for rehabilitering i etterkant av at de fikk diagnosen. Halden kommune har kun tilbud om rehabilitering til et fåtall av disse diagnosegruppene, og det er vanskelig å tallfeste hvor mange pasienter vi har innenfor de enkelte diagnosene.

Administrativt samarbeidsutvalg mellom Sykehuset Østfold og kommunene i fylket har ansvar for å se på "gråsoner" når det gjelder ulike avtaler mellom "nivåene". Når det gjelder rehabilitering har utvalget prioritert 4 store diagnosegrupper der det er utarbeidet pasientforløp for følgende grupper: hofte-/kneleddsartrose, fedme, myalgi og hjerneslag.

1.4 KOMMUNALE FØRINGER

Helse og omsorgsplan for Halden kommune legger rammen for arbeidet innen helse- og omsorgssektoren i Halden kommune for perioden 2010 – 2015. ”På et *overordnet nivå* skal den være retningsgivende for all aktivitet i kommunalavdelingen, bidra til å fastsette og sikre tiltak innenfor vedtatte økonomiske rammer, samt være med på å sikre kvalitet og sette klare mål for virksomheten. For ledere skal planen være et ledelses- og planleggingsverktøy som understøtter både daglige og mer langsiktige strategiske valg. For ansatte skal planen gi klare holdepunkter når det gjelder tjenesteutøvelsen. For brukerne skal planen sikre et godt tjenestetilbud preget av kontinuitet, kvalitet, god ressursutnyttelse, tilgjengelighet og en rettferdig fordeling. Sist men ikke minst, fyller en slik plan også et demokratisk behov idet den gir befolkningen klare signaler om hvilket tjenestetilbud den kan forvente og etablerer en klar standard som Halden kommune kan måles opp mot for å se om disse forventningene møtes”.

1.4.1 Visjon for helse og omsorgssektoren og Halden kommune

”Visjonen for helse- og omsorgstjenesten er å gi et helhetlig og samordnet tilbud til mennesker som har rett til og behov for bistand. Tjenestene skal være virkningsfulle, involvere brukerne og gi dem innflytelse. I Halden skal forholdene i lokalsamfunnet være slik at den enkelte kan leve og bo selvstendig, holde seg frisk og unngå skade. Barn og unge skal sikres et trygt og godt oppvekstmiljø. Den enkelte innbygger skal ha en aktiv og meningsfull tilværelse og kunne bidra til fellesskapets beste ved deltagelse, likestilling og brukermedvirkning. Et bærende prinsipp i organiseringen av arbeidet i helse- og omsorgssektoren er *Omsorgstrappen*, som innebærer at tjenestetilbudet er bygget opp fra et laveste nivå for innsats, der for eksempel forebyggende tjenester som dagtilbud og støttetjenester inngår, til et høyeste nivå med institusjonsplasser.

Halden kommune bygger med Helse- og omsorgsplanen, videre på den forebyggende og helsefremmende strategien som har ligget til grunn for arbeidet i sektoren i de senere år. Dette innebærer blant annet at det tas høyde for den demografiske utviklingen, nye brukergrupper som kommer til og samfunnsutviklingen generelt. Formålet med en slik forebyggende satsning er å demme opp for en sterk behovsvekst og gjøre oss bedre i stand til å møte de endringer i omsorgstjenestene vi vet kommer. Samlet vil innsatsen på det forebyggende område gi økt livskvalitet for den enkelte og samfunnsøkonomisk gevinst.

Visjonen om det forebyggende er helt på linje med nasjonale føringer og signaler jfr. for eksempel St.meld.nr.25 *Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer* og Omsorgsplan 2015. I St.meld.nr. 47 (2008-2009) *Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (Samhandlingsreformen) tillegges også det forebyggende aspektet særlig vekt”. (Helse- og Omsorgsplan 2010- 2015)

1.5 MÅLSETTING FOR PLANEN

Mål for rehabilitering og habilitering i Halden kommune er, i likhet med sentrale og lokale føringer, at:

Den enkelte innbygger kan ha et selvstendig og verdig liv.
Det legges til rette for aktivitet, egenmestring og deltakelse.
Hver enkelt skal ha mulighet for å bo lengst mulig i eget hjem.

Målsetting for ReHabiliteringsplanen:

- Sette rehabilitering og habilitering på dagsorden og påvirke prioriteringer
- Gi informasjon om status, utfordringer og innsatsområder innen feltet rehabilitering og habilitering
- Være en del av kvalitetssikring for oppfølging og videreutvikling av habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet i kommunen
- Bidra til at kommunen oppfyller sitt ansvar i forhold til lover og retningslinjer i tråd med sentrale føringer.

Målgruppen for planen er kommunens befolkning, brukerorganisasjoner, kommunens samarbeidspartnere, fagmiljøene og kommunens administrative og politiske styringsorgan.

1.6 AVGRENSNINGER

Rehabilitering og habilitering er et felt som strekker seg over flere kommunalavdelinger og enheter. Mandatet for denne planen gjelder innenfor Kommunalavdeling Helse og omsorg. Planen tar derfor utgangspunkt i utfordringer og satsningsområder innen denne kommunalavdelingen, med fokus på somatisk rehabilitering. Det er likevel viktig å være bevisst at rehabilitering handler om helhetlig og tverrfaglig innsats.

1.7 BEGREPSAVKLARINGER/DEFINISJONER

Behovet for samhandling mellom ulike nivåer og ulike etater når det gjelder habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet, gjør det særlig viktig at de ulike aktørene har en felles forståelse av de viktigste begrepene som brukes, og at det er bevissthet om de områdene der det kan være ulike oppfatninger.

1.7.1 Habilitering og rehabilitering

I følge Forskrift om habilitering og rehabilitering (2001) gjelder følgende offisielle definisjon: *”Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet”.*

Rehabiliteringsbegrepet brukes på hjelpeapparatets bistand til å gjenoppbygge tidligere mestrede funksjoner hos personer med ervervede funksjonsnedsettelse.

Habiliteringsbegrepet knyttes vanligvis til bistand til personer med medfødte eller tidlig ervervede (barn- eller ungdomsalder) funksjonsnedsettelse. Behov for habilitering er ofte ”livslang” i motsetning til rehabilitering.

Målet med rehabiliteringsarbeidet er følgende:

”Habiliterings-/rehabiliteringsarbeidet skal bidra til å bedre og bevare funksjonsnivå, hjelpe til å endre helseskadelig livsstil, bidra til at eldre kan klare seg lengst mulig selv og bidra til at flest mulig kan være aktive deltakere i dagligliv, arbeidsliv og samfunnsliv”. (Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011).

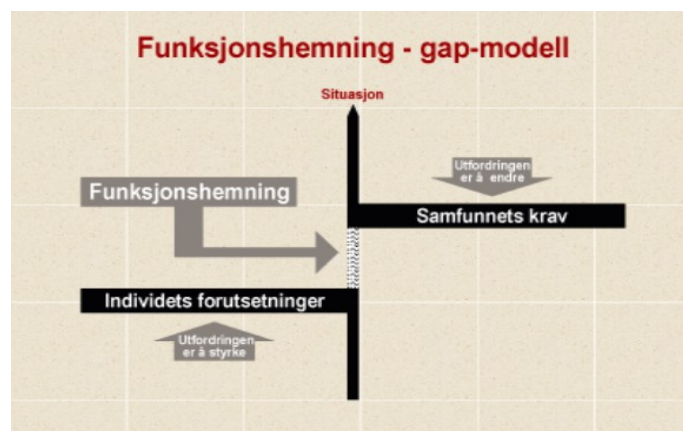
Kommunens ansvar når det gjelder habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet følger av helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

1.7.2 Funksjonshemming og funksjonsnedsettelse

I følge NOU 2001:22 "Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjons-hemmende barrierer", gis følgende forståelse av skillet mellom funksjonsnedsettelse og funksjonshemming:

"Med funksjonsnedsettelse eller redusert funksjonsevne forstås tap av, skade på eller avvik i kroppsdel eller i en av kroppens psykologiske, fysiologiske eller biologiske funksjoner. Betegnelse funksjonshemmet benyttes om personer som får sin praktiske livsførsel vesentlig begrenset på grunn av gapet eller misforholdet mellom personens nedsatte funksjonsevne og miljøets eller samfunnets krav".

Det er ingen selvfølge at personer med redusert eller nedsatt funksjonsevne blir funksjonshemmet. En funksjonshemming oppstår først når det foreligger et gap mellom individets forutsetninger og omgivelsenes utforming eller krav til funksjon. (Se fig.)



(St.meld.nr. 40, 2002-2003: Nedbygging av funksjonshemmende barrierer).

1.7.3 Brukermedvirkning

"Brukermedvirkning er brukernes innflytelse på utformingen både av tjenestene til den enkelte og av tjenestetilbudet på systemnivå. Brukermedvirkning er et virkemiddel for å øke kvaliteten i tjenesten, og en rett som følger pasientrettighetsloven og sosialtjenesteloven". (Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011).

Brukermedvirkning er en arbeidsform der enkeltpersoner eller representative organisasjoner som er eller blir påvirket av en tjeneste/et tiltak skal ha innflytelse på beslutningsgrunnlaget for tjeneste-/tiltaksutformingen". (Norsk Handikapforbund – NHF).

"Brukermedvirkning er når en bruker eller brukerrepresentant går i dialog med politikere og/eller tjenesteytere og på like fot med dem tilbyr kompetanse og spesialkunnskap – basert på egne og/eller andres erfaringer – for å løse ulike samfunnsoppgaver". (Funksjonshemmedes fellesorganisasjon – FFO).

1.7.4 Tverrfaglig og flerfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er et samarbeid mellom flere ulike aktører mot et **felles mål**. Dette er en form for teamarbeid som tilstreber en helhetlig tilnærming. Habilitering og rehabilitering er ofte en sammensatt og helhetlig prosess, og det er umulig å se helheten fra ett ståsted. I en habiliterings-/rehabiliteringssituasjon forutsettes det dermed et tverrfaglig samarbeid. Resultatet forventes da å bli bedre enn om hver og en løser hver sin del av oppgaven hver for seg. Felles mål og oppgavens art

kan kreve at man må gå på tvers av vanlige yrkesroller og kompetansegrensar ved fordeling av arbeid (Bredland et al.2002).

En annen type samarbeidsform er *flerfaglig* samarbeid. Her jobber ulike aktører parallelt med å løse hver sine oppgaver rundt en bruker, og hver enkelt jobber ut fra sine egne faglige mål. Fagpersonene kan ha behov for en viss samordning av arbeidet, og vil ofte rapportere til hverandre, men stort sett vil de kunne arbeide parallelt med å løse hver sine oppgaver.

1.7.5 BEON-prinsippet

I Samhandlingsreformen er det lagt til grunn at tjenester skal ytes etter BEON-prinsippet, **Beste Effektive Omsorgs Nivå**. Hensikten er å tildele tjenester ut fra det hjelpebehov den enkelte bruker har, men på et så lavt nivå som mulig for å bygge opp om og ha fokus på brukerens egne ressurser og derigjennom bidra til størst mulig grad av selvhjelpenhet og livskvalitet.

1.7.6 Universell utforming

Universell utforming betyr at produkter, byggverk og uteområder som er i alminnelig bruk, skal utformes på en slik måte at alle mennesker skal kunne bruke dem på en likestilt måte så langt det er mulig uten spesielle tilpasninger eller hjelpemidler.

2 UTVIKLINGSTREKK

I dette kapitlet skal vi se nærmere på hvilken utvikling man kan forvente å stå overfor innen feltet rehabilitering i fremtiden. Det å prøve å forutse hva som skjer fremover er ikke enkelt, men ved å se på tallmateriale som er gjengitt i ulike sentrale føringer kan man få en viss oversikt.

Pr. 1.1.2014 hadde Halden kommune 30.132 innbyggere. Frem mot 2030 er det forventet en økning i befolkningen i kommunen med litt over 300 personer årlig (se tabell nedenfor). Spesielt vil antallet eldre bli høyere i årene som kommer. Dette på grunn av forlenget levealder og store fødselskull fra 1945 – 1960. På nasjonal basis anslås det at antall personer over 80 år og eldre kan komme til å øke fra 190000 i 2000 til nesten 320000 i 2030 og over 500000 i 2050 (St.meld.47,2008/2009).

Folkehelseprofilen for Halden viser at kommunen har en høyere andel eldre over 80 år, enn landsgjennomsnittet. Til tross for at helsetilstanden til de eldre ser ut til å bedre seg, vil en økning i antall eldre og de eldste eldre medføre en vekst i behov for helse- og omsorgstjenester. Eldre har også oftere enn andre behov for rehabilitering etter akutt sykdom/skade for å kunne bli i stand til å klare seg selv etter funksjonstap (St.prp.nr.1, 2007/2008).

Følgende tabell presenterer de mest sentrale tall for befolkningsutviklingen i Halden – samlet og fordelt på aldersgrupper:

År	Totalt	0-24 år	25-34 år	35-44 år	45-69 år	70-79 år	80 år +
2013	29881	9179	3351	4047	9740	1988	1576
2015	30553	9331	3537	3939	10038	2181	1527
2020	32284	9557	4076	3864	10343	2951	1493
2025	33978	9892	4192	4197	10674	3335	1688
2030	35506	10241	4060	4648	10912	3357	2288
2040	37966	10765	4121	4574	11635	3958	2913

Tabell: Befolkningsutviklingen i Halden (SSB: MMMM-alternativet)

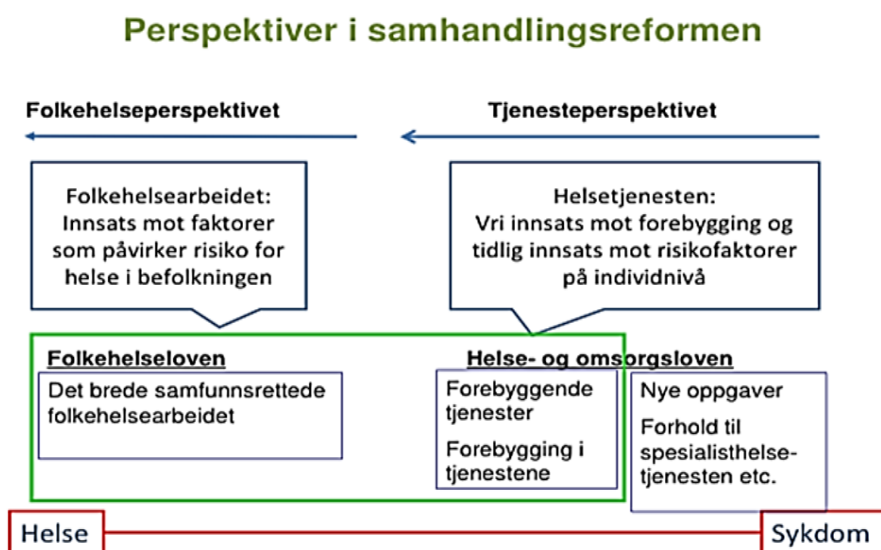
Det er også grunn til å tro at antall yngre brukere vil fortsette å øke i årene fremover, og nasjonale tall viser at antall yngre brukere av den kommunale omsorgstjenesten (under 67 år) er fordoblet på ti år og utgjør i dag ca. 1/3 av de som mottar hjemmetjenester. Antallet som fødes hvert år ser ut til å være relativt stabilt, men antall personer med behov for rehabilitering øker likevel. Dette kan skyldes at flere barn født med funksjonsnedsettelse lever opp, og at flere voksne og barn overlever akutt og alvorlig skade og sykdom. Dette er personene som i stor grad vil ha behov for rehabiliteringstjenester i fremtiden (St.prp.nr.1, 2007/2008).

Statistikk for Halden kommune publisert av folkehelseinstituttet i 2013 i «folkehelseprofilen» sier blant annet at livsstilssykdommer er mer utbredt enn i resten av landet. Flere med høyt blodtrykk, kols, astma, diabetes og enkelte krefttyper. Vi har også flere hoftebrudd enn landet for øvrig og flere med muskel- og skjelettlidelser. Det som allikevel kan være positivt for vår kommune, er at det er færre nye tilfeller av kreft totalt. Hjerte- og karsykdom ser også ut til å ha minket noe i antall med bakgrunn i antall innleggelser på sykehus.

I Halden er det en målsetting at innbyggerne i kommunen skal få mulighet til et aktivt liv og kunne bo lengst mulig i eget hjem (Helse og omsorgsplan 2015). For å kunne oppfylle disse målsetningene i takt med en økende andel eldre i befolkningen, og økende antall yngre brukere med sammensatte behov, vil det være av betydning å videreutvikle og se på nye måter å organisere rehabiliteringsarbeidet i kommunen på.

Forskning viser at ved tidlig integrert rehabilitering av eldre, gir dette utslag i færre komplikasjoner, redusert forekomst, alvorlighet og varighet av forvirring og bedre funksjonsevne (St. prp. nr. 1, 2007/2008). Rehabilitering og habilitering er derfor viktig for å kunne nå målsettingene i Helse og omsorgsplan 2015 og bidra til at innbyggerne får mulighet til et mest mulig aktivt og selvstendig liv.

Illustrasjonen nedenfor viser de to hovedperspektivene i samhandlingsreformen; folkehelseperspektivet og tjenesteperspektivet. Dessuten viser den at innsatsen skal dreies i retning av forebygging og helsefremming. I lys av dette kan vi se hverdagsrehabilitering som en del av kommunens initiativ til å utvikle nye forebyggende tjenester, men også som et bidrag for å oppnå mer forebygging i de etablerte tjenestene. Dette blir nærmere belyst i kapittel 4.



3 STATUS OG UTFORDRINGER FOR HABILITERING OG REHABILITERING INNEN HELSE-OG OMSORG I HALDEN KOMMUNE

Kommunalavdeling Helse og omsorg har ansvar for alle helse- og omsorgstjenester i kommunen. Kommunalsjef er øverste leder. Avdelingen er delt inn i enheter som ledes av hver sin enhetsleder. Lederne for de ulike enhetene er ansvarlige for driftsresultatet, og rapporterer direkte til kommunalsjef.

3.1 ORGANISERING AV HELSE OG OMSORGSTJENESTEN

Kommunalavdeling helse og omsorg har over tid sett behovet for en mer effektiv og fleksibel ressursstyring, og arbeidet i 2009 fram et lokalt innhold bak visjonen "Omsorgstrappa". Ved å organisere tjenestene etter BEON- prinsippet, ønsket man å sikre en hensiktsmessig organisering som samsvarer med dagens og framtidens krav til kvalitet og effektiv forvaltning.

I den faglige sluttrapporten fra Prosjekt Omsorgstrappa heter det:

Målsettingen summeres i Samhandlingsreformens undertittel «Rett behandling på rett sted – til rett tid», og innebærer for helse- og omsorgstjenesten i Halden kommune en bedre differensiering av tjenestetilbudene. Det gjelder blant annet en differensiering mellom korttids – og langtidsplasser og definering av nivå og innhold i tjenester innenfor sykehjem, boliger og hjemmebaserte tjenester. Spesielt er det en utfordring knyttet til å kunne differensiere bolig-tilbudet bedre. Halden kommune har en boligbasert omsorg som sikrer en stor del av dekningsgraden når det gjelder heldøgns-omsorgen. Hvordan disse tjenestene organiseres vil derfor ha stor betydning for ressursbruk, effektivitet og kvalitet.

Fokus på folkehelse og forebyggende tjenester som laveste trinn i omsorgstrappa var et viktig valg når det gjaldt utforming av organisasjonsmodellen. Samhandlingsreformens intensjon med å overføre mer spesialiserte oppgaver til kommunene ble også en del av den organisatoriske endringen. Utgangspunktet for de faglige vurderinger og beslutninger på dette området var tjenester som rehabilitering, palliasjon og framtidige intermediære tiltak.

Det er de siste årene gjort enkelte justeringer i den konkrete organiseringen av tjenestene i forhold til modellen som ble utarbeidet i 2009 uten at dette er i strid med de synspunktene som fremgår ovenfor.

3.2 KOORDINERENDE FELLESTJENESTER

Koordinerende fellestjeneste har en overgripende funksjon i forhold til kommunalavdelingens enheter. Tjenesten samordner kommunens helse- og omsorgstjenester i samarbeid med andre etater og eksterne tjenester for å sikre helhet og sammenheng i tilbudet til tjenestemottaker. Koordinerende fellestjeneste er Halden kommunes formelle koordinerende enhet i henhold til sentrale bestemmelser. Én adresse – et sted å henvende seg.

Avdelingen er innført som et tiltak for å styrke habiliterings- og rehabiliteringstjenesten og skal ha god oversikt over behovet for og tilbudet om disse tjenestene, i kommunen. Koordinerende fellestjenester er ment å være et kontaktpunkt for samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, samt sørge for at tjenester til bruker sees i sammenheng. De arbeider med forebyggende virksomhet, opplysning, råd og veiledning, samarbeid med andre deler av forvaltningen og frivillige organisasjoner, boliger til vanskeligstilte, hjelp til dem som ikke kan ha omsorg for seg selv, rett til individuell plan, tiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver,

rettigheter for og begrensning/kontroll med bruk av tvang og makt overfor enkeltpersoner med psykisk utviklingshemming.

Tjenesten er også programansvarlig for kommunens samarbeid med Husbanken i forbindelse med "Boligsosialt utviklingsprogram" og er pådriver i forhold til kommunalavdelingens kompetanse- og kvalitetsutvikling der det inngår opplæring, samordning av prosjekter/tilskuddsordninger, o.l.

3.2.1 Funksjonshemmede

Det er 3 konsulenter i Koordinerende fellestjenester som blant annet jobber med funksjonshemmede. Det finnes ingen samlet statistikk over antallet funksjonshemmede i Norge i dag. Det finnes heller ingen fullgod statistikk over funksjonshemmede i Halden kommune. Det opereres med forskjellige prosentandeler av befolkningen som kan anses å ha en sterk funksjonsnedsettelse, og denne prosenten varierer mellom 15 og 20 %. utfordringene vil mest sannsynlig ligge her i årene som kommer.

I høringsutkastet til Handlingsplan for habilitering av barn og unge, ble det sagt at rundt 10 % av barne-befolkningen på et tidspunkt vil ha behov for habiliteringsbistand på kommunalt nivå. I samme høringsutkast sies det også at det er et udekket behov for habiliteringstjenester til barn med funksjonsnedsettelser basert på sansetap.

Utfordringer og kapasitet for koordinerende enhet.

Det er mange arbeidsoppgaver, og stort arbeidspress i denne enheten. Det jobbes derfor hele tiden med å utvikle system og maler som skal gjøre det så enkelt som mulig for alle å arbeide med for eksempel individuelle planer.

3.3 FAGLIGE KOORDINATORSTILLINGER

3.3.1 Pasientkoordinator for Halden og Aremark

Pasientkoordinatorstillingen ble opprettet i forbindelse med innføring av Samhandlings-reformen. Pasientkoordinatoren har ansvar for å koordinere plasser, følge opp og videreformidle kontakt med enhetene i Halden og Aremark kommune, når pasienter som er inneliggende på sykehus eller intermedieavdelingen på Helsehuset for Halden og Aremark, trenger bistand fra kommunale helsetjenester. God pasientlogistikk er en forutsetning for å sikre at rett pasient får rett tilbud til rett tid.

Ved store endringer i bistandsbehov, skal pasientkoordinator i samarbeid med ansvarlig sykepleier vurdere behov for ny kartlegging som danner grunnlag for vedtak om tjeneste, enten i avdelingen før hjemreise, eller i hjemmet etter oppholdet. Pasientkoordinators rolle er meget viktig for en enhetlig koordinering internt i kommunene og det brukes periodevis mye tid på kommunikasjon med tjenestene ute i drift vedrørende nye brukergrupper, med mer krevende behandling, som skal foregå i hjemmet.

Pasientkoordinator er et viktig bindeledd mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, som må kunne vurdere hvilke pasienter som har et potensial for videre rehabilitering, og hvilket rehabiliteringstiltak som gir størst effekt.

Utfordringer og kapasitet for pasientkoordinator

Oppgavene er omfattende, bl.a. med en stor pasienttilstrømning tilbake til kommunen i et raskere tempo enn tidligere. Det må opprettes et tett samarbeid med kartleggingsteamet slik at de brukerne som er nye, eller de brukerne som har endrede behov, blir kartlagt med en gang, slik at tjenestenivå blir riktig.

3.3.2 Kreftkoordinator for Halden og Aremark

Kreftkoordinatorstillingen er støttet med lønnsmidler fra Kreftforeningen. Kreftforeningen har gitt midler til 97 kreftkoordinatorstillinger i hele landet og ønsker med denne satsningen å bedre kreftomsorgen for krefttrammede der de bor. Østfold har fått tre stillinger, en i Halden og Aremark, en i Moss og en halv stilling i kommunene i Indre Østfold.

De viktigste oppgavene til en kreftkoordinator skal være å gi råd og veiledning til brukere og pårørende, være synlig og tilgjengelig for alle med kreft og deres familier og ha oversikt over relevante tilbud. I dette ligger at vedkommende skal gi informasjon, råd og veiledning knyttet til diagnose, behandling, rehabilitering og omsorg ved livets slutt.

Kreftkoordinatoren skal også ha oversikt over, samarbeide med brukerforeningene, frivillige og likemenn, sykehuset samt andre ikke-kommunale tilbud. Et godt samarbeid med kommunenes fastleger, hjemmesykepleien og sykehjemmene er veldig viktig for at de som er rammet av kreft skal oppleve et godt tilbud der de bor.

Et av de nyeste tiltakene kreftkoordinator har satt i gang, er en månedlig kreftkafé, i samarbeid med bl.a. fysioterapeut.

3.3.3 Kartleggings- og vedtaksteamet

Kartleggings- og vedtaksteamet ble opprettet i forbindelse med at det ble satt et større fokus på tildeling av tjenester til kommunens innbyggere. Kartleggingsteamet ble opprettet med bakgrunn i:

- behov hos brukere til å få veiledning og enhetlig info om ulike tjenester
- viktigheten av en god kartlegging av brukers behov og gi tjenester etter BEON- prinsippet og vurdering etter omsorgstrappen
- høye krav til de som var i dialog med bruker og pårørende for å få tjenesten på riktig nivå, med tanke på kunnskap når det gjelder gjeldende lovverk og god kunnskap om tjenesten
- større krav til saksbehandling og oppfølging av disse, ved eventuelle klagesaker
- flere brukere med sammensatte problem; samhandling og lik praksis rundt disse.

Kartleggingsteamet gir informasjon og opplæring i bruk av aktuelt lovverk i forhold til søknad om tjenester/tildeling av tjenester. De bistår med råd og veiledning i enkeltsaker, og de utarbeider rutinebeskrivelser i saksbehandlingsprosessen vedrørende søknad om tjenester. Halden kommune er dog ikke driftet etter en bestiller/utfører modell.

Utfordringer og kapasitet for kartleggings- og vedtaksteamet.

Tjenesten har hatt stor pågang av nye søknader i 2014. Kartleggings- og vedtaksteamet har kun hatt kapasitet til å kartlegge nye søknader og ved endringer av brukere med store behov frem til nå. Vi ønsker å tilstrebe at kartleggings- og vedtaksteamet i større grad enn i dag skal få en større tverrfaglig tilnærming og involvere andre aktuelle yrkesgrupper ved behov. Tjenesten er per dato i en omorganisering og det er usikkert hvilken form kartleggings- og vedtaksteamet vil ha i fremtiden.

3.4 OMRÅDE REHABILITERING OG AKTIVITET

3.4.1 Fysioterapitjenesten

Den kommunale fysioterapitjenesten består av 7.5 årsverk inkludert turnusfysioterapeut. 3 årsverk er forbeholdt barn, mens 3.5 årsverk er forbeholdt voksne. Turnusfysioterapeutens stilling fordeles mellom barn og voksne.

Halden kommune har også 14,75 driftstilskudd til private fysioterapeuter, som er en del av det totale tilbudet i kommunehelsetjenesten. De drifter egne institutter, og skal gi tilbud til brukere som kan komme seg til et institutt på egen hånd. De skal kunne gi tilbud til alle aldersgrupper og alle diagnoser.

Kommunal fysioterapi for voksne og eldre.

Tjenesten for voksne og eldre omfatter helsefremmende og forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling og rehabilitering. Den utføres i hjemmet, omsorgsboliger, trykdehybler, institusjoner som eldresenter eller sykehjem, dagsenter og på Halden Rehabiliteringssenter. Alle fysioterapeutene jobber etter henvisning (eget henvisningsskjema), uavhengig av hvor brukeren befinner seg.

Utetjenesten gir et tilbud til hjemmeboende brukere, som ikke greier å komme seg til et privat institutt. Tilbudet gis i eget hjem, i omsorgsboliger, i samlokalisert bolig og lignende. Oppfølging av fysioterapeut skjer i en begrenset periode.

Institusjoner og Halden Rehabiliteringssenter. På de ulike institusjonene følges brukerne opp etter behov og henvisning. Fysioterapeutene leder en felles gruppetrim to ganger i uka på Halden Rehabiliteringssenter. De deltar på ulike typer tverrfaglige møter.

Helsefremmende og forebyggende arbeid. Det gis gruppetilbud for ulike diagnosegrupper, samt noen grupper i et forebyggende perspektiv. Det er tilbud om trening i sal, ute og i basseng, alt etter brukernes diagnose og fysisk form. Deltakerne må ha rekvisisjon fra lege for bassengtrening.

Kommunal fysioterapi for barn og unge.

Tjenesten prioriterer barn og unge i alderen 0 – 16 år, og igangsetter tiltak rundt disse. Målgruppene er barn og unge:

- med forsinket motorisk utvikling
- med sansemotoriske vansker
- med funksjonshemming eller kronisk sykdom
- som er i en risikogruppe

Fysioterapitjenesten kartlegger, behandler/trener, veileder og informerer barn(så langt det er mulig), foreldre/pårørende og personale rundt barna. Behandlingen/treningen foregår hjemme hos barnet, på helsestasjon, skoler, barnehager, basseng eller i treningssalen ved Helsehuset for Halden og Aremark. Tjenesten deltar på ansvarsgrupper, bidrar til individuelle planer og samarbeider med sykehus og habiliteringstjenesten. Gir veiledning til barn m/følge i basseng. Barnefysioterapeutene er på Familiens Hus/ helsestasjonen og Åpen barnehage hvor de treffer de minste barna med pårørende og har grupper.

Utfordringer og kapasitet for fysioterapitjenesten.

Tjenesten ønsker å dreie fokus fra kurativt til forebyggende arbeid og mer gruppevirksomhet. Fokuserer på de brukergruppene som allerede er ivaretatt, men også sette mer fokus på forebygging av bl.a. overvekt. For å få til dette trenger de mer ressurser. Fysioterapitjenesten ligger under landsgjennomsnittet i forhold til dekning pr. innbygger – 7,4 årsverk mot 8,9 årsverk pr. 10.000 innbyggere for landet som helhet (KOSTRA 2013).

Det er også utfordringer i samarbeidet med de private instituttene, og spesielt når det gjelder habilitering og rehabilitering. Det er nedsatt et samarbeidsutvalg mellom de kommunale fysioterapeutene og de private instituttene for å komme fram til et godt og sammenhengende fysikalsk tilbud i kommunen.

3.4.2 Ergoterapitjenesten

Ergoterapitjenesten består i dag av 5 årsverk. Antall stillinger har ikke endret seg de siste 15 årene, selv om tjenestebildet har endret seg. Et av disse årsverkene er tilknyttet Halden Rehabiliteringssenter, men ivaretar også brukere utenfor senteret, enten hjemmeboende eller på andre institusjoner.

Ergoterapitjenesten skal bidra til å forebygge, bedre eller vedlikeholde funksjonsevnen til brukere i alle aldersgrupper og fokuserer på hjelp til selvhjelp. Målet er at den enkelte skal bli mest mulig selvhjulpne og kan oppleve deltakelse i samfunnet, trygghet i egen hverdag og selvstendighet i meningsfulle aktiviteter. Hovedtyngden av brukerne er hjemmeboende funksjonshemmede, men de er også på rehabiliteringsavdelingen, i annen institusjon og skole/barnehage.

De primære ergoterapioppgavene ute i kommunen er mye basert på hjelpemidler og tilrettelegging av boliger. Ergoterapitjenesten må prioritere å være oppdatert på hjelpemiddelområdet ettersom den skal ha ansvar for veiledning i dette for samarbeidspartnere i kommunen. Ergoterapitjenesten har også oppgaver knyttet til struktur av hverdagen for ulike pasientgrupper, som f. eks rus/psykiatri og unge med kognitiv svikt som følge av bl. a hjerneslag.

Utfordringer og kapasitet for ergoterapitjenesten.

Det er generelt et økende antall brukere med sammensatte problemstillinger til ergoterapitjenesten uten at ergoterapiressursene er økt. Det utfordrer samarbeidet med andre tjenester. Gjelder både fysisk og psykisk helse, samt kognitiv svikt og rusproblematikk. Gjelder for eksempel bil/elektrisk rullestol og boligtilrettelegging. En annen utfordring er NAV's regelverk med stadig større krav til dokumentasjon. Tidlig intervensjon vil generelt være gunstig for brukere, men begrensede ressurser gjør dette vanskelig og forutsetter prioritering av brukergrupper. Her kan kanskje hverdagsrehabilitering og ambuleringende rehabiliteringsteam være med på å bedre situasjonen. Skal disse områdene prioriteres, og det ikke bevilges ekstra midler, må andre oppgaver nedprioriteres, noe som vil bli en stor utfordring. Ergoterapitjenesten er lavere bemannet enn andre tilsvarende kommuner – 1,7 årsverk mot 3,3 årsverk pr 10.000 innbyggere (AGENDA 2014) .

3.4.3 Halden Rehabiliteringssenter

Halden Rehabiliteringssenter består av 20 korttidsplasser. Korttidsplassene brukes til Rehabilitering (10 senger) og utredning/kartlegging (10 senger). Senteret ble bygget som nybygg i tilknytning til Halden sykehjem, og åpnet 20. desember 2001.



Rehabiliteringssenteret er døgnbemannet med sykepleiere og hjelpepleiere. I tillegg er det tilsynslege, fysioterapeut og ergoterapeut som jobber på dagtid. Sammen med brukeren setter staben opp en plan med mål for rehabiliteringen. Hovedmålet er å få brukeren mest mulig selvhjulpne.

Det tilrettelegges et opphold for den enkelte, ved hjelp av et tverrfaglig

samarbeid, for å få best mulig overgang til egen bolig etter endt rehabilitering. Det tverrfaglige samarbeidet innebærer at avdelingen har tett kontakt med bl. a fysioterapien, ergoterapien, institusjonstjenesten, hjemmebaserte tjenester, logoped, boligkontor, og NAV.

Utfordringer og kapasitet for Halden Rehabiliteringssenter. Man ser at det kan være en fordel å rendyrke rehabiliteringssenger i avdelingen, for å holde et høyt fokus på rehabilitering. Det er også tydelig at det til tider er for lite fysioterapiressurser på avdelingen, og brukerne blir ikke så raskt mobilisert hjem som de kunne blitt med mer ressurser.

3.4.4 Syn- og hørselskontakt

Kommunen har én person ansatt som syn- og hørselskontakt (0,80). Fagkonsulent syn og hørsel jobber hovedsakelig med å gi bistand til voksne og eldre hjemmeboende og på institusjon, for at de skal fungere best mulig og selvstendig i eget hjem og ute og for å unngå isolasjon. Tilrettelegger og søker om lån av hjelpemidler for synshemmede, hørselshemmede, de med kombinert syn- og hørselsproblemer og døvblinde. Informerer om kurs, rehabilitering- og opplæringstilbud, lag og foreninger. Fagkonsulenten gir informasjon og opplæring i bruken av hjelpemidlene, følger opp utleverte hjelpemidler, gjør avtaler ved feil på hjelpemidler og ved endrede behov.

Tilbud til barn i barnehage, skolebarn og studenter blir ivaretatt av Statsped og PPT.

Utfordringer og kapasitet for syn- og hørselskontakt.

I følge HLF er ca. 15 % av befolkningen hørselshemmet, og det forventes en ytterligere økning pga bruk av ørepropper, musikk rett i øret, m.m. Alle med høreapparat har automatisk rett på denne tjenesten. Ser at økningen av hørselsproblemer går på bekostning av tilbudet til synshemmede. Ny teknologi som stadig utvikles vil være en utfordring både for syn- og hørselskontakten og for Korttidslageret som monterer hjelpemidlene. Dette vil kreve større teknisk bakgrunn og mer bistand fra leverandører og NAV Hjelpemiddelsentral Østfold.

3.4.5 Korttidslageret for tekniske hjelpemidler

Korttidslageret har ansvar for utlevering og innhenting av tekniske hjelpemidler som kommer fra NAV Hjelpemiddelsentral Østfold, samt utføre enklere reparasjoner og monteringer/tilpassinger. Korttidslageret har også ansvar for henting og tilbakeleveringer av kommunens egne tekniske hjelpemidler.

Det er to typer utlån av tekniske hjelpemidler; varig og midlertidig. Kommunen v/ Korttidslageret er ansvarlig for utlån og vedlikehold av hjelpemidler til brukere som har et kortvarig behov, som for eks. etter benbrudd eller operasjoner.

Korttidslageret er en svært viktig aktør når det gjelder både habilitering og rehabilitering. Brukere er ofte helt avhengige av tekniske hjelpemidler for å kunne komme seg hjem fra sykehus og institusjoner, og for å kunne fungere hjemme.

Utfordringer og kapasitet for korttidslageret.

Det er store utfordringer med kapasiteten ved Korttidslageret, samt stor belastning med tunge løft og bæring. Det er kun 2,75 årsverk knyttet til avdelingen, og dette er en knapp bemanning. Det er også utfordringer med bygget som er gammelt og tungvint.

3.4.6 PPT-kontoret/Logopedtjenesten

Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) er en kommunal rådgivingsinstans hjemlet i Opplæringsloven kap. 5. De fleste henvendelser kommer fra barnehager og skoler etter at foresatte har samtykket til kontakten. Foresatte kan også ta direkte kontakt.

Hovedoppgavene til PPT er å utrede behov for spesialpedagogiske tiltak for barn før opplæringspliktig alder, for elever i grunnskolen og for voksne med behov for spesialundervisning på grunnskolens område. I tillegg skal PPT hjelpe skolen i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling for å legge opplæringen bedre til rette for elever med særskilte behov. Tidlig innsats og forebyggende arbeid har økt fokus.

Utfordringer for PPT

PPT skal bidra til at flest mulig elever ivaretas innenfor ordinær tilpasset opplæring slik at færre elever får behov for spesialundervisning. Det skjer hele tiden en avveining av tidsbruk mellom utredning av behov hos enkeltbarn og elever som er en individuell rett hjemlet i opplæringsloven, og forebyggende arbeid for eksempel til hjelp til utvikling av klassemiljø, antimobbearbeid og lignende. Det er ønskelig med økt kapasitet.

Logopedtjenesten

Målgruppene til denne tjenesten er barn før opplæringspliktig alder, elever i grunnskolen og voksne med språk-, tale- og stemmevansker som følge av skade/sykdom.

Logopedtjenesten skal i første rekke gi tjenester til førskolebarn og elever med språk- og uttalevansker. Hjelpen gis i form av utredning, veiledning og noe direkte arbeid med barnet. Logopedtjenesten skal også gi hjelp til voksne med afasi /talevansker/stemmevansker o.a. som skyldes tap av ferdigheter etter sykdom eller ulykker.

Utfordringer for logopedtjenesten

Vi har god kompetanse på afasi og gir tilbud til de fleste vi får henvist med denne diagnosen. Hjelpen består av utredning og direkte arbeid med klienten, samt veiledning til personalet og klientens familie. Vi har ikke kapasitet til hyppig direkte arbeid med klienten.

Noen voksne med spesielle medisinske diagnoser blir avvist på grunn av manglede kompetanse og kapasitet i PPT. Disse blir via NAV vist videre til privat behandling.

3.5 REHABILITERINGSINSTITUSJONER VI KAN SAMARBEIDE MED

Innenfor Østfold fylke, og i nærliggende fylker, er det flere rehabiliteringsinstitusjoner som Halden kommune kan samarbeide med.

Bakke Senter for Mestring, Jeløy Kurbad, Cato Senteret og Sunnaas er fire rehabiliteringsinstitusjoner som det er naturlig for Halden kommune å ha kontakt/samarbeid med. Disse har stor faglig tyngde, og de kan ta i mot brukere som kommunen ikke har mulighet/faglig kompetanse til å ta i mot.

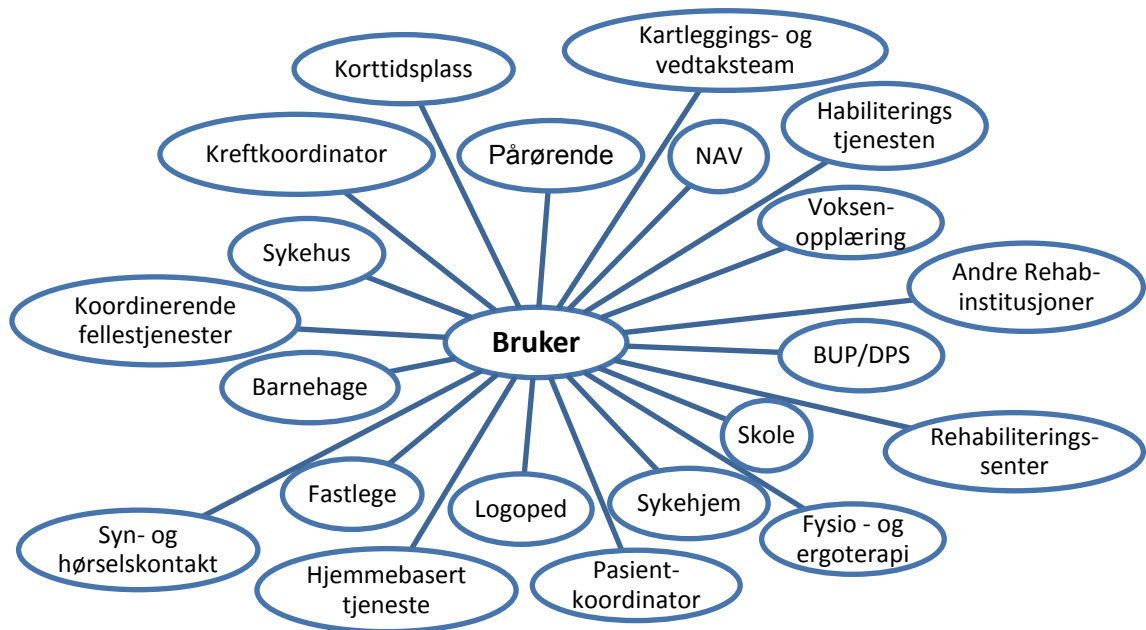
4 INNSATSOMRÅDER OG MÅLSETTINGER

Ved gjennomgang av de ulike deltjenestene innenfor Helse og omsorg, ser man at habilitering og rehabilitering er en del av tjenestene, men at fokuset kan dreies, og vi kan styrke innsatsen på noen områder. Noe kan gjennomføres ved å forbedre allerede eksisterende prosesser, noe vil kreve økte ressurser og noe krever samhandling med aktører utenfor Helse og omsorg.

Halden kommune har valgt å sette fokus på disse innsatsområdene i planperioden:
Samhandling/samarbeid, økt innsats på rehabilitering i tjenesteytingen, botilbud, universell utforming og kompetanse- og fagutvikling.

4.1 SAMHANDLING/SAMARBEID

Samhandling er sentralt innenfor habilitering og rehabilitering, der bruker ofte er avhengig av tjenester fra mange aktører og sektorer, og der det i liten grad er én enhet som bærer det samlede ansvaret for oppfølgingen. Kvalitet i tjenestene er derfor avhengig av at det legges til rette for god samhandling. Gode vekslinger mellom samhandling og koordinering er nøkkelen til et helhetlig tjenestetilbud for den enkelte bruker.



4.1.1 Brukermedvirkning

I følge Nasjonal strategi 2008-2011 skal brukermedvirkning styrkes. Brukerens mål skal være ledende i rehabiliteringsarbeidet. Brukerens innflytelse over egen situasjon er en forutsetning for at rehabilitering skal kunne gjennomføres. Tilstrekkelig informasjon er en av forutsetningene for brukermedvirkning.

Brukermedvirkning bygger på teorien om Empowerment, som kan beskrives som den prosess som er nødvendig for å styrke og aktivere menneskets egenkraft. Empowerment forutsetter brukermedvirkning på alle nivåer, ut fra en grunnleggende tro på menneskets evner og ressurser, en tro på at det er viktig for alle å ha kontroll og innflytelse på egen livssituasjon. Brukermedvirkning foregår på flere nivåer. På individnivå dreier det seg om at den som benytter seg av et tjenestetilbud

får innflytelse på tilbudet ved valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til enhver tid er tilgjengelige. Individuell plan er et av redskapene som skal være med på å sikre større grad av brukermedvirkning på individnivå.

På systemnivå innebærer brukermedvirkning at brukerne skal inngå i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet, og delta aktivt i planleggings- og beslutningsprosesser. Dette kan dreie seg om utarbeidelse av diverse planverk, gjennomføring av kurs, endring på organiseringen av tjenestene.

Koordinerende fellestjenester er en viktig "brikke" som kan bidra til å sikre større grad av brukermedvirkning på systemnivå.

4.1.2 Individuell plan

Individuell plan er innført som et virkemiddel for å kunne gi et bedre tilbud til tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. (Veileder til forskrift om individuell plan 12/2007).

Formålet med utarbeidelsen av en individuell plan er:

- å bidra til at tjenestemottaker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottakeren.
- å kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens bistandsbehov.
- å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Helsedirektoratet viser til en undersøkelse fra TNS Gallup i 2008 som viser at 87 prosent mener at arbeidet med individuelle planer fremmer samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet. Forskrift om Individuell plan er hjemlet både i helse- og omsorgstjenesteloven og i pasient- og brukerrettighetsloven. Denne forskrift kan sees på som et ledd i arbeidet med å harmonisere regelverket for helsetjenesten og sosialtjenesten for å bedre samarbeidet og koordineringen mellom disse tjenestene.

I Halden kommune har vi etter hvert fått mange individuelle planer, ca. 150 planer pr. dags dato og det er Koordinerende fellestjenester som er den formelle Koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. De har et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Det er viktig at alle fagpersoner som jobber nært med brukere som skal ha IP, får god opplæring og at de utarbeider planen sammen med brukerne.

Koordinatorrollen

Det at bruker (og eventuelt pårørende) får en bestemt person i tjenesteapparatet og forholde seg til, blir sett på som en svært viktig del av ordningen med individuell plan. Hovedoppgaven til koordinator er å sikre oppfølging av bruker (og eventuelt pårørende) og en god fremdrift i planprosessen. For personer med mange tjenester kan koordinatoren fungere som en "los i systemet".

Arbeidsoppgavene kan være å ha oversikt over hvilke tjenester den enkelte bruker kan søke på, hvilke regler og myndighet som gjelder og hvem vedkommende kan henvise brukerne videre til. Rett til individuell plan betyr at tjenestemottaker har rett til en plan som angir et helhetlig og begrunnet tjenestetilbud, og som sammenfatter vurderinger av behov og virkemidler. Siden behovet

for tjenester er sammensatt og ulike faggrupper er involvert, medfører dette at faggruppene må samarbeide for å få til dette arbeidet.

Lojalitet til ordningen

Sentrale myndigheter betegner Individuell plan som et helt sentralt tiltak for å ivareta samhandling og pasient- og brukerforankring. Nasjonale undersøkelser viser at arbeidet med individuelle planer fremmer samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet. Implementering av nye systemer tar tid. Det må jobbes mer på alle nivå i organisasjonen i forhold til engasjement og enighet om at ordningen er viktig. Det må også utvikles gode rutiner for å kvalitetssikre at ordningen blir ivaretatt på alle nivåene og gjennomføre brukerundersøkelser og undersøkelser blant ansatte som grunnlag for forbedring av ordningen. Individuell plan må oppleves som nyttig for brukere og ansatte.

Ansvarsgruppe som samarbeidsform

En vanlig form for samhandling er etablering av ansvarsgrupper. Nye retningslinjer for ansatte som deltar i ansvarsgrupper ble utarbeidet i kommunen i 2008. Her møtes jevnlig alle som er involvert i en og samme bruker. De går igjennom arbeidsfordeling, nye tiltak, problemstillinger og mål. Dette skrives ned i et referat, som fungerer som retningslinje for det videre arbeidet. Ansvarsgrupper er en ikke lovpålagt samhandlingsform.

Det er en del uklarheter blant ansatte og brukere om hva ansvarsgrupper er til forskjell fra individuell plan. Individuell plan og ansvarsgrupper er begge koordinerings- og samarbeidsverktøy (metoder) hvor bakgrunn er en persons eller families koordineringsbehov.



*"Å komme sammen er begynnelsen
Å holde sammen er framgang.
Å arbeide sammen er suksess". (Henry Ford)*

4.1.3 Kronikere/brukere med livslangt behov for bistand

Habilitering særpreges av å være en kompleks og tverrfaglig innsats. Mennesker med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse har ofte behov for et sammenhengende habiliteringstilbud gjennom hele livet, selv om innholdet i tilbudet vil endre seg over tid. Habilitering foregår i et samarbeid mellom ulike sektorer og det er viktig med helhetsperspektiv ved planlegging. Selv om habilitering vanligvis ytes overfor de med medfødte eller tidlige ervervede funksjonsnedsettelse, er det også mange med ervervede funksjonsnedsettelse i ungdomsalder og/eller tidlig voksenalder som vil ha langvarige bistandsbehov og behov for habiliteringstiltak. Blant annet nevnes brukere med alvorlige og langvarige psykiske lidelser, og kroniske sykdommer.

Tidlig innsats er helt sentralt for å redusere graden av funksjonssvikt og for å lykkes bedre med habilitering. Gjennom økt kompetanse og fokus på tidlig identifisering hos personell som naturlig har kontakt med alle barn, kan habiliteringsbehov tidligere avdekkes og tilrettelagte tiltak settes inn. Innenfor eget område har barnefysioterapeutene og ergoterapitjenesten en viktig rolle her. I tillegg er det mange aktører i andre virksomheter som har viktige roller, blant annet helsestasjonstjeneste, pedagogisk – psykologisk tjeneste (PPT), barnehage og skole.

Ansatte i kommunen samarbeider tett med Habiliteringstjenesten i Østfold. Det er laget en samarbeidsavtale, og det er satt opp faste møter mellom tjenestene.

4.2 ØKE INNSATSEN PÅ REHABILITERING I TJENESTEYTINGEN

4.2.1 Korttidsplasser til rehabilitering

Nye forskningsresultater viser at egne rehabiliteringsenheter for eldre med nedsatt funksjonsevne gir mest effektiv rehabilitering. Dette bør få konsekvenser for hvordan kommunene velger å organisere rehabiliteringstilbudet. Stipendiat Inger Johansen ved avdeling for allmenntilleggsmedisin og fastlege i Larvik har studert 300 eldre over 65 år i Vestfold som hadde behov for rehabilitering på grunn av hjerneslag, lårhalsbrudd eller andre kroniske lidelser.

– Rehabilitering i egne sentra vil, i tillegg til å være mer effektivt, trolig koste vesentlig mindre for kommunene enn rehabilitering i korttidsplasser på sykehjem. Sentrene kan legges i tilslutning til lokalmedisinske sentre som nå bygges opp i mange av landets kommuner, sier Johansen.

– Funksjonsnivået til den gruppen som ble rehabilitert på sykehjem var lavere også etter rehabiliteringen. Dette gjorde at de hadde større behov for hjemmetjenester etter rehabiliteringsoppholdet enn den andre gruppen, forteller hun.

Halden kommune etablerte Halden Rehabiliteringssenter i 2001. Senteret har 20 plasser, og disse plassene er korttidsplasser. Slik som senteret er lagt opp nå, skal det drives utredning, kartlegging og rehabilitering her, og det er dermed ikke rendyrket rehabiliteringssenger på hele senteret.

Halden Rehabiliteringssenter har en bra inn- og utskrivningsstatistikk, og de fleste av pasientene blir utskrevet til hjemmet. Fra september 2012 og til og med mars-måned 2013 viser pasientfordelingen pr. diagnosegruppe, at hovedtyngden av pasienter er ortopediske pasienter og slagpasienter. De ortopediske pasientene trenger ca. 2 – 6 uker for å bli rehabilitert. Slagpasienter trenger langvarig oppfølging, og vil som oftest bruke måneder på å komme tilbake til et best mulig funksjonelt nivå. Halden Rehabiliteringssenter ser at det til tider er stor pågang på plassene, og at det kan være behov for flere rehabiliteringsplasser i kommunen. Dagrehabilitering og tverrfaglig ambulerende team vil kunne redusere behovet for rene rehabiliteringsplasser noe. På den annen side bør innsatsen når det gjelder disse spesialplassene spisses ytterligere (snakk med Liv).



4.2.2 Dagrehabilitering/Lærings- og mestringssenter

Dagrehabilitering har vært ønskelig å få på plass i en årrekke. Det skal bidra til å fremme helse og livskvalitet til personer med en funksjonsnedsettelse.

Dagrehabilitering kan bestå av vurderingsbesøk, trening eller behandling i grupper, bassenggrupper. Formidling av og opplæring i bruk av tekniske hjelpemidler, råd og veiledning. Det kan også være kurs/opplæring ift. diagnosen pasienten har fått, eller hvordan vedkommende skal leve videre med sin diagnose, for å oppnå en best mulig funksjons- og mestringsevne. Ved bruk av

grupper i dagrehabilitering, kan det være en fordel å dele opp uken, slik at ulike diagnosegrupper kommer på ulike dager – og at gruppene ikke blir for store.

Det er et mål å koble dagrehabilitering opp mot et Lærings- og mestringssenter, slik at man kan benytte interne og eksterne fagpersoner til å holde kurs/opplæring. Det kan da arrangeres ulike grupper, møter med likemenn, eller møter med brukerorganisasjoner.

4.2.3 Ambulerende rehabiliteringsteam

Ambulerende rehabiliteringsteam er et tverrfaglig sammensatt team som kan sendes til personer som trenger oppfølging etter sykehus- eller institusjonsopphold, eller hjemmeboende som opplever utfordringer på grunn av funksjonsnedsettelse. Teamet yter fleksible tjenester i en kort periode i forbindelse med utskriving fra sykehus eller institusjon, - de tradisjonelle tjenestene overtar etter hvert. Rehabiliteringsteamet skal gi brukeren rask og tverrfaglig bistand til egen rehabiliteringsprosess, i en avgrenset periode. Tilbudet skal gi brukeren mulighet til å bo i eget hjem så lenge det er ønskelig og mulig. Teamet skal vurdere om bruker har riktig hjelp og gi tilbakemelding til tjenesteenheten. Brukers opplevelse av livskvalitet skal stå sentralt.

Målgrupper:

- personer med behov for tverrfaglig kompetanse som jobber tett og samordnet om brukers problemstillinger
- personer som er i overgangssituasjoner hjem/sykehus/institusjon/hjem (forhindre innleggelse, sikre overganger ved utskriving).
- personer med plutselig eller gradvis tap av funksjonsevne og som har mulighet for økning i funksjonsnivå ved hjelp av tett oppfølging i en kortere periode
- personer som trenger tett oppfølging ved overføring fra institusjon til hjemmet

Arbeidsoppgaver for det tverrfaglige rehabiliteringsteamet vil være: Måltrettet arbeid tilpasset den enkeltes behov og ønsker, bruker i sentrum - trygghet, forutsigbarhet, respekt. Individuell plan – ved behov. Informasjon og veiledning, videreføring – formidling til andre egnede tilbud når teamet avslutter.

Erfaringer fra andre kommuner viser at ett team bestående av sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og evt. "alt-mulig-mann", i gjennomsnitt dekker et innbyggertall mellom 25.000 – 30.000 i aldersgruppen over 18 år.

4.2.4 Hverdagsrehabilitering

I NOU 2011: 11 "Innovasjon i omsorg" står det at hverdagsrehabilitering går ut på at de som mottar tjenester fra kommunen fra tidligere, trenes opp til å bli mer selvhjulpne. Treningen foregår i hjemmet til den enkelte, og tar utgangspunkt i dennes ressurser, ønsker og muligheter.

Hjelpen dreies:

Fra	Til
Sen innsats	Tidlig innsats
Behandling	Tidlig oppsporing
Kompensasjon	Rehabilitering
Pleie	Forebygging
Informasjon	Motivasjon

Med hverdagsrehabilitering tenkes behandling på en annen måte – i stedet for å sette inn kompensierende tiltak når den enkeltes funksjonsevne avtar, settes det inn store ressurser i begynnelsen av behandlingsforløpet i håp om å bryte en ond sirkel og forhindre eller redusere konsekvensene av et videre vanskelig forløp.

Basert på danske, svenske og norske erfaringer kan hverdagsrehabilitering i tillegg kjennetegnes med at:

- den skjer på pasientens arena, i hjemmet og nærmiljøet
- vanlige hverdagsaktiviteter brukes i opptrening
- den er et tilbud for eldre, selv om det ikke er klart definert nedre aldersgrense
- den har et forebyggende perspektiv, ettersom den vedlikeholder mestring av hverdagsaktiviteter
- tidlig tverrfaglig kartlegging

Hverdagsrehabilitering forutsetter opplæring av ansatte i hjemmetjenestene (hjemmehjelpere/ pleiepersonell). I de danske og svenske publikasjonene beskrives sentrale roller for ergoterapeuter og fysioterapeuter med ansvar for utredning, opplæring, veiledning og utarbeiding av tiltaksplaner. Det beskrives også at sykepleiere med rehabiliteringskompetanse har en sentral rolle i tett samarbeid med terapeutene.

I Norge har over 100 kommuner startet opp eller planlegger oppstart av innføring av hverdagsrehabilitering (april 2014). Det finnes i flere modeller for hverdagsrehabilitering i norske kommuner. De kan imidlertid i hovedsak deles inn to hovedmodeller:

- 1) *Spesialistmodellen*. Et tverrfaglig team med ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og hjemmetrenere har ansvar for planlegging, gjennomføring og evaluering av hele rehabiliteringsprosessen.
- 2) *Integrert modell*. Ergo-/fysioterapeuter har ansvar for planlegging og oppfølging av prosessen. Treningsaktivitetene med brukeren utføres av medarbeidere i hjemmetjenesten (hjemmetrenere) etter veiledning fra terapeutene.

I samsvar med erfaringene i Sverige har man kommet frem til at generell hverdagsrehabilitering ikke kan erstattes av spesifikk rehabilitering av ergoterapeuter og fysioterapeuter. Kommunen vil derfor ha behov for ulike arbeidsformer, eksempelvis både Ambulerende Rehabiliteringsteam med ergoterapeuter, fysioterapeuter og sykepleiere med rehabiliteringskompetanse, samt hverdagsrehabilitering der "hjemmetrenere" med opplæring, deltar under veiledning.

Hverdagsmestring – et grunnleggende forebyggende og rehabiliterende tankesett.

Det grunnleggende tankesettet som styrer hverdagsrehabilitering velger vi å kalle hverdagsmestring. Hverdagsmestring er et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltakelse står sentralt. Dette tankesettet er ikke forskjellig fra tradisjonell rehabilitering og er derfor ikke unikt for hverdagsrehabiliteringen. Utfordringen er å anvende dette tankesettet i en rekke kommunale og private tjenester.

4.3 BOTILBUD

Halden kommune har inngått en langsiktig samarbeidsavtale med Husbanken om deltakelse i Boligsosialt utviklingsprogram. Vi må foreta framtidsrettede prioriteringer innen området helse og omsorg, og det kommer til å bli stilt krav om effektivitet og god forvaltning av samfunnets midler til

dette. Derfor må vi utvikle drifts- og boformer som kan sikre det faglige grunnlaget for et helhetlig tilbud, samt en bærekraftig økonomi.

Utvikling av boformer med fleksible arealløsninger og omsorgsteknologi slik at de kan fungere som gode og trygge livsløpsboliger er viktig, for å dekke omsorgsnivåene; bolig, omsorgsbolig og sykehjem. Ut fra en samlet vurdering vil det fremmes forslag til nødvendige tiltak og prioriteringer i forhold til framtidige bo- og tjenestetilbud. Målet er å sikre at Halden kommune kan møte framtiden med rasjonelle og effektive bo- og driftsformer.

Det vises for øvrig til *Boligsosialt utviklingsprogram*.

4.4 UNIVERSELL UTFORMING

Aktivitet og deltagelse er sentrale mål i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet, men ofte møter personer med nedsatt funksjonsevne fysiske barrierer i samfunnet som hindrer like muligheter til aktivitet og deltagelse.

I 2008 kom "Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven. Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven) (2008-06-20)". Denne har til hensikt å bygge ned samfunnsskapt funksjonshemmede barrierer og hindre at nye skapes. Et av virkemidlene for å oppnå formålet med loven er å satse på universell utforming.

Universell utforming betyr at produkter og omgivelser utformes på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpasning eller en spesiell utforming.

Regjeringen har en visjon om et universelt utformet Norge innen 2025. På bakgrunn av dette er det utarbeidet en egen handlingsplan for universell utforming og økt tilgjengelighet.

Halden kommune har utarbeidet en egen plan for universell utforming. Det bør vurderes om hovedføringene på dette området bør tas inn arbeidet med kommuneplanens samfunnsdel som starter opp på nyåret 2015. I tillegg bør det utarbeides en kommunal standard for universell utforming i Halden kommune.

4.5 KOMPETANSE- OG FAGUTVIKLING

Innenfor alle deler av Helse og omsorg er det nødvendig med kontinuerlige kompetansehevingstiltak for å opprettholde og forbedre kvaliteten i tjenestene. Også på habiliterings- og rehabiliteringsområdet er det behov for kompetansehevingstiltak som tar sikte på å utvikle de ansattes kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Mye skjer gjennom læring i det daglige arbeidet, samt gjennom interne og eksterne kurs.

I Helse- og omsorgsplan 2010-2015 er det et eget kapittel om kvalitet og kompetanse. Det er også utarbeidet en overordnet strategisk kompetanseplan. Hver enhet har fått i oppdrag å lage enhetsvise kompetanseplaner, som viser behov for kurs/opplæring/oppfriskning. Dette legges inn i et årshjul som markerer hvor kommunen til enhver tid har opplæring og andre viktige hendelser.

Det er behov for fagpersoner som har god fagkunnskap om habilitering og rehabilitering. Det er også viktig med noen personer som har spesialisert seg på disse områdene, slik at det jobbes kunnskapsbasert hele veien.

5 LITTERATURLISTE/REFERANSER

- Boligsosialt utviklingsprogram; Helse og omsorgstjenester – boligsosiale utfordringer, 2012-2016 – Plan og tiltak
- Forskrift om Habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2012)
- Dansk Sunhedsinstitut; Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia kommune (september 2011)
- Halden kommune; Sluttrapport fra prosjektgruppe Omsorgstrappa (2011)
- Halden kommune; Helse og omsorgsplan 2010-2015
- Halden kommune; Levekår og helsetilstand til befolkningen i Halden (2013)
- Helsedirektoratet; Behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Kortversjon fra 2010)
- Helsedirektoratet; Undersøkelse om rehabilitering i kommunene (2011)
- Helsedirektoratet; Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (2012)
- Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering, v/prosjektgruppe "Hverdagsrehabilitering i Norge" (2012)
- Sykehuset Østfold HF; Områdeplan Rehabilitering for Østfold 2012
- Outcome of primary health care rehabilitation of older disabled people in two different settings – an open, prospective, comparative observational study; doktorgradstudie fra dr. Jørund Straand, professor i allmenntilleggsmedisin, UiO (Mai 2013)
- Rapport; Styringsdata i samhandlingsreformen og konsekvenser for Halden kommune (2013)
- Rapport fra arbeidsgruppe Institusjonstjenesten, oktober 2013
- Sak 24/13 fra Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold: Rehabilitering – forpliktende arbeidsform for tverrgående pasientforløp
- St.meld. nr. 21 (1998-1999). Ansvar og mestring-mot en heilskapeleg rehabiliteringspolitikk
- St.meld. nr. 40 (2002-2003). Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne
- St.meld. nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling på rett sted til rett tid.
- St.meld. nr. 16 (2011-2015). Nasjonal helse- og omsorgsplan.
- St.meld. nr. 34 (2012-2013). Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar.
- St.meld. nr. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg.
- St.prp. 1 S 2013 – Utdrag av statsbudsjettet vedrørende rehabilitering
- Structured community-based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard primary health care rehabilitation – an open comparative study; doktorgradstudie fra dr. Inger Johansen, stipendiat ved avd. for allmenntilleggsmedisin og fastlege i Larvik.
- Særtrykk av St.prp. nr.1 (2007-2008) kapittel 9, Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011), Helse og omsorgsdepartementet

6 VEDLEGG

Handlingsplan/tiltaksplan