



**2018-2022**

# **Temoplan for habilitering og rehabilitering**

Vedteke i kommunestyret  
20.12.2018



**Nord-Aurdal kommune**



---

# INNHALDSLISTE

---

<b>1 Samandrag .....</b>	<b>1</b>
<b>2 Innleiing .....</b>	<b>2</b>
2.1 Bakgrunn og formål med planarbeid.....	2
2.2 Kommunen sin visjon og målsetting .....	2
2.3 Prosess.....	2
2.4 Kommunen sitt plansystem.....	3
<b>3 Rammer og føringar .....</b>	<b>4</b>
3.1 Lovverk .....	4
3.2 Nasjonale føringar .....	4
3.3 Regionale føringar .....	4
3.4 Kommunale føringar.....	4
<b>4 Habilitering og rehabilitering .....</b>	<b>5</b>
4.1 Definisjonar og omgrevsavklaringar .....	5
4.2 Ansvar for re-/habilitering.....	7
4.3 Koordinerande eining for habilitering og rehabilitering (KE) .....	8
<b>5 Dagens situasjon .....</b>	<b>10</b>
5.1 Organisering .....	10
5.2 Kven treng re-/habilitering? .....	12
5.3 Aktørar og kompetanse .....	14
5.4 Samhandling .....	16
<b>6 Utfordringsbiletet .....</b>	<b>18</b>
6.1 Auka behov for re-/habilitering.....	18
6.2 Kompetanse.....	20
6.3 Koordinering og samhandling .....	22
6.4 Pasient- og brukarforløp.....	24
<b>7 Mål og innsatsområder.....</b>	<b>26</b>
7.1 Overordna mål.....	26
7.2 Møte det auka behovet for re-/habilitering.....	26
7.3 Auka kompetanse innan re-/habilitering .....	27
7.4 Styrke koordinering av tenester og samhandling.....	27
7.5 Styrke pasient –og brukarperspektivet i re-/habiliteringsprosessen .....	28
<b>8 Tiltaksoversikt .....</b>	<b>29</b>

---

---

8.1	Innsatsområde 1: Møte det auka behovet for re-/habilitering.....	29
8.2	Innsatsområde 2: Auke kompetanse innan re-/habilitering .....	29
8.3	Innsatsområde 3: Styrke koordinering av tenester og samhandling .....	30
8.4	Innsatsområde 5: Styrke pasient- og brukarperspektivet i re-/habiliteringsprosessen.....	0
<b>9</b>	<b>Kjelder .....</b>	<b>1</b>

---

# 1 SAMANDRAG

---

Temaplan for habilitering og rehabilitering er utarbeida etter krav om at alle kommunar skal ha ei oppdatert plan over si habilitering- og rehabiliteringsverksemd. Regjeringa fremma ei «Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering», og viser med dette at habilitering og rehabilitering er eit satsingsområde. Føremålet med temaplanen er at innbyggjarane i Nord-Aurdal kommune med behov for habilitering og rehabilitering skal få tilbod om gode og koordinerte habilitering- og rehabiliteringstenester.

Habilitering og rehabilitering er eit stort felt, som ofte inkluderer mange aktørar. For brukaren er det viktig at tenestane blir opplevd som heilsaklege, og samanhengane. Auka samhandling og koordinering på tvers av sektorar blir naudsynt, for å kunne møte utfordringane kommunen har på dette feltet.

Auka ansvar for habilitering og rehabilitering i kommunen krev auka kompetanse, og endra arbeidsformer. Det blir behov for nytenking og omorganisering, for å få betre utnytting av ressursane. Fokus på brukarmedverknad og «kva er viktig for deg?<sup>1</sup>», vil utløyse ressursar hos pasient og brukar. Ved tidleg og tverrfagleg innsats kan ein redusere eller utsette behovet for meir omfattande tenester seinare.

Habilitering og rehabilitering er i dag ikkje godt nok utvikla i kommunen. Ei styrking av dette feltet vil først og fremst gi gevinstar for den enkelte pasient og brukar, men sekundært vil det også gi samfunnsøkonomiske gevinstar.

Utfordringane som er avdekte samsvarar med utfordringsbiletet som er skissert i den nasjonale opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering.

Det overordna målet for planen er: *Å sette Nord-Aurdal kommune i stand til å gi innbyggjarane eit godt og koordinert habilitering- og rehabiliteringstilbod.* Fire innsatsområder er valt ut, og er viktige i kommunen sitt vidare arbeid med utvikle gode habilitering- og rehabiliteringstenester framover.

- 1. Møte det auka behovet for habilitering**
- 2. Auka kompetanse innan re-/habilitering**
- 3. Styrke koordinering av tenester og samhandling**
- 4. Styrke brukarperspektivet i re-/habiliteringsprosessen**

---

<sup>1</sup><https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/eldre-og-kronisk-syke/>

---

---

## **2 INNLEIING**

---

### **2.1 Bakgrunn og formål med planarbeid**

Temaplan for habilitering og rehabilitering er utarbeida etter sentrale føringer om at kommunane skal planlegge sin habilitering- og rehabiliteringsverksemd og på bakgrunn av nasjonal opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Planen skal gi oversikt over fagfeltet, skildring av utfordringsbiletet og gi retning for arbeidet med habilitering og rehabilitering i Nord-Aurdal kommune framover.

Føremålet med planen er at innbyggjarane med behov for habilitering og rehabilitering i Nord-Aurdal kommune, skal ta i mot gode og koordinerte habilitering- og rehabiliteringstenester der dei bur. Temaplanen byggjer på, og samsvarar med den nasjonale opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-2019), HOD.

Temaplanen skal i hovudsak rette seg mot brukarar og pasientar med funksjonsnedsetting, som følgje av fysisk sjukdom og / eller skade, uavhengig av alder, diagnose eller bustad. Lov om kommunale helse- og omsorgstenester peikar i § 3.2, punkt 5, på at kommunen skal tilby sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

Temaplanen omfattar ikkje tenester til brukarar og pasientar med habilitering- og rehabiliteringsbehov som primært kjem av rus og/eller psykisk sjukdom. Likevel vil det vere pasientar og brukarar med desse helseutfordringane som høyrer til målgruppa, fordi dei har behov for habilitering og rehabilitering grunna fysisk sjukdom eller skade. Tap av fysisk funksjon kan vere risikofaktor for psykiske helseutfordringar.

### **2.2 Kommunen sin visjon og målsetting**

Plan for habilitering og rehabilitering skal byggje på følgande målsetting frå samfunnsdelen i kommuneplanen:

*Førebyggjande helsearbeid skal prioriterast, og rettane og behov til pasienten skal stå i sentrum*

*Kvardagsmestring – frå passiv mottakar til aktiv deltarar*

### **2.3 Prosess**

Regjeringa si satsing på habilitering og rehabilitering og fremming av «Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering(2017-2019), har lagt grunnlaget for Nord-Aurdal sitt auka fokus på fagområdet. Kommunen fekk midlar gjennom fylkesmannen i Oppland til arbeidet med å styrke og trappe opp arbeidet med habilitering og rehabilitering i kommunen. Prosjektet har gått føre seg i perioden 08.01.18- 31.12.18.

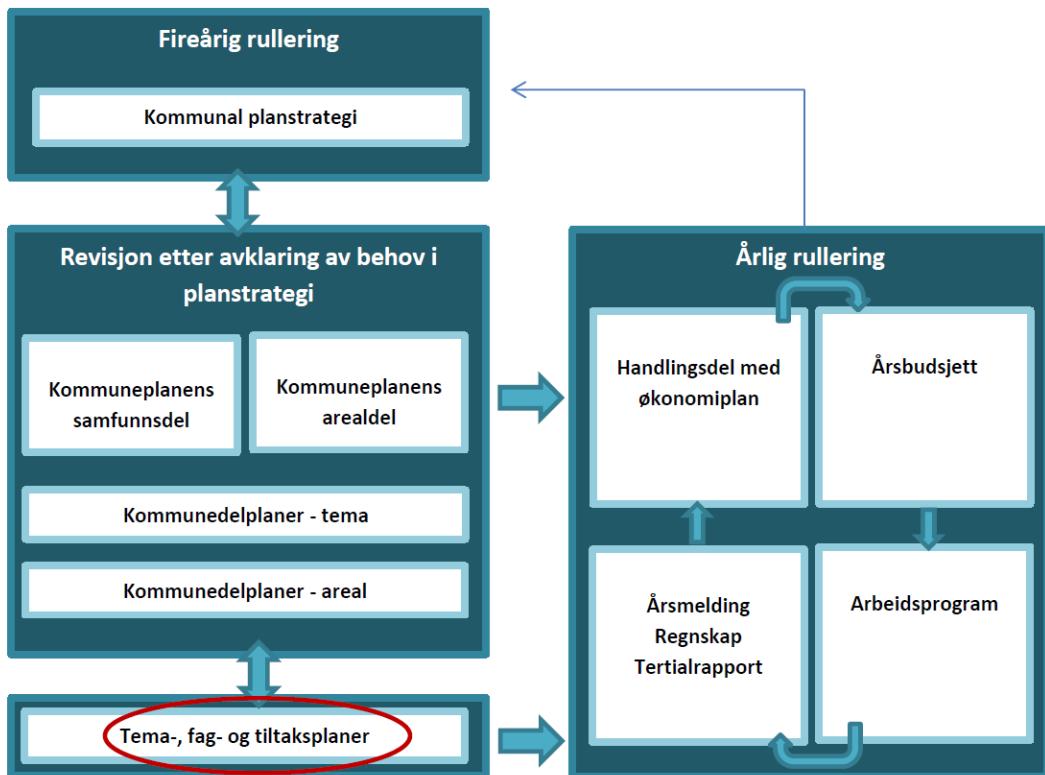
Plan for habilitering og rehabiliteringsarbeidet i Nord-Aurdal kommune er ei teamplan, som ligg under Kommunedelplan for helse og omsorg 2018-2029. Sjølv om temaplanen ikkje følgjer plan og bygningslova, er medverknad og tverrfagleg forankring viktig med tanke på at dette er eit sektorovergripande felt.

Arbeidet med planen starta i januar 2018 med ei prosjektgruppe, som er tverrfagleg samansett av fagfolk frå ulike tenesteområder med relevant kompetanse og erfaring, samt brukarrepresentant. Prosjektgruppa har bestått av sjukepleiar, fysioterapeut, ergoterapeut, fagarbeidar heimeteneste med vidareutdanning innan rehabilitering, representant frå tildelingskontoret, lege, hovudtillitsvalt og brukarrepresentant. Prosjektet har hatt verksemdeleiarane(PLO-gruppa) i helse og omsorg som styringsgruppe. Gjennom planprosessen er aktørar som er aktuelle innan habilitering- og rehabiliteringsfeltet involvert for å ivareta medverknad.

## 2.4 Kommunen sitt plansystem

Eit godt plansystem er viktig for å sikre gjennomføring av vedtekne målsettingar. Gjennom handlings- og økonomiplanen blir det tildelt årlege ressursar for gjennomføring. Kommuneplanen skal vere den omfattande og sektorovergripande planen, som omfattar heile kommunen sin verksemd. Det vil likevel vere behov for eigne planar innanfor ein del fagområde, som fag-, tema – og tiltaksplaner, deriblant ei plan over habilitering og rehabiliteringsarbeidet.

Ei fag– og temaplan er utarbeidd for å ivareta eit bestemt fagområde eller tema, og skal angi mål og strategiar som bygger på dei langsiktige måla som er angitt i kommuneplanen og i gjeldande kommunedelplan.



Figur 1Kommunen sitt rullerende plansystem

---

## **3 RAMMER OG FØRINGAR**

---

### **3.1 Lovverk**

- Lov om kommunale helse- og omsorgstenester
- Lov om spesialisthelsetenesta
- Lov om folkehelsearbeid
- Lov om pasient- og brukarrettar

### **3.2 Nasjonale føringer**

I arbeidet med planen er det lagt hovudvekt på Opptrapingsplan for rehabilitering, HOD(2017-2019), Forskrift om rehabilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011), St.meld 26 (2014-2015) Framtidens primærhelsetjeneste, St.meld. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen og St.meld 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg.

Hovudtrekka i rehabilitering -og rehabiliteringspolitikken er at pasientar og brukarar skal kunne ta i mot gode rehabilitering- og rehabiliteringstenester der dei bur, ei styrking av brukarperspektivet med fokus på pasienten sin helseteneste og meir samarbeid mellom tenestene.

### **3.3 Regionale føringer**

Etter at samhandlingsreforma vart innført i 2012, vart det utarbeidd og inngått samarbeidsavtaler mellom kommunane og helseføretaka. Avtalene skal sikre ansvars- og oppgåvefordeling mellom Nord-Aurdal kommune og Sykehuset Innlandet(SI), blant anna på rehabilitering- og rehabiliteringsfeltet. Samarbeidsavtalene mellom SI og kommunane skal reviderast i 2018, og skal virke frå mars 2019.

### **3.4 Kommunale føringer**

Temaplan for rehabilitering og rehabilitering byggjer på kommunens andre planer, som kommuneplanens samfunnsdel 2015-2030 og kommunedelplan for helse og omsorg 2018-2029 der ein fokuserer på førebyggande helsearbeid, og synleggjering av brukarperspektivet.

---

## 4 HABILITERING OG REHABILITERING

---

### 4.1 Definisjonar og omgrevsavklaringar

«*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»*

Definisjon som trorde i kraft 01.05.2018, har eit heilsakleg perspektiv, og legg til grunn ei forståing om at habilitering og rehabilitering er eit fagområde som involverer fleire faggrupper, og som vektlegg brukarmedverknad i større grad. Habilitering og rehabilitering er ingen enkelt teneste, men ein serie tenester og tiltak som er sette i eit system.

Definisjonen er felles for habilitering og rehabilitering, og skilnaden mellom desse to omgrepene kjem primært til uttrykk i dei utøvande tenestane, og kven målgruppa er. Vidare i planen vil ein i hovudsak nytte omgrepet re-/habilitering når ein omtaler både habilitering og rehabilitering.

Det vil bli brukt både pasient og brukar, når mottakar av re-/habilitering vil bli omtala. Dette for at det skal vere til å kjenne att for sektorar som ligg utanfor helselovgivinga.

**Habilitering:** Habilitering omfattar bistand til personar med tidleg erverva, før fylte 18 år, eller medfødd funksjonsnedsetting. Habilitering inneber å lære nye funksjonar og ferdigheter som ein i utgangspunktet ikkje har hatt. Behovet for habilitering varar ofte livet ut. Tverrfagleg tilnærming og samspelet mellom medisinsk, pedagogiske og psykologiske tiltak er sentralt for barn sin mulighet til læring og utvikling. God planlegging og koordinering av livsløpsovergangar er særleg viktig for pasientar og brukarar med behov for habilitering.

**Rehabilitering:** Rehabilitering er vanlegvis retta mot tilstandar som er erverva, eller skade som har oppstått seinare i livet. Her er fokuset re-læring av tidlegare funksjonar og ferdigheter. Mange må lære å mestre eit liv med varige funksjonsnedsettingar og ein ny livssituasjon. Det er store variasjonar i behov, frå kortvarig rehabilitering etter lettare skader, til meir omfattande og langvarige behov etter større skader eller ved kroniske tilstandar.

Det er viktig å skilje mellom kvardagsrehabilitering, og vanleg rehabilitering som går føre seg i heimen. Kvardagsrehabilitering vektlegg førebygging og tidleg innsats, der ein vil hindre, eller utsette eit større og meir passivt pleiebehov med eit fokus på enkelt oppgåver. Rehabilitering i heimen omfattar også brukarar og pasientar med større oppfølgingsbehov, der fokuset er på heile livssituasjonen.

**Individuell plan (IP) og koordinator:** Individuell plan er eit verktøy for å tydeleggjere individuelle mål på kort og lang sikt, og skal vere ei plan over korleis re-/habiliteringsprosessen skal gå føre seg. Rettane

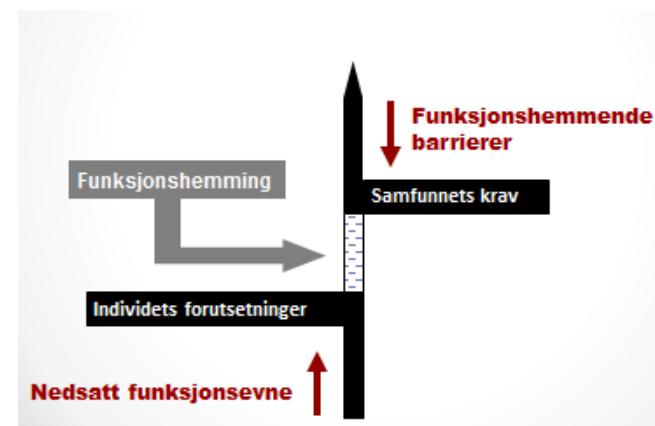
til IP er lovfesta. Pasientar og brukarar med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstenester, har rett til å få utarbeida ein IP<sup>2</sup>.

**Tverrfagleg samarbeid:** Eit kjenneteikn ved re-/habilitering er dei ulike fagområde og yrkesgruppene som bidreg. Tverrfagleg samarbeid er sentralt for å møte kompleksiteten hos pasientar og brukarar med behov for re-/habilitering. Re-/habilitering er ein samansett prosess, og det vil vere umulig å sjå det heile biletet frå ein ståstad. Ved å jobbe tverrfagleg, sikrar ein systematisk og målretta innsats. Ei tverrfagleg tilnærming er viktig, både ved kartlegging av behov, gjennomføring og evaluering. For å lykkast med dette, må det utviklast rutinar, naturlege arenaer for samarbeid, organisering og kommunikasjon på tvers av fagområder, nivå og sektorar.

**Brukarmedverknad:** Utgangspunktet for brukarmedverknad er prinsippet om at dei som blir påverka, eller er brukarar av ei teneste, skal kunne medverke til korleis tenesta skal utformast. Omgrepet «Empowerment» blir ofte nytta for å utdjupne viktige perspektiv innan medverknad. «Empowerment» kan omsetjast til «å gjere sterkt» eller myndiggjere. Her er fokuset å ta utgangspunkt i den enkelte sine ressursar, ferdigheter og kompetanse. Brukarmedverknad skjer på to nivå; individnivå ved tenestemottakar sin innverknad på eigen re-/habiliteringsprosess, og på systemnivå gjennom brukarrepresentasjon i styring og leiing av rehabiliteringsverksemd, som til dømes brukarråd. Brukarmedverknad på individnivå regulerast i lov om pasient- og brukarrettar.

**Universell utforming:** Universell utforming betyr i praksis at bygg, produkt og uteområder, skal utformast på ein slik måte at hovudlösninga kan nyttast av flest mogleg. Universell utforming skal auke moglegitetene for likeverdig samfunnssdeltaking for alle. Universell utforming er forankra i fleire lovverk.

I følge Gap-modellen (figur 2) oppstår funksjonshemmning som eit misforhold, mellom enkeltmenneske sine personlege føresetnader på eine sida, og samfunnets krav til deltaking på den andre sida. *Gapet* mellom individuelle føresetnader og omgivnaden sine krav, kan reduserast gjennom ulike tiltak, som til dømes universell utforming av bygningar, offentlig transport og informasjonssystem.



Figur 2 Gap-Modellen

<sup>2</sup> Helsedirektoratet: Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

---

**Velferdsteknologi:** Velferdsteknologi er ei fellesnemning på tekniske installasjoner og løysingar som bidreg til auka tryggleik, sosial deltaking, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrkar den enkelte si evne til å klare seg sjølv i kvar dagen trass i sjukdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsett funksjonsevne<sup>3</sup>.

## 4.2 Ansvar for re-/habilitering

Helse og omsorgstenestelova seier noko om kommunen sitt overordna ansvar for naudsynte helse og omsorgstenester, deriblant re-/habilitering. Lovverket legg føringar for at kommunen skal sørge for at befolkninga får sosial, psykososial og medisinsk re-/habilitering på kommunalt nivå, i samsvar med den enkelte sitt behov. Etter samhandlingsreforma vart innført i 2012 har kommunane fått auka ansvar for re-/habilitering.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, utdjupar dette ansvaret:

- Kommunen skal planlegge sin re-/habiliteringsverksemde, og ha ei generell oversikt over behov for re-/habilitering i kommunen. Tenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstenestetilbod, skal integrerast i eit samla tverrfagleg re-/habiliteringstilbod.
- Kommunen skal sørge for at alle som oppheld seg i kommunen, får tilbod om naudsynt utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, jf. § 1 og § 3.
- Re-/habiliteringstilboden skal gis uavhengig av pasienten og brukaren sin buform.
- Den kommunale helse- og omsorgstenesta skal ved behov samarbeide med andre etatar.

For at kommunen skal imøtekome behovet hos heile spekteret av pasient og brukargrupper, og oppfylle sitt ansvar for tenester innan re-/habilitering, må kommunen sikre eit differensiert tilbod. Dette tilboden bør omfatte<sup>4</sup>:

1. døgnbasert tilbod i institusjon
2. dagtilbod
3. tilbod i pasient og brukar sin heim
4. tilbod integrert i barnehage, skule, dagtilbod eller arbeid
5. lærings- og mestringstilbod
6. hjelpemidlar

### Ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetenesta:

Både kommunen og spesialisthelsetenesta skal sørge for at pasientar og brukarar får naudsynt re-/habilitering og heilskaplege tenester. Samarbeidsavtaler mellom kommunen og helseføretaka er eit verkemiddel, som legg føringar for oppgåvefordelinga mellom partane. Innbyggjarane lever størsteparten av livet sitt i kommunen, og opphaldet i spesialisthelsetenesta er til samanlikning kortvarig. I rapporten «Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet» vart det utarbeid ein modell (figur 3) som skal vise

---

<sup>3</sup> NOU 2011:11(2011 ) Innovasjon i omsorg (Helse og omsorgsdepartementet)

<sup>4</sup> Helsedirektoratet: Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#)

fordelinga av ansvar for pasient og brukar med behov for re-/habilitering. Behovet for spisskompetanse/spesialisering, kompleksitet og behov for intensitet er tre faktorar, som blir trekta fram, og som er avgjerande for kvar pasient og brukar skal få eit tilbod om re-/habilitering<sup>5</sup>.

Kommune		Spesialisthelsetjeneste
Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø?		Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?	Brukars mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet.	Behov for kompleksitet?
Behov for tverrsektoriel samhandling?		Behov for intensitet?

Figur 3: Ansvars- og oppgåvefordeling mellom kommune og spesialisthelsetenesta på rehabiliteringsområdet.

### 4.3 Koordinerande eining for habilitering og rehabilitering (KE)

Alle kommunar er pålagde å ha ein koordinerande eining for habilitering og rehabilitering (KE). Forskrifta om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator stiller krav om at KE skal ha det overordna ansvaret for arbeidet med individuell plan, og for oppnemning, opplæring og rettleiing av koordinator. Dette inneber at KE skal ta i mot meldingar om behov for individuell plan, jf. § 23, og sørge for at det blir utarbeida rutinar og prosedyrar for arbeid med individuell plan.

KE er sentrale i koordineringsarbeidet i kommunen, og er tenkt å vere eit organisatorisk knutepunkt for re-/habiliteringsverksemda<sup>6</sup>. KE skal bidra til å sikre heilskaplege og koordinerte tilbod til pasientar og brukarar med behov for tenester frå fleire fagområder, nivå og sektorar.

Sentrale oppgåver for KE er<sup>7</sup>:

- Kommunens plan for re-/habilitering
- Legge til rette for brukarmedverknad
- Ha oversikt over tilbod innan re-/habilitering
- Overordna ansvar for individuell plan og koordinator
- Bidra til samarbeid på tvers av fagområder, nivå og sektorar
- Ivareta familieperspektivet
- Sikre informasjon til folk og samarbeidspartar
- Ta i mot interne meldingar om mogleg behov for re-/habilitering

Menneske med behov for re-/habilitering er i kontakt med mange aktørar i det offentlige tenesteapparatet. Behovet for koordinering varierer. Til dømes kan barn og unge med

<sup>5</sup> Forskrift om habilitering og rehabilitering (2012) Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Henta frå [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator - Lovdata](#)

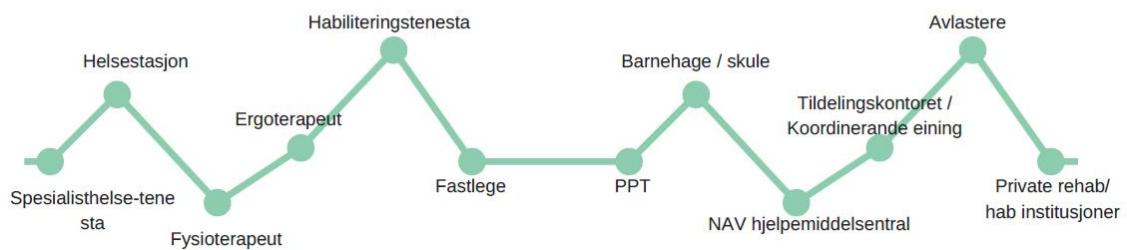
<sup>6</sup> Solvang, P. K og Slettebø, Å. (2012) Rehabilitering: Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester. Oslo: Gyldendal akademiske forlag

<sup>7</sup> Helsedirektoratet: Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator

habiliteringsbehov ha kontakt med 7- 9 ulike aktørar i gjennomsnitt<sup>8</sup>. Ei hypotetisk brukarreise kan lagast for å skape eit bilet over kor mange aktørar ein pasient eller brukar møter i sin re-/habiliteringsprosess:

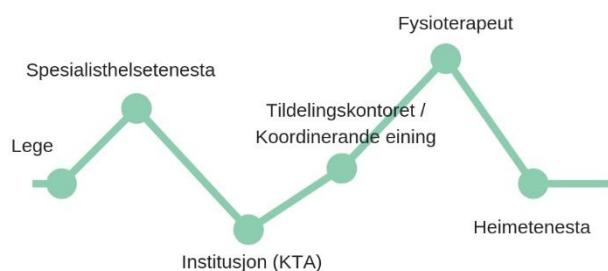
Jente, 10 år, og hennar familie.

Ho har ei funksjonsnedsetting  
og samansette behov.



I figurane over og under tek vi utgangspunkt i to pasientar og brukarar, og vise kor ulike behov dei har for koordinering av tenestane.

Mann, 78 år, faller  
og får eit lårhalsbrot.  
Bur heime med ektefelle



<sup>8</sup> Helsedirektoratet (2009) Habilitering av barn og unge – handlingsplan.

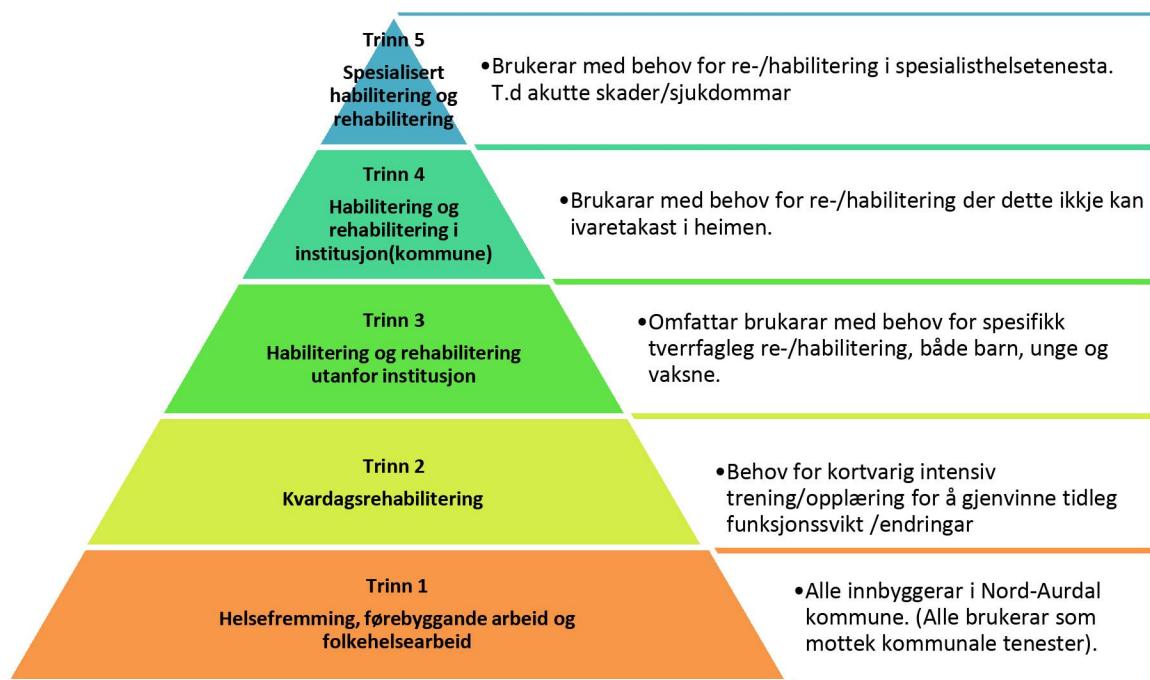
# 5 DAGENS SITUASJON

Dette kapittelet handlar om korleis re-/habiliteringsverksemd i Nord-Aurdal kommune er organisert, kva pasientgrupper som har behov for tenester, og kva aktørar og samarbeidspartnarar som er involvert.

## 5.1 Organisering

Behov for re-/habilitering skal i dag meldast til koordinerande einig for habilitering og rehabilitering (KE), som er plassert saman med tildelingskontoret. Tildelingskontoret si hovudoppgåve er å tildele tenester etter helse og omsorgstenestelova. Det blir ikkje fatta vedtak på re-/habilitering, med unntak av kvardagsrehabilitering.

Figur 4 viser ei oversikt over nivåa der re-/habilitering går føre seg i Nord-Aurdal kommune. Dei tre trinna nedst viser tenester og tilbod i personen sitt nærmiljø, og dei to øvste trinna viser tenester og tilbod i institusjon. Den illustrerer også at behovet for spesialisering innan re-/habilitering er større jo høgare i pyramiden ein er.



Figur 4: Basert på figur frå Kristiansand kommune og Helsefremmingsplanen 2013.

### Trinn 1: Helsefremming, førebyggande arbeid og folkehelsearbeid:

Nord-Aurdal Frisklivssentral opna i 2011. Frisklivssentralen er ein samarbeidspart i det førebyggande og helsefremmende arbeidet i kommunen. Målgruppa for frisklivssentralen er dei som har auka risiko for, eller som har utvikla sjukdom, og treng støtte til å endre levevanar og mestre helseutfordringar. Sentralen skal i tillegg fungere som en ressurs og eit kontaktpunkt, for andre helsefremmende tilbod i kommunen. Blant anna er det samarbeid mellom fysioterapitenesta og frisklivssentralen om auka fokus på fallførebyggande arbeid med kurs, informasjonsbrosjyre og treningsgrupper kvar veke.

---

Frivilligsentralen i Nord-Aurdal kommune vart stifta i 2009, og skal være eit kraftsenter og kontaktpunkt for menneske, foreiningar og det offentlege. Frivilligsentralen vil vere sentral med tanke på sosial rehabilitering. Tilbod i regi av frivillige og Frivilligsentralen er b.la. aktivitetar på dag og kveldstid som seniordans, trimdans og babytreff. I samarbeid med organisasjonar som Kreftforeininga og diabetes forbundet blir det arrangert gåturar kvar veke, og Treffpunkt Valdres, som er ein møteplass for born som pårørande i familiar med alvorleg sjukdom, psykisk sjukdom eller rus. Det er ingen læring og mestringstilbod i kommunen per i dag.

### **Trinn 2: Kvardagsrehabilitering:**

Kvardagsrehabilitering er tidleg innsats til personer med funksjonssvikt eller endringar i funksjonsnivå. Tidleg innsats gir resultat, og ein kan utsette tenestebehovet samstundes som ein kan utnytte pasient og brukar sine ressursar og gi kvardagsmestring.

Kvardagsrehabilitering i Nord-Aurdal er ein arbeidsform der tilsette i heimetenesta utfører tiltak i samarbeid med fysioterapeut og ergoterapeut. Sidan 2015 har kvardagsrehabilitering vore eit rehabiliteringstiltak i kommune. Tilboden vart først innført som eit prosjekt, og er i dag vidareført som ein integrert del av heimetenesta. I Nord-Aurdal kommunen er eldre som opplev fall i funksjonsevne, og spesielt nye brukarar som har behov for helse –og omsorgstenester, målgruppa for denne arbeidsforma.

### **Trinn 3: Re-/habilitering utanfor institusjon**

Re-/habilitering utanfor institusjon omfattar tiltak som gjennomførast i heimar, tilrettelagte bustader, skule og barnehagar, samt på arbeidsplassar eller i nærmiljøet. Nord-Aurdal kommune har per i dag ikkje teambasert re-/habilitering. Born, unge og vaksne i kommunen med nedsett funksjonsevne, her under psykisk og /eller fysisk utviklingshemming, får rettleiing og bistand til å vedlikehald og utvikle eigene ferdigheiter. For vaksne med behov for habilitering, disponerer kommunen fem bueiningar med tilrettelagte leilegheiter i kommunen, samt ein som er privateigd bustad. Kommunen disponerer seks bueiningar med leilegheiter for vaksne og eldre med nedsett funksjonsnivå, i form av omsorgsbustadar.<sup>9</sup>

Barn og unge med behov for habiliteringstenester, har ofte behov for tverrfaglege og tverrsektorielle tenester heilt frå småbarnsalder til voksen alder. Ofte har dei behov for tenester frå helse- og skulesektoren samstundes, og tiltaka blir utført der barn og unge oppheld seg, til dømes i barnehage og i skulen. I kommunen er det etablert barnebustadar, samt avlastningstilbod for familiar med barn med behov for habilitering. Privat avlasting er det største tilboden i kommunen. Leirali dag-og aktivitetssenter tilbyr avlastning på dagtid i feriar.

Leirali er eit arbeids og aktivitetsopplæringssenter for brukarar, som på grunn av funksjonsnedsetting har behov for aktivitet og sosialt samvær med andre i kvardagen. Målsettinga er at Leirali skal legge til rette for å utvikle og vedlikehalde den enkelte brukaren sine muligheter til mestring gjennom sosialt og aktivt fellesskap. Per i dag rettar tilboden seg i størst grad mot dei med psykisk utviklingshemming.

---

<sup>9</sup> Nord-Aurdal kommune - Boligsosial handlingsplan 2016 [https://www.nord-aurdal.kommune.no/\\_f/p1/ia070ece2-0234-42a5-b622-589ce59ede33/161013\\_boligsosial\\_handlingsplan\\_002.pdf](https://www.nord-aurdal.kommune.no/_f/p1/ia070ece2-0234-42a5-b622-589ce59ede33/161013_boligsosial_handlingsplan_002.pdf)

---

Re-/habilitering for menneske i arbeidsaktiv alder kan gå føre seg gjennom arbeidsretta tiltak. Her er NAV ein sentral bidragsytar. HAPRO, BU FAR og Valdres Kompetanse Vekst er bedrifter som tilbyr arbeidsretta tiltak. Varig tilrettelagte arbeidsplassar (VTA) kan vere eit tilbod til dei med uføretrygd, som treng spesiell tilrettelegging og oppfølging. VTA er ikkje tidsavgrensa, og kan vere for vaksne med habiliteringsbehov.

Støttekontakt er ei teneste til personar som på grunn av nedsett funksjonsevne, har behov for bistand til å delta på ulike aktivitetar utanfor heimen. Personar med omfattande bistandsbehov kan søke om BPA (brukarstyrt personleg assistanse). Ei annan ordning som er nært knytt til BPA, er personleg assistanse. Denne tenesta organiserast av kommunen og omfattar hjelp til daglelivets praktiske gjemål. Kommunen organiserer tre typar praktisk bistand i heimen.<sup>10</sup>

- Praktisk bistand heimehjelp
- Praktisk bistand burettleiing
- Personlig assistanse (ved hjelp av eigen assistent)

#### **Trinn 4: Re-/habilitering i institusjon**

Dei brukerane som ikkje kan reise rett heim etter skade eller sjukdom, og har behov for eit høgare omsorgsnivå, kan få eit opphold på institusjon i kommunen. I institusjon Fagernes er det 30 korttidsplasser. Det er ikkje øyremerka plassar til rehabilitering. Til denne avdelinga er det knytt fysioterapeut dagleg, samt tilsynslege i form av kommunal lege. I Institusjon Fagernes er hensikta at pasienten skal auke sitt funksjonsnivå, for så å kome attende til heimen for vidare rehabilitering der. Intermediær avdelinga som er ei regional avdeling, er ei sengeavdeling som skal «ivareta behovet før, i staden for og etter» sjukehusopphald. Det skal alltid ligge en medisinsk fagleg vurdering til grunn for på kva nivå tenestene skal ytast.

#### **Trinn 5: Spesialisert re-/habilitering**

Det er i dag fritt behandlingsval for re-/habilitering. Habiliteringstenesta for barn og unge, og habiliteringstenesta for vaksne over 18 år er knytt til Sykehuset Innlandet. Dei skal yte tenester som krev særskilt kompetanse. For dei yngste er intensivhabilitering eit tilbod. For pasientar og brukarar over 18 år med behov for spesialisert rehabilitering, er Sykehuset Innlandet HF (SI) nærmeste alternativ. Dette vil vere seksjon for rehabilitering Ottestad og Gjøvik, og lungerehabiliteringsseksjon Granheim. Det er også private rehabiliteringsinstitusjonar. I distriktet kan vi nemne Beitostølen Helsesportssenter som gir re-/habiliteringsopphald både til barn, unge og vaksne. Landåsen, Skogli helse og rehabiliteringssenter, Steffensrud, Montebello-senteret og Ringen rehabiliteringssenter er andre private re-/habiliteringsinstitusjonar med avtaler med helseføretaka.

## **5.2 Kven treng re-/habilitering?**

Dei som har behov for re-/habiliteringstenester er ei gruppe med store variasjonar i behov.

---

<sup>10</sup> Nord-Aurdal kommune si nettside: [Personlig assistanse - praktisk bistand og opplæring - Nord-Aurdal kommune](#)

Barn og unge	Vaksne og eldre
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barn og unge med forsinka utvikling og / eller nedsatt funksjonsevne</li> <li>• Barn og unge med nevrologiske sjukdomar, t.d CP, epilepsi</li> <li>• Barn og unge med psykisk utviklingshemming</li> <li>• Barn og unge med syndrom, t.d Down Syndrom og andre sjeldene syndrom</li> <li>• Barn og unge med alvorleg sjukdom eller som har vore ute for ulukke</li> <li>• Samansette ortopediske tilstandar</li> <li>• Barn og unge med syn og hørselsvanskær</li> <li>• Barn med åferdsvanskær og ADHD</li> <li>• Barn og unge med autismespekterforstyrningar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personer med diabetes</li> <li>• Eldre med funksjonstap pga sjukdom eller alder</li> <li>• Personer som har gjennomgått cerebralt insult</li> <li>• Personer med hjarte/karsjukdom</li> <li>• Personer med lungesjukdom, t.d KOLS</li> <li>• Personer med kreftsjukdom med behov for rehabilitering etter sjukdom</li> <li>• Personer med ortopediske tilstander, t.d hoftebrot</li> <li>• Personer med nevrologiske sjukdommar, t.d MS, Parkinson, ALS m.m.</li> <li>• Personar som har vore ute for ulukke</li> <li>• Personer med tap av syn, hørsel eller kognitiv funksjon, medfødd eller erverva</li> <li>• Personer med utviklingshemming</li> <li>• Personer med autismespekterforstyrningar</li> <li>• Personer med muskel og skjelettlidinger</li> </ul>

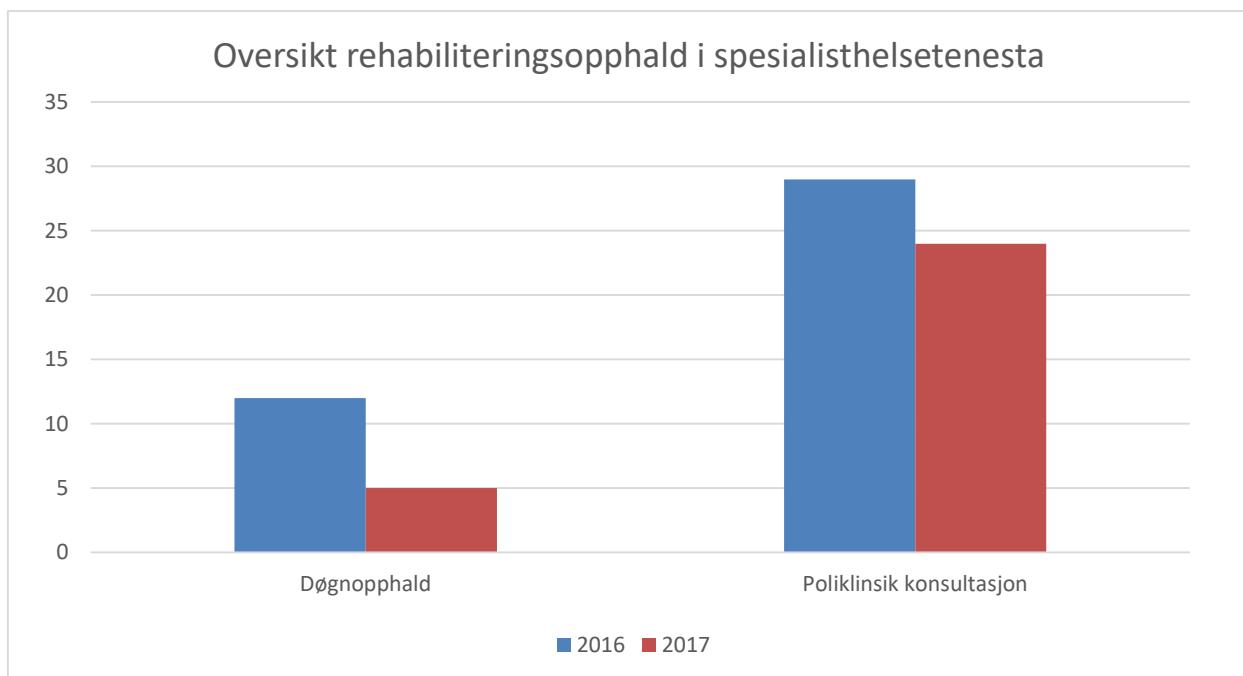
Figur 5: oversikt over pasientgrupper som har behov for re-/habilitering i Nord-Aurdal

Figur 5 viser ei oversikt over pasient- og brukargrupper, som kan ha behov for re-/habilitering i Nord-Aurdal kommune. Dei pasient- og brukargruppene som ein oftast ser, både i institusjon og heimen, er eldre med funksjonstap, gjennomgått slag eller brotskader. Både hos den eldre pasient- og brukargruppa, og hos dei yngste med behov for re-/habilitering, er det ofte ein kombinasjon av diognosar.

Ei stor gruppe er andelen menneske i yrkesaktiv alder. Blant denne gruppa er muskel- og skjelettlidinger ein av de hyppigaste årsakene til at folk oppsøker helsetenester. I Norge er desse lidingane dominerande årsak til sjukefravær, rehabilitering og uførepensjon. Ifølge tal frå NAV og Statistisk sentralbyrå er om lag 35 prosent av fraværet til norske arbeidstakrar, relatert til muskel og skjelett.

Kommunen har ingen total oversikt over kor mange personar som har behov for re-/habiliteringstenester. Ei oversikt over registrerte individuelle planar(IP) i fagprogram for IP, seier noko om kor mange som har behov for langvarige og koordinerande tenester. Per mars 2018 er det 21 registrerte planar. Per mai 2018 er det 19 personar som har oppnemnt koordinator.

Tal frå Sykehuset Innlandet viser kor mange pasientar frå Nord-Aurdal, som har hatt rehabiliteringsopphold innan spesialisthelsetenesta, avd Ottestad og Gjøvik i 2016 og i 2017. Dette vises figur 6.



Figur 6: oversikt rehabiliteringsopphald Ottestad og Gjøvik

Innan habilitering i spesialisthelsetenesta, er det 15 pasientar og brukarar frå Nord-Aurdal, som i følgje tal frå Sykehuset Innlandet, får oppfølging eller er inne til kontroll. Dette gjeld konsultasjonar frå og med 01.01.2016 til i dag.

### 5.3 Aktørar og kompetanse

Re-/habilitering skjer på mange arenaer, og det kan vere mange aktørar med ulik kompetanse i ein re-/habiliteringsprosess. I dette avsnittet vil aktørar i re-/habilitering bli presentert, og kva kompetanse som finnes på feltet i Nord-Aurdal kommune.

Tiltak innan re-/habilitering kan omfatte alle livsområder, og det er derfor ingen avgrensing for kva aktørar som kan inngå. Behova til pasienten og brukaren vil avgjere omfanget av aktørar. Den viktigaste aktøren er likevel pasienten og brukaren. Det er viktig at dei er ein aktiv, og likeverdig samarbeidspart i sin eigen re-/habiliteringsprosess.

**Helsestasjon og skulehelseteneste** har ein viktig funksjon i det førebyggande arbeidet, då dei har kontakt med det store fleiratalet av barn i kommunen. Dei står i ei særstilling for å fange opp barn med spesielle behov tidleg, og tilvise vidare til riktig instans. Dei samarbeider med heim, foreldre, skule, og andre samarbeidspartnerar som t.d fysioterapeutar og fastleggar. Dei deltek i det tverrfaglege samarbeidet og i ansvarsgrupper etter behov.

**Barnehage, skule og PPT** er tenester som barn og unge med habiliteringsbehov tek i mot, samstundes med tenester frå helse- og omsorgstenesta. For barn med behov for habilitering, er barnehage og skule ei av dei viktigaste habiliteringsarenaene, då dei oppheld seg her store deler av dagen. Tiltaka rundt barn og unge med habiliteringsbehov kan vere utarbeidd på bakgrunn av ei sakkyndig vurdering, utført av **spesialpedagogar** i pedagogisk-psykologisk teneste (PPT), og vurdering og fråsegn frå andre faggrupper. PPT har utover pedagogisk kompetanse også **logoped**. PPT er ein interkommunal teneste,

---

med 1,6 stilling logoped. Denne ressursen skal prioritere barn og unge. Til vaksne med behov for **logoped**, blir det nytt privatpraktiserande logopedar med avtale med Helfo. Frå 01.01.2017 treng brukarar over 18 år berre tilvising frå lege, og kan ta direkte kontakt med privatpraktiserande logoped for oppfølging.

**Fysio- og ergoterapeutar** er sentrale aktørar innan re-/habilitering, og skal gi tenester til alle aldersgrupper og på ulike arenaer i kommunen. I Nord-Aurdal kommune er det 0,5 årsverk **ergoterapeut**, og til saman 8,17 årsverk **fysioterapeut**. 3 fysioterapistillingar er organisert som kommunalt tilsette fysioterapeutar, og 0,5 stilling er knytt til Intermediæravdelinga, som er interkommunal. Næringsdrivande fysioterapeutar med driftsavtale, utgjer 4,67 årsverk, og er viktige bidragsytarar i re-/habiliteringsprosessar, spesielt til pasientar og brukarar i yrkesaktiv alder. Fysioterapeut har i tillegg ansvaret for kommunalt lager for tekniske hjelpemidlar. Ergoterapeut skal prioritere tenester til vaksne grunna liten stillingsstørrelse, og skal innanfor 0,5 stilling og dekke området for syn-og hørsel, bustad-og biltipassing og kognitive utfordringar.

Kommunen har ein **sjukepleiar** med vidareutdanning innan rehabilitering, samt seks **fagarbeidrar og hjelpepleiarar** med rehabiliteringskompetanse. Desse jobbar både i institusjon og i heimetenesta. Dei tilsette i heimetenesta gir tenester til pasientar og brukarar, som har behov for bistand til kvardagsmestring, kvardagsrehabilitering og i meir spesifikk rehabilitering. Kommunen har også tilgang på interkommunal **kreftkoordinator**, som skal bistå pasientar og pårørande ved kreftsjukdom.

**Vernepleiarar** er ei yrkesgruppe som jobbar med målretta miljøarbeid, re-/habiliteringsarbeid saman med personer med fysiske, psykiske og/ eller sosiale funksjonsvanskar. Vaksne med habiliteringsbehov i Nord-Aurdal kommune, då primært utviklingshemming, blir i stor grad take hand om av verksemda tilrettelagte tenester. Her er vernepleiarar ei yrkesgruppe. Tenesta gir oppfølging på fleire livsområder, til dømes bustad, aktivitet og sosialt miljø, samt oppfølging av somatisk helsetilstand.

**Fastlegane** sin rolle er diagnostisering, oppfølging av medisin og behandling, samt delta i ansvarsgruppearbeid. Fastlegen har ofte god kjennskap til pasienten og brukaren, og innehar informasjon om behandling og tiltak som er utført i spesialisthelsetenesta. Dei har også ei medisinskfagleg koordineringsrolle. Nord-Aurdal kommune har avtale med fastlegane ved Fagernes legesenter, der det er ni fastlegeheimilar og ein turnuslege. Frå hausten 2018 vil kommunen ha 1 stilling som **kommunal lege**, som skal dekke behovet for legetilsyn i institusjon, og skal tilby legetenester i døgnbemanna omsorgsbustader.

**NAV hjelpemiddelsentral** er viktig i formidling av hjelpemidlar. For mange pasientar og brukarar er hjelpemidlar naudsynte for å kunne mestre kvardagsaktivitetar, delta i samfunnet og bu heime. I 2017 vart det utlevert 1325 hjelpemidlar til innbyggjarar i Nord-Aurdal kommune. Kommunen har sjølv ansvaret for midlertidige utlån av hjelpemidlar til innbyggjarane, der behovet er av kortvarig karakter og akutt. Vaktmeister med ansvar for kommunalt hjelpemiddellager, har ansvaret for utkjøring og montering, medan ergoterapeut og fysioterapeutar vurderer og tilpassar hjelpemiddelet. Det er i tillegg bestillarar i heimetenesta, som kan bestille enkle hjelpemidlar. **NAV Valdres** er ein viktig aktør for pasientar og brukarar, som har behov for re-/habilitering over fylte 18 år. NAV Valdres er interkommunal, men har tverrfagleg team, som dekkjer brukerar i kommunen. Hovudoppgåvene er oppfølging av sjukefråver 8 veker etter sjukmelding, og oppfølging utover 1 år. Dei samarbeider med

---

fastlege og arbeidsgivar, og kartlegg ressursar. Hovudmålet er å få menneske i arbeid. Kompetansen på NAV Valdres er tverrfagleg med bl.a. sosionom, ergoterapeut, fysioterapeut m.m.

Kommunen har ein **kommunepsykolog**, organisert i familiens hus. Stillinga skal ha hovudvekt på innsats mot barn og familie, men også oppfølging av vaksne etter tilvising frå lege, og har ein retteliande funksjon. Andre aktørar i psykososial re-/habilitering er **psykiske helseteneste**. Dei gir tenester til alle innbyggjarar som slit med psykiske utfordringar, og omfattar førebygging og behandling av psykiske lidning, opplysningsarbeid og anna arbeid for å motverke stigmatisering og diskriminering. Dei kan bistå og rettleie andre helsepersonell ved behov. Det er viktig at arbeid med psykisk helse inngår i ein samla re-/habiliteringsprosess. Menneske som opplev større funksjonstap kan ha behov bistand for å mestre livet med nye utfordringar. Nord-Aurdal kommune har 6,1 stilling innanfor psykisk helsearbeid.

Involvering av, og god dialog med **pårørande** er viktig. Dette vil bygge opp ei trygg ramme, og gi god oppleving av mestring for pasientar, spesielt i livsfaseovergangar. Involvering av pårørande betrar sosial fungering og reduserer sjansen for ny innlegging i sjukehus.<sup>11</sup>

**Frivillige aktørar** består av mangfoldet av organisasjonar, lag og foreiningar som på ulike måtar bidreg og legg til rette for aktivitet, mestring og muligkeit til å delta sosialt. Frivillingsentralen er ein bidragsyta i dette arbeidet.

**Frisklivssentralen** er ein aktørar innan førebyggande tenester, og er ein del av kommunen sitt heilskaplege helsetilbod. Frisklivssentralen er eit lågterskeltilbod til pasientar og brukarar i ulike delar av re-/habiliteringsprosessen.

Fleire tilsette har kompetanse innan helsepedagogikk. Det finnes også kompetanse innan nettverksmøte. Helsepedagogikk er blant anna sentralt innan lærings og mestringstilbod.

## 5.4 Samhandling

Ein føresetnad for eit godt re-/habiliteringstilbod er koordinering og samarbeid mellom tenestene. Dette gjeld både internt i kommunen, og mellom kommunen og eksterne samarbeidspartar, der spesialisthelsetenesta og NAV er dei viktigaste.

### Samarbeid på systemnivå:

- Samarbeidsavtalen mellom Sykehuset Innlandet HF og kommunane i Oppland skal konkretisere oppgåve – og ansvarsfordelinga. Avtalen blir revidert i 2018.
- Det finnes to samarbeidsorgan mellom sjukehus og kommune, Geografisk samarbeidsutval (GSU) og Overordnet samarbeidsutval (OSU).
- Avtaler mellom kommunane og NAV hjelpemiddelsentral i Oppland, om formidling av hjelpemidlar.

---

<sup>11</sup> Grimsmo (2012). Veien frem til helhetlig pasientforløp. Henta frå Norsk helserett: <https://www.nhn.no/media/1710/veien-frem-til-helhetlig-pasientforlop.pdf>

- 
- Samarbeidsmøter mellom fastlegane og avdelingsleiarar i helse og omsorg i Nord-Aurdal kommune, og mellom administrasjon og fastlegane, samt mellom kommunen og næringsdrivande fysioterapeutar.

Det finnes ulike interkommunalt møteplassar for leiarar på ulike nivå innan helse og omsorg, der blant anna re-/habilitering og samhandling på systemnivå kan vere tema.

**Samarbeid på individnivå:** Tildelingskontoret og KE har etablert møtestruktur med ulike deler av avdelingane i helse og omsorgssektoren. Frekvensen varierer frå kvar 14 dag, til ein gong i månaden. Samarbeidsmøter med barnehage og skule er ved behov. Møta er på individnivå, og det er i hovudsak tenestebehov som er hovudinhaldet i desse møta.

- Det blir halde møter rundt den enkelete brukar etter behov, der sentrale samarbeidspartar deltek, som til dømes i psykisk helseteneste, tilrettelagte tenester og ved utskriving får institusjon.
- Daglege tverrfaglege møter i institusjon, samt ein gong i veka i heimetenesta for heimebuande og for dei som er inkludert i kvardagsrehabilitering. Kvar torsdag deltek fysioterapeut med ansvarsområde heimebuande pasientar, på tverrfaglig møte i institusjon for å sikre informasjonsflyt.
- Ansvarsgruppe- og samarbeidsmøte: Møter rundt pasientar og brukarar med koordinator og individuell plan (IP), minimum to møter i året.
- Dialogmøter med NAV: samarbeid mellom fastlege og brukarar rundt sjukemeldingsoppfølging.

### **Samhandlingsverktøy**

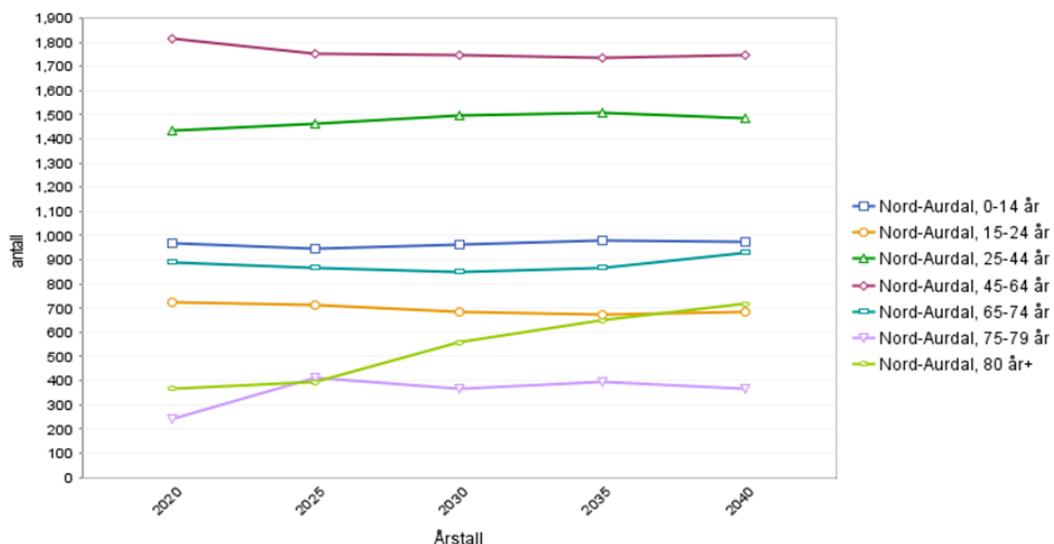
Lov- og forskriftsreglane om individuell plan (IP), koordinator og koordinerande einingar (KE) skal bidra til samordning av tenester. Pasientar og brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester har rett til å få utarbeidd IP. IP vil då vere eit godt samhandlingsverktøy, og til nytte både for pasient og brukar, men også viktig med tanke på formalisering av ansvar og roller for dei ulike samarbeidspartane som deltek i re-/habiliteringsprosessen.

## 6 UTFORDRINGSBILETET

### 6.1 Auka behov for re-/habilitering

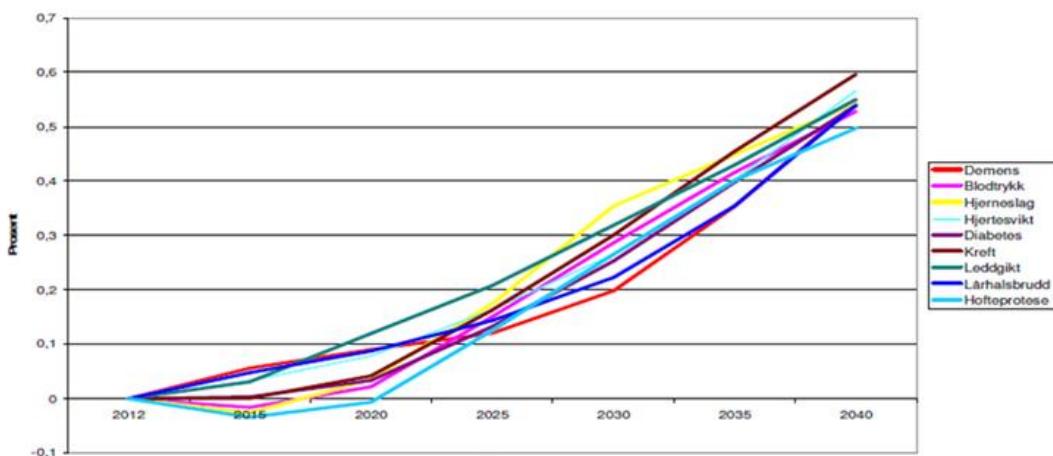
#### Endringar i pasient og brukargrupper

Befolkingssamsetnaden endrar seg, og andelen eldre aukar. Størst vekst har det vore i tenestetilbodet til aldersgrupper under 67 år.<sup>12</sup> Framskrivningar viser at i løpet av dei to neste ti-åra vil talet på innbyggjarar i Norge over 67 år auke med ca. 60 %.



Figur 7 Befolkningsframskrivning i Nord-Aurdal kommune 2020 – 2040. Henta frå folkehelseinstituttet

Nord-Aurdal kommune har i 2017, 338 personar over 80 år. I 2040 forventast det at talet skal stige til 718 personar (figur 7). Fleire overlev alvorleg sjukdom, og fleire må leve med kroniske tilstandar med redusert funksjonsnivå, der tilstanden ofte er samansett<sup>13</sup>. Når både levealder og talet på eldre aukar, blir det fleire som lever med langvarige behov, både somatiske og psykiske. Dette vil skape eit auka behov for re-/habilitering i kommunane (figur 8).



Figur 8 Prosentvis endring av sjukdommar/tilstandar fram til 2040 samla for kvinner og menn

<sup>12</sup> Meld.St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg. Helse og omsorgsdepartementet

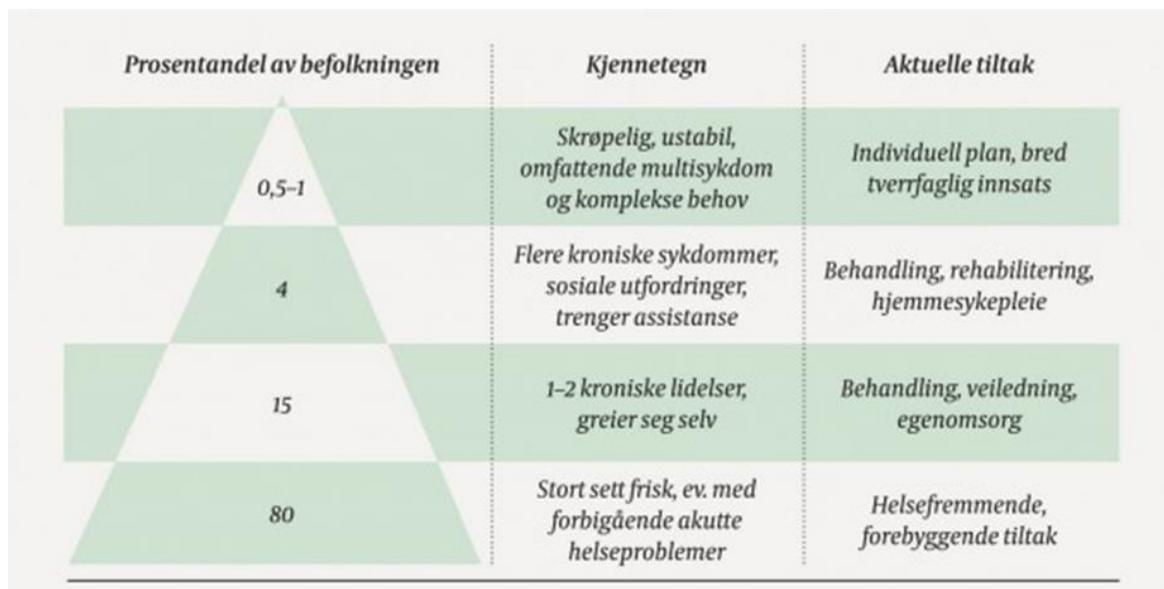
<sup>13</sup> Helse og omsorgsdepartementet (2017-2019) Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering

## Auka ansvar til kommunehelsetenesta

På bakgrunn av endring i spesialisthelsetenesta med raskare utskriving og meir spesialisering, får kommunen pasientar og brukarar med re-/habiliteringsbehov tidlegare enn før, og med meir omfattande behov. På grunn av kortare liggetid i spesialisthelsetenesta, ser ein at det er behov for lengre korttidsopphald i kommunen. Behova til pasientane og brukarane er meir komplekse, noko som krev meir kompetanse og betre koordinering. Tal frå helsedirektoratet viser at færre får rehabilitering i spesialisthelsetenesta. Det er ein reduksjon på 21 % i Sykehuset Innlandet i perioden 2013 - 2017. Det er dei «lettare formene» for rehabilitering som går ned<sup>14</sup>. Spesielt gjeld dette brukarar og pasientar med muskel og skjelett lidingar.

## Pasientar og brukarar med store og samansette behov

Det å fange opp pasientar og brukarar med store og samansette behov er viktig. Dette kan vere barn, unge og voksne med behov for tenester i eit livsfaseperspektiv, personar med muskel-, skjelett og smerteproblematikk, personar med behov for samtidige tenester knytt til både psykisk helse, rus, somatisk helse og sosial fungering, eldre med fleire diagnosar, personar med innvandrarbakgrunn og personar med kroniske sjukdommar<sup>15</sup>.



Figur 9 Framstilling av befolkninga basert på noverande bruk av helsetenester. Basert på Sansoni og medarbeidarar(2015)

Figur 9 viser ei oversikt over dei 0,5 – 4 % som treng brei tilnærming. Desse må ta omsyn til mange tenesteytarar, og på grunn av fragmenteringa av tenestene blir desse pasient- og brukargruppene ofte sitjande med koordineringa sjølve, sjølv om dei i utgangspunktet har rett til koordinator. 0,5 -4% vil i

<sup>14</sup>

[https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Samdata/Filer%20til%20WEB\\_Dundas/2018%20Analysenotater/Samdata%20Spesialisthelsetjenesten/2018-08%20Analysenotat%20rehab%202017.pdf](https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Samdata/Filer%20til%20WEB_Dundas/2018%20Analysenotater/Samdata%20Spesialisthelsetjenesten/2018-08%20Analysenotat%20rehab%202017.pdf)

<sup>15</sup> Helsedirektoratet (2018) Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov.

---

Nord-Aurdal kommune utgjer omlag 250 brukarar og pasientar. For desse kan ei meir målrett tilnærming på sikt påverke hjelpebehovet, og ha stor betydning på tilværet.

Pasientar og brukarar med kroniske lidingar grunna til dømes nevrologiske sjukdommar, eller barn og unge som ikkje utviklar seg som forventa på eitt eller fleire utviklingsområder, men utan kjent diagnose, er døme på pasient- og brukargrupper som vil treng koordinering. Dei har til felles at dei får tenester frå fleire instansar, utan at tenestene blir samordna. Dette kan føre til at dei ikkje får vurdert behov sitt godt nok, og koordinering av tenestane er fråverande. Resultatet blir at dei ikkje får dei tenestene dei har behov for til rett tid, og dei kan på sikt få eit auka tenestebehov.

### Tilbod

Det er ei utfordringa å ha eit differensiert re-/habiliteringstilbod, som treff dei ulike pasient og brukargruppene. Det er i dag gode dag- og aktivitetstilbod til nokre brukar- og pasientgrupper, som til dømes dei med psykisk funksjonshemmning. Sjølv om kommunen har eit aktivitetssenter på Leirali, som skal tilby dagtilbod til menneske med nedsett funksjonsevne, er det ikkje alle med eit behov for eit dagtilbod, som får det. Fleire pasient- og brukargrupper står utan eit tilrettelagt tilbod. Det vil krevje ulik tilrettelegging og tilnærming for å møte dei ulike behova. Dette krev meir kapasitet og kompetanse. Kommunen har også eit ansvar for diagnoseuavhengige lærings og mestringstilbod, noko som ikkje eksisterer i Nord-Aurdal kommune i dag. For personar som skal ut i arbeid/aktivitet etter avslutta skulegang, er det i Nord-Aurdal kommune få tilbod tilgjengeleg.

I dag ligg Frisklivssentralen(FLS) plassert i ein annan verksemd, enn dei andre sentrale aktørane innan re-/habilitering og førebygging. «Veileder for kommunale frisklivssentraler (2016)» oppmodar å knytte FLS godt opp mot re-/habiliteringstenesta i kommunen. Dette kan føre til betre utnytting av ressursar og kompetanse, samt tettare samhandling om tilvising, oppfølging av pasient og brukar, og utvikling av tilbod<sup>16</sup>.

Det i dag lite naturlig kontakt mellom sentrale re-/habiliteringstenester og Frivilligsentralen. For mange vil eit tilbod om sosiale treffpunkt vere viktig for heilskapleg rehabilitering.

## 6.2 Kompetanse

For å møte utviklinga med tidleg utskriving av pasientar og brukarar med samansette tilstandar, og fleire med behov for re-/habilitering i kommunehelsenesta, krev det auka tverrfagleg og spesialisert kompetanse.

### Fagspesifikk kompetanse

Nord-Aurdal kommune har kjernekompotanse som lege, sjukepleiar, fysioterapeut, ergoterapeut og vernepleiarar, og det er tilgang på kommunepsykolog og sjølvstendig næringsdrivande logoped. Ernæringsfisiolog og synspedagog er fråverande faggrupper i det kommunale tilbodet. Sjølv om ein har tilgang på kjernekompotanse, er kapasiteten låg, og lite tilgjengeleg. Kapasitetsutferdingane i enkelte tenester fører til manglende intensitet i re-/habiliteringstilbodet i kommunen. Med til dømes 0,5 stilling ergoterapeut, får ikkje alle dei som har behov for ergoterapi desse behov dekka. Tenester til barn og unge, samt korttidsavdelinga, blir ikkje prioritert på grunn av liten stillingsressurs. Pasientar

---

<sup>16</sup> Helsedirektoratet (2016) Veileder for kommunale frisklivssentraler – etablering, organisering og tilbud.

---

og brukarar som tidlegare fekk re-/habilitering i spesialisthelsetenesta, vil no få eit tilbod om rehabilitering på korttidsavdeling etter sjukehusopphald. Dette kan få store konsekvensar for re-/habiliteringsprosessen, då det manglar ergoterapiressurs i institusjon. Ergoterapeut sit på verdifull kompetanse som ingen andre faggrupper kan bidra med inn i ein re-/habiliteringsprosess. For pasient- og brukargruppa er ofte ergoterapeuten sitt bidrag avgjerande for deltaking i arbeidsliv og sosialt, samt for mestring av daglege gjeremål høve til eigenomsorg.

Slik situasjonen er i Nord-Aurdal i dag, er manglande tilgang på tverrfagleg kompetanse eit hinder når det gjeld å gje eit breitt tilbod til pasienten. Dette er særleg viktig med tanke på å gje eit god tilbod frå pasienten kjem heim til kommunen, uansett om pasienten eller brukaren kjem til institusjon eller attende til heimen. Rehabiliteringspotensialet er størst rett etter skada, og det er derfor viktig med tidleg tverrfagleg innsats. Dette krev eit breitt, tverrfagleg apparat som er klare til å ta imot pasient og brukar, og følgje vedkommande opp.

### **Grunnleggande basiskompetanse**

Basiskompetanse er ei form for kompetanse som ikkje er knytt opp mot utdanning, tenesteområde eller diagnose. Dette kan vere tverrfagleg samarbeid, brukarmedverknad, målretta arbeid og observasjons/kartleggingskompetanse for å avdekke behov. Spesielt kartleggingskompetanse er viktig, då eit auka «sørge-for-ansvar» fører til at kommunen får ei tydelegare rolle i vurderinga av tenestebehovet og tilvisinga til dei ulike tenestane. Personar som jobbar med re-/habilitering bør ha minimum av felles grunnleggande kompetanse i tillegg til fagspesifikk kompetanse. Dette vil vere naudsynt for å møte eit breitt behov for sosial, psykososial og medisinsk re-/habilitering, og for at desse tenestene skal vere av god kvalitet.

### **Felles forståing**

Tenestestyrarane som deltek inn i re-/habiliteringsprosessar har ulik fagbakgrunn, erfaring og haldningar som kan påverke tenesteytinga, og få følgjer for samhandlinga på tvers av fag og verksemder. Tradisjonelt blir re-/habilitering sett i samanheng med helse-, pleie-, og omsorgstenester. Ofte kan ulike aktørar, då utanfor helse og omsorgstenester, ikkje sjå seg sjølv som viktige i høve til den enkelte sin re-/habiliteringsprosess. Dette kan utfordre samhandlinga og koordineringa.

Tenestene kan opplevast fragmenterte og tilfeldige. Informasjon om tilbod og andre tenester er lite kjent for samarbeidspartar, nokon som kan føre til at pasientar og brukarar ikkje får dekka sine tenestebehov. Re-/habilitering krev eit anna tankesett, enn kva tradisjonelt pleie-og omsorg gjer, der det har vore størst fokus på sjukdom framfor ressursar og funksjon. Re-/habilitering er ei arbeidsform der fokuset er på kva som er viktig for pasienten og brukaren. Målet er at pasienten og brukaren skal fungere best mulig sjølvstendig, og på eigne premisser når rehabiliteringa er over.

I samhandlinga med spesialisthelsetenesta er det viktig å vere klar over kulturskilnaden som eksisterer, skissert i figur 10. Det er naudsynt med gjensidig kjennskap til organisering og oppgåver for å kunne samhandle.

	Kommunehelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesten
Planlegging	Langsiktig – mot resten av livet	Kortsiktig – tom. utskriving
Helseproblemer	Gjerne flere parallelt og hele spektret av diagnoser	Ett problem, evt. fokus på ett om gangen.
Behandling	ADL-orientert tilrettelegging, og pasienten deltar mye selv. Lite/langsom endring	Diagnoseorientert og med avansert teknologi. Ofte med store endringer på kort tid
Pasient – helsepersonell forhold	Kontinuerlig over mange år, personlig og omfattende. Sterk pasientrolle	Sjeldent og oftest bare i korte perioder. Mange involverte samtidig. Svak pasientrolle
Beslutninger	Tas ofte av helsepersonell alene eller av få, og ofte med vekt på pasientpreferanser	Tas gjerne i møter med flere og med adhærance først og fremst til faglige retningslinjer
Samarbeid med andre	Med mange, også utenfor helsetjenesten, og tett med evt. pårørende	I hovedsak med kommunehelsetjenesten, sporadisk kontakt med pårørende

Figur 10 Skilnaden mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta

I motsetnaden til i spesialisthelsetenesta der ein jobbar meir diagnoseretta, er fokus i kommunehelsetenesta på funksjon, samt å ivareta utfordingane pasienten står over for, uavhengig av diagnose. Anders Grimsmo sin forsikring viser at ein gjennomsnittleg brukar av heimetenesta har mellom fire og fem diagnosar. Utrekningar i forskinga viser at ein sjukepleiar i heimetenesta, i ei kommune på ca 10 000 innbyggjarar, i snitt kvart år vil møte 0,5 pasient med KOLS, 0,3 pasient med hjartesvikt, 0,2 pasient med slag og 0,4 pasient med hoftebrot. Retningslinjer for re-/habilitering må derfor i størst mulig grad vere diagnoseuavhengig fordi ein sjeldan vil sjå fleire med same diagnose ofte, grunna befolkningsgrunnlag og arbeidsform.

### 6.3 Koordinering og samhandling

#### Koordinerande eining for re-/habilitering (KE):

KE skal i vareta koordineringa, og vere pådrivarar for samhandling på tvers av tenester og sektorar. I Nord-Aurdal kommune er ikkje oppgåvene og funksjonen til KE prioritert, eller godt forankra. På grunn av dagens organisatoriske plassering i tildelingskontoret, blir arbeidsoppgåver og ansvar nedprioritert i høve til andre lovpålagt oppgåver. KE er ikkje tverrfagleg samansett, og manglar naudsyn myndigkeit til å utøve oppgåvene som er lagt til KE.

Ei utfordring kommunen har, er å få tilsette til å ta rolla som koordinator. Av alle tenesteytarar i kommunen som kan vere koordinatorar, er det per 1.mai 2018, ni som er koordinatorar, og desse er ofte koordinatorar for fleire personar. Ei årsak kan vere at koordinatorrolla kjem i tillegg til ordinære arbeidsoppgåver. Det er ofte personell innan helse-og omsorgssektoren som i hovudsak tek på seg denne rolla. Dette kan kome av at koordinatorrolla er sterkest forankra i helselovgivinga samanlikna med andre lovverk. Mange utfører likevel koordineringsoppgåver utan at dette er formalisert.

---

Re-/habilitering ikkje er plassert til ein organisatorisk tenesteeining, men er en integrert verksemd, som settast saman av bistand frå ulike fag, einingar og sektorar. Utan ei tydleg plassering av hovudansvaret for re-/habilitering, vil arbeidsområde ikkje bli synleg nok eller få naudsyn prioritet. Kommunen får ikkje oversikt over behovet innan dette arbeidsområdet, og arbeidsfelt kan bli usynleg på kommunen sitt organisasjonskart, og i det kommunale budsjettssystemet.

### **Samhandling**

Mange av helse og omsorgstenestane er gode kvar for seg, men tenestane kan opplevast fragmenterte og «silo-baserte», slik at heilskapen manglar, og det kan oppstå svikt i koordineringa. Dette kan få negative konsekvensar for pasient og brukar, for fagpersonar og for kommunen. Behovet til den enkelte er styrande. Dette krev at ulike fagpersonar i same eining, eller på tvers av verksemder og sektorar, som til dømes oppvekst, NAV, kultur og fritid må samarbeide<sup>17</sup>.

Ei utfordring knytt til tverrfagleg samhandling kan oppstå når samarbeidspartnar sitt lovverk høyrer til utanfor helse – og omsorgsområdet, og ansvar og oppgåver blir uklare. Dess fleire samarbeidspartar som er involverte rundt ein pasient og brukar, dess større er utfordringa, for å sikre informasjonsflyt og ei felles forståing av målet. Det er behov for at tenestene integrererast betre i kvarandre, jf. Kommunedelplan for helse og omsorg.

### **Konsekvensar av manglande koordinering**

Manglande systematikk i koordinering og tverrfagleg kartlegging, rammar mange pasient- og brukargrupper. Når behov ikkje blir fanga opp tidleg, og tiltak ikkje kjem fort nok i gang, aukar risikoen for därlegare eigenmestring og funksjonsfall. Dette kan føre til eit auka tenestebbehov på sikt. Spesielt pasientar og brukarar med kroniske sjukdommar, og med store og samansette behov, får i dag ikkje god nok oppfølging. Under vil følgene av manglande koordinering bli presentert, både for pasient og brukar, men også for fagpersonar og kommunen.

**For pasient /brukar:** Erfaring viser at behov for re-/habilitering ofte blir retta til faggrupper enkeltvis, men også til fleire faggrupper på same tid. Det fører til at behov for koordinering ikkje blir avdekka, eller at det tek lang tid før slike behov blir meldt.

Om pasient og brukar ikkje får oppnemnt ein personleg koordinator, blir det mange fagpersonar og instansar å ta omsyn til. Dette kan gå utover brukarmedverknad og brukarkunnskapen. Manglande koordinering og personavhengige tenester, vil kunne føre til ulik praksis, noko som ha innverknad på kvaliteten på tenester til enkelpersonar.

**For fagpersonar:** Manglande felles og kjent instans for melding av behov for re-/habilitering, og ein instans med ansvar for utvikling av arbeidsmåtar innan fagfeltet, kan føre til vanskar med å oppnå einsretta praksis og likeverdige tenester. Vidare konsekvensar er utfordringar, når det gjeld opplæring og rettleiing av fagpersonar. Utan gode rutinar på dette feltet kan tilsette bli usikre og vegre seg for å være personleg koordinator, og arbeid med individuelle planer.

---

<sup>17</sup>Helsedirektoratet: Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

---

Manglande koordinering av arbeidet innan re-/habilitering vil kunne føre til at enkelte oppgåver ikkje blir utførde, eller dobbeltarbeid ved at fleire personar gjer det same.

**For kommunen:** Manglande koordinering og rutinar for arbeidsområde re-/habilitering, vil være til hinder for å utvikle ei felles forståing og kunnskap på tvers av fag og verksemder i kommunen. Det kan føre til lite felles kultur for samhandling, dårlig utnytting av tenestekapasiteten og redusert kvalitet på tenestane. Dersom tenestetilbodet er mangefullt, og det er dårlig utnytting av tenestane, kan det føre til at enkeltpersonar ikkje når sitt potensiale for eigen meistring. Konsekvensen kan bli unødvendige hjelpebehov eller auka sjukefråvære med uføretrygd som mulig konsekvens. Dette vil ha negative følger for kommuneøkonomien.



## 6.4 Pasient- og brukarforløp

For pasientar og brukarar med behov for tenester over lengre tid, eventuelt gjennom hele livet, er livsfaseovergangar ekstra sårbare. Dette kan til dømes vere overgangen barnehage/skule/arbeidsliv eller overgangen sjukehus/heim. Dette krev utvikling av heilskaplege og gode overgangar, med fokus på heile forløp. For at desse skal bli føreseieleg for alle partar, bør planlegginga starte i god tid<sup>18</sup>.

Overføring av kunnskap og ansvar mellom aktørane i tenestekjeda er viktig, for at personar med behov for tverrsektorielle og koordinerte tenester, opplever samanheng i tenestetilbodet. Eit brot i kontinuiteten mellom tenestane kan vere kritisk. Dette er spesielt utfordrande i overgangen barn til voksen, då utfordringar relatert til utdanning, arbeid og etablering i eigen bustad, kjem samstundes med endring i organisering av tenestetilbodet.

Brukarmedverknad og teieplikta må alltid bli take omsyn til i livsfaseovergangar. Samstundes er det viktig med dialog for å etablere og vidareføre dei naudsynte tiltaka og tilretteleggingar frå ulike instansar. Ansvarsgrupper og individuell plan vil her vere viktige verkemidel og verktøy, for å sikre overgangane.

---

<sup>18</sup> Helsedirektoratet: Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

---

For vaksne i ein rehabiliteringsprosess kan det ved overføring mellom bustad, institusjon og sjukehus, oppstå utfordringar. Ansvar og roller er ikkje avklarte, og det er ofte tilfeldig praksis. Overføring og avgjerer rundt utskriving til heimen er ofte sårbar. Nord-Aurdal kommune deltek i eit KS nettverk om «det gode pasientforløp», og gjennom dette arbeidet er det forventning om at det skal kome på plass rutinar som gir lik praksis.

I forbindelse med pasientforløp ved hjerneslag, er det gjennom Sykehuset Innlandet jobba med å optimalisere forløpet. Det blir lagt vekt på at kommunane skal opprette koordinator/kontaktperson for pasientar med gjennomgått hjerneslag.

---

## **7 MÅL OG INNSATSOMRÅDER**

---

### **7.1 Overordna mål**

*Sette Nord-Aurdal kommune i stand til å gi innbyggjarane eit godt og koordinert re-/habiliteringstilbod.*

Med utgangspunkt i utforderingsbiletet, kapittel 6, er det valt ut fire innsatsområder. Fleire av desse innsatsområda er nært knytt til kvarandre, og heng saman. Innsatsområda handlar både om tenester ut mot innbyggjarane, og om målsetnadene i kommuneorganisasjonen. Det vil vere viktig og avgjerande å fokusere på fleire innsatsområder, for å møte dei utfordringane feltet står overfor, og for å styrke det samla re-/habiliteringstilboden i Nord-Aurdal kommune. Innsatsområda som presenterast samsvarar med strategiar i regjeringa si opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering.

Ein føresetnad for å møte endringane i samfunnet, og utfordringane re-/habiliteringsfeltet står overfor, vil vere å jobbe annleis enn det vi gjer i dag, og utvikle tenestene. Re-/habilitering er eit lovpålagt og samansett arbeidsfelt. Det spenner over fleire fagområder og sektorar, og vil derfor krevje innsats fra fleire for å kunne samarbeide om tiltak.

For å nå hovudmålet, vil innsatsområda under vere viktige i kommunen sitt vidare arbeid med å utvikle gode re-/habiliteringstenester. Under kvart innsatsområde er det utforma ein målsetnad.

- 1. Møte det auka behovet for re-/habilitering**
- 2. Styrke kompetanse innan re-/habilitering**
- 3. Betre koordinering av tenester og samhandling**
- 4. Styrke brukarperspektivet i re-/habiliteringsprosessen**

### **7.2 Møte det auka behovet for re-/habilitering**

*Re-/habiliteringsbehov blir avklart tidleg, slik at fleire oppnår best mogleg funksjon, sjølvstende og deltaking i samfunnet og i eige liv, slik at ein på sikt kan utsette og redusere auka tenestebehov.*

Det er viktig å ha auka fokus på tidleg innsats og førebygging, for på sikt å utsette og redusere auka tenestebehov. Tidleg innsats er eit av strategiane i Nord-Aurdal kommune si kommunedelplan for helse og omsorg 2018- 2029. Tidleg innsats innan re-/habilitering krev eit godt system for avdekking av behov. Det er god samfunnsøkonomi i å sette inn riktig tiltak tidleg.

Å utvikle tilbod til fleire grupper vil vere hensiktmessig, for å møte breidda i behovet til pasientar og brukarar med behov for re-/habilitering. Tilbod av førebyggande art, som lågterskeltilbod, til dømes lærings og mestringstilbod og rådgjevartenester på eit tidleg stadium, kan redusere meir omfattande re-/habilitering seinare. Det er naudsynt med ei avklaring av frisklivssentralen si rolle opp mot re-/habiliteringsarbeidet. Ein må vurdere korleis ein best mulig kan utnytte fagressursar som bidreg inn i re-/habilitering, i utvikling av framtidige tilbod.

---

For å styrke den førebyggande og rehabiliterande innsatsen, må tenestene spela meir på lag med dei andre ressursane i samfunnet. Å etablere kontakt mellom til dømes Frivilligsentralen og re-/habiliteringsverksemda, vil vere hensiktsmessig for å kunne utvikle heilskapleg re-/habiliteringstilbod.

Tidleg tverrfagleg innsats skal bidra til å utsette funksjonssvikt, og gjere pasientar og brukarar mindre avhengige av pleie og bistand, eller tilbod i institusjon. Teambasert tilnærming blir ein sentral arbeidsform, for å imøtekome kompleksiteten i behov hos pasienten og brukarane.

Gode digitale løysningar kan støtte opp under pasient og brukar sin individuelle re-/habiliteringsprosess. Muligheita for tilrettelegging med velferdsteknologi for den enkelte, kan bidra til at personar med funksjonshemmning i større grad kan vere i aktivitet og oppleve auka tryggleik og sjølvstende.

Ved at fleire av dei som har behov for re-/habilitering får det, vil innbyggjarane i større grad mestre eige liv lenger, og dette vil kunne gi store samfunnsøkonomiske fordeler.

## 7.3 Auka kompetanse innan re-/habilitering

*Nord-Aurdal kommune sikrar tilstrekkeleg tilgang på tverrfagleg kompetanse av god kvalitet, for å møte eit breitt behov for naudsynt sosial, psykososial og medisinsk re-/habilitering.*

Grunna endringar i arbeidsfordelinga mellom kommune og spesialisthelsetenesta, der kommunen får eit større ansvar for re-/habilitering, er det naudsynt med ei styrking av kompetansen, og endra arbeidsformer som nyttar dei faglege ressursane betre og meir målretta.

Kunnskapsbasert praksis handlar om å ta faglege avgjere basert på systematisk kunnskap som er basert på forsking, erfaringsbasert kunnskap og ynskjer og behov til pasienten i den gitte situasjonen. Å jobbe kunnskapsbasert er viktig for å gi tenester som er verknadsfulle og av god kvalitet.

Både spesifikk fagkompetanse og grunnleggande basiskompetanse må styrkast, for at tenestene og kompetanseprofilen skal tilpassast nye utfordringar og behov. Auka ergoterapiressurs er avgjerande, og grunnleggande basiskompetanse, jf. kapittel 6.2 kompetanse, bør også styrkast. Kartleggingskompetanse og avdekking av behov og ressursar, og pasient og bruker sin målsetting er viktig å ha kunnskap om. Mulighet for re-/habilitering skal alltid kartleggast før ein set inn tenester som skal vege opp for funksjonstapet. For å auke basiskompetansen er vidareutdanning innan re-/habilitering viktig å prioritere for kommunen.

Med bakgrunn i at kommunehelsetenesta skal tilby diagnoseuavhengig tilbod, må ein samle kompetanse og samarbeid om dei vanlegaste pasient og brukargruppene, framfor å spesialisere seg innan ein type tilstand(jf. forsking Grimsmo, kap. 6.2). Tenestane må utviklast i retning av ein meir temabasert og tverrfagleg arbeidsform. Gjennom samarbeid kan ein skape meir robuste tenester, ved å utnytte meirverdien i kunnskapsdeling.

## 7.4 Styrke koordinering av tenester og samhandling

*Den tverrfaglege innsatsen rundt pasientar og brukarar med samansette og langvarige behov er samordna, der alle jobbar saman om å nå pasient og bruker sitt mål.*

---

God intern koordinering av tenester, og samhandling i kommunen er grunnleggende for å kunne etablere saumlause og heilskaplege tenester, på tvers av verksemder og sektorar. Målretta og koordinert innsats kan auke effektiviteten og redusere tidsbruken. Ein må jobbe for å etablere tettare samarbeid mellom sektorar som til dømes NAV og skule/oppvekst.

Nord-Aurdal kommune må sørge for at koordinerande eining for habilitering og rehabilitering(KE) er ein tydleg integrert og synleg funksjon, med tilstrekkeleg kapasitet og myndighet til å ivareta sine lovpålagte oppgåver. Organisatorisk plassering av KE vil ha stor betydning for tverrsektoriell forankring og prioritering. Brukarane og pasientane skal oppleve KE som «ei dør inn» i det kommunale hjelpeapparatet.

Ein styrking av koordinatorrollen, og auka bruk av individuell plan (IP), vil vere effektive og kostnadseffektive tiltak, som og vil gi betre tenester for pasientar og brukarar. Ein føresetnad er at personell som i vare tek den lovpålagte oppgåva, blir sikra god opplæring og rettleiing.

For at pasientar og brukarar med behov for koordinerte tenester skal oppleve heilskapleg tenestetilbod, må ein prioritere arbeid med å sikre godt planlagde livsfaseovergangar. Overordna mål for livsfaseovergangar vil vere å sikre kontinuitet i tenestene over tid, og på tvers av verksemder, uansett alder og funksjonsnivå. Pasient og brukar skal kunne få vidareført tenester som bidreg til å oppretthalde størst mulig grad av eigen meistring, og deltaking i samfunnet. For brukarar og pasientar med koordinator, vil koordinatoren ha ein viktig funksjon, og ei sentrale rolle ved planlegging av livsfaseovergangar.

## **7.5 Styrke pasient -og brukarperspektivet i re-/habiliteringsprosessen**

*Brukarperspektivet legg til grunn at alle tiltak og tenester i ein re-/habiliteringsprosess skal ta utgangspunkt i pasient- og brukarkunnskap, ressursar, behov og mål.*

Ein skal sikre aktiv pasient- og brukarmedverknad, ved å alltid ta utgangspunkt i kva som er viktig for pasient og brukar i ein re-/habiliteringsprosess. Det vil vere viktig å i vareta familieperspektivet i denne samanhengen. Føresette og pårørande er viktige samarbeidsparter å inkludere i re-/habiliteringsprosessen.

Kommunen må arbeide for å sikre brukarmedverknad på individnivå gjennom auka bruk av individuelle planar (IP), og arbeide med å sikre brukarmedverknad på systemnivå. Ein må legge til rette for at brukarrepresentantar deltek i utforming av tenester og planlegging av re-/habiliteringsfeltet. Fokuset på tilnærminga «Kva er viktig for deg» illustrerer ei ny og styrka brukarrolle.

## 8 TILTAKSOVERSIKT

### 8.1 Innsatsområde 1: Møte det auka behovet for re-/habilitering

Tiltak	Kommentar/skildring	Ansvar	Økonomi	Tidspunkt og varigheit
Kartlegging av re-/habiliteringsbehov	Utarbeide rutinar og styrke tidleg identifisering av mulig behov for re-/habilitering, før ein set inn tenester som veg opp for funksjonstapet	Avdelingsleiarar	Ordinær drift	2019
Læring – og mestringstilbod	Utgreie behovet for eit diagnoseavhengig lærings- og mestringstilbod i samarbeid med tilgjengelig kompetanse, og vurdere og avklare frisklivssentralen si rolle opp mot re-/habiliteringsfeltet	Kommunalsjef/rådgjevar	Tilskotsordning fylkesmannen	2020
Førebyggande innsats	Førebyggande tverfagleg innsats til innbyggjarar i risikogrupper på eit tidleg tidspunkt.	Verksemdleiar		2019-2022
Informasjonsstrategi	Informasjon og synliggjering av Koordinerande eining, tenester og tilbod i Nord-Aurdal kommune	Verksemdsleiarar	Ordinær drift	2019

### 8.2 Innsatsområde 2: Auke kompetanse innan re-/habilitering

Tiltak	Kommentar/skildring	Ansvar	Økonomi	Tidspunkt og varigheit
Tverrfagleg rehabiliteringsteam	Opprette eit tverrfaglege team som raskt kan mobiliserast, og settast inn der det er behov for ein tverrfagleg innsats. Fagpersonane i temaet skal ha denne funksjonen i sin stillingsinstruks.	Kommunalsjef	Ordinær drift	2019 - 2024
Internundervisning	Kompetanseheve medarbeidarar, der målet er å styrke grunnleggande basiskompetanse innan re-/habilitering	Avdelingsleiarar	Ordinær drift	2019
Ergoterapeut	Omstille kompetanse, og styrke ergoterapiressurs, då kapasiteten i dag er for låg.	Verksemdsleiar	Endre stillingsheimel	2019
Opprette regionalt fagnettverk – re-/habilitering	Spille inn initiativ til HOF.	Kommunalsjef		2019
Vidareutdanning innan re-/habilitering bachelor	Kompetanseheve medarbeidarar som er sentrale innan re-/habilitering Jf. strategisk kompetanseplan.	Verksemdsleiarar		2019 - 2022

### 8.3 Innsatsområde 3: Styrke koordinering av tenester og samhandling

Tiltak	Kommentar/skildring	Ansvar	Økonomi	Tidspunkt og varighet
Ny organisering av Koordinerande eining (KE)	Etablere ein synleg, tydeleg og godt forankra koordinerande eining, med tydleg mandat og retningslinjer, og myndighet til å utføre lovpålagte oppgåver som er lagt til funksjonen.	Kommunalsjef	Ordinær drift	2019
Opprette re-/habiliteringskoordinator	Leiar for koordinerande eining (KE), som vil fungere som bindeleddet mellom det overordna KE og tenesteytarar. Skal sørge for å registrere omfanget av behov, framdrift og utføring av sentrale oppgåver til KE	Kommunalsjef	Tilskot HDIR	2019
Utforme Koordinatorhandboka	Utforme handbok som skal bli eit verktøy for nye og erfarne koordinatorarar. Handbok fokusere på koordinatorrolla sitt ansvar og oppgåver.	Verksemdsleiar omsorg og rehabilitering	Tilskot HDIR	2019
Sikre livsfaseovergangar	Utarbeide rutinar for å skape saumlause overgangar, slik at ein sikrar kontinuitet av tiltak på tvers av sektorar og verksemder.	Kommunalsjef	Ordinær drift	2020
Oppfølging og opplæring av koordinatorar	Utarbeide rutinar og struktur på opplæringa og oppfølginga av koordinatorar .	Re-/habiliteringskoordinator	Tilskot HDIR	2019 – 2022
Samarbeid mellom helse og oppvekst	Etablere samarbeidsstrukturar på tvers.	Kommunalsjefar	Ordinær drift	2019
Samarbeid med spesialisthelsetenesta	Ta initiativ til samarbeid med Koordinerande eining i spesialisthelsetenesta, jf. samarbeidsavtalene	Re-/habiliteringskoordinator		
Organisatoriske endringar for å styrke det heilskaplege tilbod innan re-/habilitering i kommunen.	Vurderer endringar organisatorisk, for optimal bruk av re-/habiliteringskompetanse i institusjon, heimebasert og på tvers av verksemder.	Kommunalsjef		2020

## 8.4 Innsatsområde 5: Styrke pasient- og brukarperspektivet i re-/habiliteringsprosessen

Tiltak	Kommentar/skildring	Ansvar	Økonomi	Tidspunkt og varighet
Bruk av individuelle plan (IP)	Sikre tilgjengelig programvare, og sikre gode rutinar/opplæring ved bruk av fagprogram for Individuell plan. Sikre eit tilstrekkeleg tal på koordinatorar frå alle aktuelle avdelingar og verksemder.	Kommunalsjef	Ordinær drift	2019
«Kva er viktig for deg» skal vere grunnlaget for alt re-/habiliteringsarbeidet.	Sikre pasient og brukar medbestemmelse i eigen re-/habiliteringsprosess.	Medarbeidarar		2019

---

## 9 KJELDER

---

Helse og omsorgsdepartementet. (2017-2019) Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering.

Henta frå:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptrapingsplanrehabilitering.pdf>

Helse og omsorgsdepartementet. (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste (Meld.St 26).

Henta frå:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/sec1>

Helse og omsorgsdepartementet (2008-2009). Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett tid – til rett tid. (Meld. St. 47).

Henta frå:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helsedirektoratet. Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. (Veileder IS-nummer: IS-2651). Hente frå:

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Forskrift om habilitering og rehabilitering.(2012) Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. FOR-2011-12-16-1256. Henta frå:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Nord-Aurdal kommune. (2011) Kommuneplanens samfunnsdel 2011-2023.

Henta frå:

[https://www.nord-aurdal.kommune.no/\\_f/p1/i7912c764-fc00-4461-be09-57a5e3c87280/samfunnssdelen\\_gkj\\_dok.pdf](https://www.nord-aurdal.kommune.no/_f/p1/i7912c764-fc00-4461-be09-57a5e3c87280/samfunnssdelen_gkj_dok.pdf)

Nord-Aurdal kommune. (2018) kommunedelplan for helse og omsorg 2018 -2029.

Henta frå:

[https://www.nord-aurdal.kommune.no/\\_f/p1/i0554487d-2ca2-43a6-a722-e7078b4bbd1e/20180406-kommunedelplan-for-helse-og-omsorg-hovedplan-2018-2029.pdf](https://www.nord-aurdal.kommune.no/_f/p1/i0554487d-2ca2-43a6-a722-e7078b4bbd1e/20180406-kommunedelplan-for-helse-og-omsorg-hovedplan-2018-2029.pdf)

Bergen kommune. (2018) Mestring og medvirkning. Handlingsplan for habilitering og rehabilitering i Bergen kommune, 2018 -2021. Henta frå:

<https://www.bergen.kommune.no/politikere-utvalg/api/fil/257785/Mestring-og-medvirkning-2018-2021>

Adresse: Nord-Aurdal kommune,

Boks 143, 2901 Fagernes.

Mail: [nak@nord-aurdal.kommune.no](mailto:nak@nord-aurdal.kommune.no)

Tlf: 61 35 90 00