

Rusta for framtida-

*Opptrappingsplan for habilitering og
rehabilitering i Austevoll kommune
2018-2026*



illustrasjonsfoto

Innhold

1. Innleiing	0
1.1 Organisering av planarbeidet	1
1.2 Organisasjonskart over samarbeidsparter og helsetenestene i Austevoll kommune	2
1.3 Brukarmedverknad og tidsplan gjennom prosessen.....	2
1.4 Begrepsavklaring	3
1.5 Lovgrunnlag og nasjonale føringar	3
1.5.1 Regionale planar	4
1.5.2 Kommunale planar	4
2. Status for habilitering og rehabilitering i Austevoll kommune	5
3. Status, kjente endringar og auka behov av dei ulike helsetenestane	6
4. Presentasjon av dei ulike einingane	8
4.1 Koordinerande eining	8
4.2 Ergo- og fysioterapitenesta	10
4.3 Rehabilitering i institusjon.....	13
4.4 Eidsbøen bufellesskap	14
4.5 Legetenesta	17
4.6 Helsestasjon og skulehelsetenesta.....	19
4.7 Krefttkoordinator	20
4.8 Psykisk helse og ruskoordinator	21
4.9 NAV	22
4.10 Logopeditenesta.....	23
4.11 Folkehelse og frivilligheit.....	23
5. Samhandling- vegen til opprusting.....	24
Vedlegg 1	26
Habilitering og rehabilitering	26
Øvrige begreip	26
Referanseliste.....	28

1. Innleiing

Store endringar i befolkingas behov for helse- og omsorgstenestar møter oss allereie i dag og vil stadig auka tida framover. Befolkninga aukar og me blir fleire eldre. Fleire overlever alvorleg sjukdom og fleire får kroniske og livsstilsrelaterte sjukdommar. Denne planen er med på å bane veg for korleis me ynskjer å fremja gode habilitering og rehabiliteringstilbod til innbyggjaranes beste i Austevoll kommune. Me ynskjer å ha eit heilskapleg og kunnskapsbasert tilbod for alle med ynskje om eit helsefremjande samfunn. Nye virkemidlar og arbeidsmetodar må nyttast og me må organisera tenestane slik at ressursane effektivt når ut til brukarane.

Habilitering og rehabilitering er eit av dei viktigaste satsningsområda innan helse og omsorg og hovudtyngda av dette skal skje i kommunen som varsla i samhandlingsreforma Meld. St. 47 (2008-2009) og primærhelsetenestemeldinga Meld. St. 26 (2014-2015) «Rett behandling- på rett sted-til rett tid». Mange har eller vil få behov for habilitering eller rehabilitering i løpet av livet, og det er avgjørande at dette blir gitt av god kvalitet for å sikra den einskilde deltaking i samfunnet. Både kommune og spesialisthelsetenesta har ansvar for å sjå til at pasientar og brukarar får naudsynt habilitering og rehabilitering.

Det har ikkje vore utarbeida ein habilitering og rehabiliteringsplan for Austevoll kommune tidligare, noko me er lovpålagd i løpet av 2017 (Fylkesmannen i Hordaland). Dette vil vere ein overordna plan og eit styringsdokument retta mot vidare utarbeiding av framtidige handlingsplanar. Årsramma er satt til 8 år på grunn av bredda av profesjonar som planen omhandlar, og dei store endringar og prosessar som helsetenestane vil måtte førebu seg på i framtida.

Formålet med planen er:

- *Bidra til at Austevoll kommune kan verta i stand til å gje eit heilskapleg og kunnskapsbasert habiliterings- og rehabiliteringstilbod til innbyggjarane, og over tid overta fleire rehabiliteringsoppgåver frå spesialisthelsetenesta (Meld. St. 26 (2014-2015)).*
- *Gje ein oversikt over hovudfordringane på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet i kommunen.*

1 Planen rettar seg mot:

- 2 • *Brukarar med funksjonsnedsettingar som fylgje av fysisk sjukdom, uavhengig av*
3 *alder, diagnose og bustad.*

4

5

6 **1.1 Organisering av planarbeidet**

7

8 Styringsgruppa:

9 Kommunalsjef for helse og omsorg Jofrid Troland

10 Representant frå tenesteutvalet Isabell Halstensen Heggen

11 Leiar for ergo- og fysioterapiavdelinga Kristel Engeset

12

13 Arbeidsgruppa:

14 Kommuneoverlege Inger Uglenes

15 Leiar for ergo- og fysioterapiavdelinga Kristel Engeset

16 Ergoterapeut Laila Taraldsen

17 Fysioterapeut og prosjektleiar Elisabeth Kalvenes

18

19 Prosjektleiar vert finansiert av prosjektmidlar frå Helse- og omsorgsdepartementet øyremerka til
20 kommunens arbeid med planen.

21

22 Referansegruppa:

23 Koordinerande eining, ergo- og fysioterapiavdelinga, Aleris pleie- og omsorgssenter, helsestasjon,

24 Legetenesta, kreftkoordinator, psykiatri/rus, NAV og Eidsbøen bufellesskap.

25

26 Høringsinstans:

27 Eldrerådet

28 Rådet, rådet for menneske med nedsett funksjonsevne

29

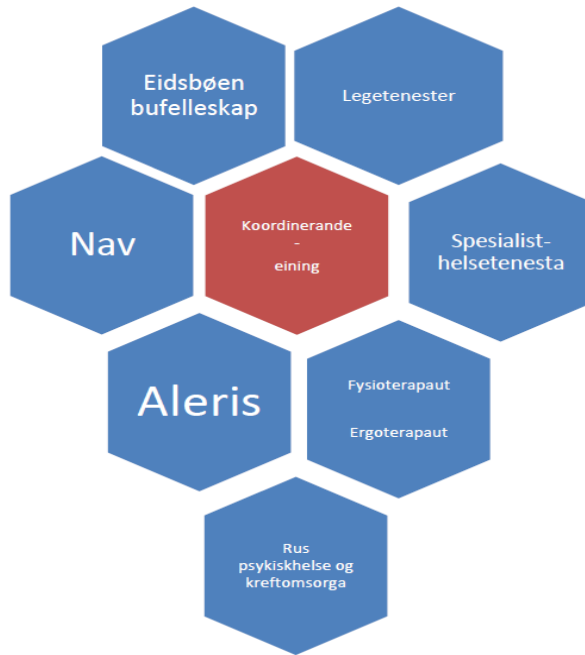
30

31

32

33

1 **1.2 Organisasjonskart over samarbeidsparter og helsetenestene i Austevoll**
 2 **kommune**



3
 4 Figur 1: Organisasjonskart over dei aktuelle samarbeidspartane i helsetenestane i Austevoll kommune.
 5

6 **1.3 Brukarmedverknad og tidsplan gjennom prosessen.**

7 Brukarmedverknad er sikra gjennom høyringar og bruk av fagpersonalet. Planen er lagt fram for
 8 eldrerådet (29.08.2017) og råd for menneske med nedsett funksjon (28.08.2017). Vidare
 9 presenterast tidsplan i tabell 1.

10 *Tabell 1.*

August	Utkast/informasjon til tenesteutvalet 18.08.17. Framlegg råd for menneske med nedsett funksjonsevne 28.08.17 og eldrerådet 28.08.17. Møte referansegruppene; Eidsbøen bufelleskap, Aleris omsorg, helsestasjon, psykiatri, legetenesta
September	Møte referansegruppene; NAV, ruskoordinator, kreftkoordinator, ergo- og fysioterapitenesta.
Oktober	Utkast leverast til tenesteutvalet 17.10.17. Utkast leverast formannskapet 19.10.17.
November	Kommunestyret vedtek 1g. høyring 2.11.17. Høyringsfrist 6 veker.
Februar 2018	Ny høyring 29.02.18, 6 veker etter vurdering og eventuelle endringar i planen.
Juni 2018	Etter 2.gongs høyring vert planen politisk vedteke av Austevoll kommunestyre med 3 vekers klagefrist.

1

2 1.4 Begrepsavklaring

3 Sjå vedlegg [1]

4

5 1.5 Lovgrunnlag og nasjonale føringar

6 Kommunane sitt ansvar for habilitering og rehabilitering er nedfelt i lovar og skriv frå regjering og

7 Storting. Desse er presentert i tabell 2.

Tabell 2. Sentrale lover, forskrifter

Utgitt	Sentrale lover, forskrifter etc.
2001	Forskrift om habilitering og rehabilitering NOU, «Fra bruker til borger- En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer»
2002-03	St.meld. Nr 40 «Nedbygging av funksjonshemmende barrierer»
2004	Forskrift om individuell plan NOU «Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene Samordning og samhandling i kommunale sosial og helsetjenester»
2005	St.meld. nr 25 (2005-2006) «Omsorgsplan 2015 med tillegg»
2007	St.prp. nr. 1 (2007-2008) «Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011» Individuell plan 2007 «Veileder til forskriften»
2008	St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreforma «Rett behandling- på rett sted- til rett tid». Gradvis innført frå 01.01.2012. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008- 2011
2010	St. meld. nr. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)
2011	Lov om kommunale helse og omsorgsteneste, gjeldande frå 01.01.2012. (Erstattar kommunehelsetenestelova og sosialtenestelova.) Lov om folkehelsearbeid, gjeldande frå 01.01.2012. (Erstattar lov om fylkeskommunen sine oppgåver i folkehelsearbeid og det som gjeld folkehelse i kommunehelsetenestelova.) Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, gjeldande frå 01.01.2012
2012	Tenesteavtale 2, saman.no
2014	Meld. St. nr. 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjenestene nærhet og helhet»
2016	«Opptrappingsplan for rusfeltet (2016-2020).
2017	«Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-2019)»

1 **1.5.1 Regionale planar**

2 Ein av dei større føringane er samhandlingsreforma, Meld. St. nr. 47 (2008-2009), som gradvis skulle
3 vore innført frå 2012. Tre hovudutfordringar vert trekt fram som kommunane må løysa:

- 4 1) *Manglande koordinerte tenester med påfølgande lite effektiv ressursbruk.*
- 5 2) *For liten innsats for å avgrensa og førebyggja sjukdom.*
- 6 3) *Demografisk utvikling med endring i sjukdomsbilete og trugande økonomisk bereevne for å*
7 *gje gode helseteneste.*

8 Samhandlingsreforma peikar på at det må bli ein klarare pasientrolle der tydelege pasientforløp skal
9 medverka til at alle system og tenester vert utført mest effektivt og med god kvalitet. Dei med
10 koordinerte behov skal få ein individuell plan og koordinator. Større grad av helsetenesta skal i større
11 grad skje i kommunane. Kommunane står nå ansvarlege for å ta imot dei utskrivningsklare
12 pasientane og er pålagt ein del av medfinansieringa av spesialisthelsetenesta dersom pasientane
13 ikkje får tilbod i kommunen.

14 Etter samhandlingsreforma har også Meld. St. nr. 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste-
15 nærhet og helhet» og «Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-2019)» kome
16 med tydelege føringar for korleis kommunen skal arbeide for å oppnå ein betre og meir berekraftig
17 helseteneste i kommunane.

18 Kommunen pliktar til å ha ein koordinerande eining (KE) som bistår pasientar med langvarige og
19 koordinerte tenestar (Lov om kommunale helse og omsorgsteneste 2011, §3.1). Kommunens ansvar
20 inneber også hjelpemiddelformidling og tilrettelegging av miljøet omkring den einskilde.

21

22 **1.5.2 Kommunale planar**

- 23 • Austevoll- ut mot hav, samfunnsdel til kommuneplanen 2013-2014 har som eit av
24 sine hovudmål å gje eit godt og tilpassa tenestetilbod til innbyggjarane i alle livsfasar.
25 Austevoll kommune vil legge vekt på og satsa på helse og omsorg. På tiltaksplanen
26 står det «oppbygging av ein rehabilitering og habiliteringseining og det skal også
27 foregå rekruttering til helsesektoren».
- 28 • Eldreomsorgsstrategiplanen er i utarbeiding. Denne planen har som eit eiga
29 innsatsområde punkt 3 «Rehabilitering og habilitering (litt hjelp når det trengs)».
- 30 • Ruspolitisk handlingsplan- 2012- 2016 er under rullering, 2017-2021.
- 31 • Linjo - tverrfagleg plan for oppvekst. I utarbeiding.

1 Føringane for habilitering og rehabiliteringsplanen for Austevoll kommune rettast opp mot
2 samhandlingsreforma, primærhelsemeldinga og lov om kommunale helse og omsorgsteneste.

3

4 **2. Status for habilitering og rehabilitering i Austevoll kommune**

5

6 Etter at samhandlingsreforma Meld. St. 47 (2008-2009) tredde i kraft, har Austevoll kommune merka
7 stor skilnad på pasientgruppene og det auka behovet for habilitering og rehabiliteringsteneste.
8 Pasientane kjem raskare frå spesialisthelsetenesta og krev meir kompleks behandling enn tidligare.
9 Desse behova vil auke i framtida då stadig fleire av spesialisthelsetenesta sine oppgåver skal
10 overførast til primærhelsetenesta. Det auka presset gjer det naudsynt å organisera tenestane slik at
11 ressursane i størst mogleg grad når ut til brukarane.

12

13 Austevoll kommune har i dag inga eiga rehabilitering og habiliteringseining som ynskja i
14 kommuneplanen 2013-2014. Habilitering og rehabilitering skjer fragmentert innan dei ulike
15 tenestetilboda. Fleire av tenestane manglar ressursar for å kunne tilby og gjennomføre habilitering
16 og rehabilitering. Fleire av tenestane må bruke ressursane på primære oppgåver og primære
17 driftsutgifter før dei har noko igjen for å satsa på kvalitetssikring, fagleg utvikling/vidareutdanning og
18 rehabilitering. Moglegheit for å få vedtak på eit rehabiliteringsopphald utanfor kommunane er
19 vanskelege då dette er ein kommunal oppgåve.

20 Pasientar som klarar å koma seg anten til Selbjørn fysikalske institutt eller til Storebø fysikalske
21 institutt får eit godt rehabiliteringstilbod av dei privatpraktiserande fysioterapeutane. Institutta har
22 jamnleg faglege oppdateringar gjennom eksterne kurs og samarbeidsmøter med dei kommunale
23 fysioterapeutane. Desse institutta tek hovudandelen av dei sjølvstendige vaksne pasientane som bur
24 heime og kan koma seg til og frå institutt på eigenhand eller med taxi.

25

26

27

3. Status, kjente endringar og auka behov av dei ulike helsetenestane

Fleire kommunar går gjennom store endringar i organisering av kommunestrukturar og samarbeidsmodellar for dei ulike helsetenestane. Austevoll kommune vil fortsatt vere ein kommune lokalisert og organisert som tidligare. Me vil likevel bli lovpålagt å gjennomføra dei ulike helsetenestane som dei større kommunane skal, noko som er utfordrande med tanke på ressursar tilgjengeleg. Innbyggjartalet i kommunen er aukande, det blir fleire eldre og fleire som lever med kroniske sjukdommar. Per i dag er det ca. 740 personar i Austevoll kommune som er over 70 år. Til samanlikning vil det vere ca. 1500 personar over 70 år i 2040. Fleire overlever alvorleg sjukdom og ulykker og fleire får kreftsjukdommar og psykiske lidingar. Andelen yngre menneske som trenger kommunale omsorgstenester er jamt aukande. Kommunen ligger også over landsgjennomsnittet med overvekt og fedme blant barn og unge (fhi.no). Talet på personar med psykisk utviklingshemming som treng ulike teneste er forventa å auka med 24 stk innan 2022, noko som er ei dobling frå dagens situasjon. Kommunen skal ta over ein del av tenestane frå spesialisthelsetenesta. Desse er vist i tabell 3.

Tabell 3: Helsedirektoratets anbefalinger i veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator:

Tilbud som bør ytes i kommunene	Tilbud som bør ytes i spesialisthelsetjenesten
Tilbud til pasienter og brukere med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene, f.eks.: muskel- og skjelettsykdommer livsstilssykdommer lettere psykiske lidelser diabetes kols og lungesykdommer. kreft rehabilitering i senere fase innen hjerte og kar-sykdommer, herunder hjerneslag rehabilitering ved mindre omfattende behov etter ortopedisk behandling.	Rehabilitering av særlig kompleks art, og i akutte faser og ved betydelige endringer i funksjonsnivå, f.eks. til pasienter med: progredierende nevrologiske tilstander ved betydelige endringer og i akutte faser: nevrologiske tilstander som CP, hjerneslag med komplekse utfall, spinalskade, traumatisk hodeskade amputasjoner multitraumer sjeldne sykdommer og tilstander
<i>Videre anbefales at kommunene styrker tilbudet innen sansetap, læring og mestring og endring av levevaner.</i>	<i>Tiltak fra spesialisthelsetjenesten må omfatte både utredning, behandling, veiledning og opplæring.</i>

Helsedirektoratet 2015 vist i Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019).

1 Det vil og vere betraktelig færre yngre til å kunne utøve helsetenestar til alle grupper samtidig som at
2 rekruttering av helsepersonell i kommunen har vore vanskeleg.

3

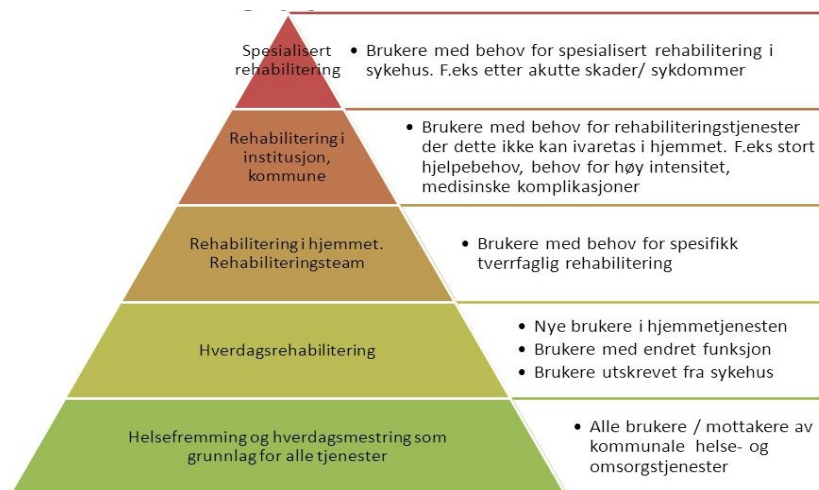
4 Kommunen skal ha tilstrekkeleg breiddekompetanse og kapasitet i samsvar med befolkninga si
5 behov for habilitering og rehabilitering (samhandlingsreforma). Dersom kommunen skal auka både
6 tenestetilbodet og den faglege kompetansen i tråd med gjeldande lovverk og føringar i åra framover
7 er det naudsynt med nytenking og strategisk organisering av ressursar og virkemidlar. Det vil vere
8 naudsynt å sjå til at Austevoll kommune blir ein kommune som er i stand til å gjennomføre
9 koordinerte og heilskaplege pasientforløp, meir førebygging og tidligare innsats og fleire tenestar der
10 brukarane bur. For å få til dette må det sikras eit godt og positivt arbeidsmiljø for dei tilsette i
11 tenestane med moglegheit for fagutvikling, rekruttering av helse- og omsorgsarbeidarar og gode
12 tverrfaglege samarbeidsarenaer. I dag har me lite innsats der det er mest kostnadseffektivt for flest
13 menneske. Innsatsen bør gjerast slik at me behandlar fleire i førebyggjande fase og i
14 nærmiljøet/heimen for å få færre inn i kompliserte behandlingsforløp. Sjå figur 1.

15

16 Dette kan me blant anna møte med:

- 17 • Tiltaksplanar som visar eventuelle omorganiseringsbehov og/eller endra økonomiske
18 behov av helsetenestane
- 19 • Eit kompetanseløft og fagleg breiare tenestetilbod
- 20 • Støtta opp om tidleg innsats i behandlingsforløpet jmf. Figur 2.
- 21 • Støtta opp om positive og interessante arbeidsplassar innan helse- og omsorg.

22



23 **Pyramiden skal skissere forholdet mellom antall brukere og hvilke rehabiliteringstjenester som benyttes.**

24

24 **Figur 2: Rehabiliteringspyramiden, Kristiansand kommune 2013.**

1 **4. Presentasjon av dei ulike einingane**

2 Under vil kvar einig knytt til rehabiliteringsarbeidet bli omtala med status, kjende utviklingstrekk
3 og utfordringar.



4 **4.1 Koordinerande eining**

5 *Status:*

6 Det er oppretta ei koordinerande eining for habiliterings- og rehabiliteringsverksemda (KE) i
7 kommunen. KE samarbeider mellom dei ulike instansar i og utanfor kommunen, dei tar i mot
8 søknad og gjer vedtak om individuell plan (IP) og opprettar ein koordinator til dette. Dei har også
9 opplæring i oppstart for Sampro (eit elektronisk samhandlingsverktøy for dei med IP).

10 Koordinerande eining ligg under Helse-servicekontoret kor det er 3 heiltidstilsette og ein 75% stilling.
11 KE arbeidet er delegert mellom dei tilsette som har mange arbeidsområder. Nokre av dei er lista opp
12 under og KE er berre ein av mange oppgåver i avdelinga:

- 13 • Administrasjon, oppfylging av fagsystem med oppretting av nye brukarar i system,
14 rapportere til Helsedirektoratet på Iplos (lovbestemt helseregister for kommunale helse- og
15 omsorgstenester), syte for at E- meldingar fungerer (elektronisk verktøy for kommunikasjon
16 mellom spesialisthelsetenesta og dei kommunale helsetenestane).
- 17 • Dei har ansvar for månadleg rekneskap opp mot Aleris for kjøp av tenester/kontroll av kjøpte
18 timar, praktisk bistand, heimesjukepleie, alarmuttrykkingar, kjøp av middag/dessert og
19 overbelegg ved Austevoll pleie- og omsorgssenter.
- 20 • Vedtak på pleie- og omsorg i heimen (Aleris), pleie- og omsorg i institusjon, omsorgsbustader
21 til eldre, oppsøkjande heimebesøk til eldre, pleie- og omsorg i heimen –Eidsbøen og vedtak
22 på omsorgsbustad for personar med utviklingshemming.
- 23 • Avlastning, støttekontakt, brukarstyrt personlig assistanse (BPA), arbeids- og
24 treningsavdeling Austevoll (ATA), KE, IP , helsehjelp i skulen, dagsenter, tryggleiksalarm og
25 omsorgsløn.
26
27

- 1 • Oppdateringar på stadig nye vedtak og lovendingar innan helse- og omsorg.

2

3 *Utviklingstrekk:*

4 Kommunen skal organisere og gi tilbod til pasientar som tidligare har vore utført av
5 spesialisthelsetenesta utafør kommunegrensa. Dei demografiske utviklingstrekkene syner ei stor auke
6 i menneske med habilitering og rehabiliteringsbehov og det fører til auka pågang for KE. KE må
7 fanna over fleire pasientar og vere meir involvert i den einskildes forløp da mange av
8 helsetenestane vert kommunale. Under ligg oversyn over utfordringar til KE.

9

10 *Utfordringar:*

- 11 • Vanskar med å møte alle dei ulike brukargruppane med habiliterings og rehabiliteringsbehov.
- 12 • KE arbeidet har vore utført av fleire i Helse-servicekontoret og på den måten vore udefinert i
13 forhold til kor stor stillingsandel som har vore nytta til dette.
- 14 • KE deltar ikkje i tverrfaglege drøftingsteam og blir i liten grad varsla frå interne tenesteytarar
15 om pasientar med habilitering eller rehabiliteringsbehov.
- 16 • Lite varsling internt i tillegg til at potensielle brukarar ikkje kjenner til tilbodet gjer at det er
17 vanskeleg å fanga opp alle dei som har habilitering og rehabiliteringsbehov i kommunen.
- 18 • KE kjem i einskilde tilfelle for seint inn i habilitering og rehabiliteringsprosessane.
- 19 • Det har vore ein utfordring for dei andre tenestane å vita deira rolle opp mot KE og om deira
20 pasientar skal tilvisast KE eller direkte til dei andre naudsynte tenestane.
- 21 • Det har vore lite oversikt over dei gjeldande tilboda som kommunen kan tilby innan
22 habilitering og rehabilitering.
- 23 • Stadig større og endra brukar- og pasientgruppe som treng bistand.

24

25 *Dette løyser me med:*

- 26 • Kartlegga om KE har nok ressursar til å møte utfordringa med auka pågang.
- 27 • Kartlegga korleis KE best kan koma tidligare inn på banen for brukarane.
- 28 • Sjå på om det er behov for ei anna organiseringsmodell av KE i Helse-servicekontoret.
- 29 • Å greie ut om det er behov for meir klargjering av oppgåver i KE som krev samarbeid mellom
30 dei andre helse og omsorgstenestane.

- 1 • Styrka rehabiliteringsprofilen i KE.
- 2 • Kartlegga dei ulike tenesta som til ein kvar tid er tilgjengeleg i kommunen.
- 3 • Kartlegga behov for nye kommunikasjonsmetodar og informasjon mellom dei interne
- 4 tenestane og brukargruppane.
- 5 • Satsa meir på opplæring og rekruttering av koordinatorar.
- 6 • Kartlegge behov for feire tverrfaglege og tverrsektorielle møtepunkt.

7

8 **4.2 Ergo- og fysioterapitenesta**

9 *Status:*

10 Austevoll kommune har to faste kommunale fysioterapeutar, ein fast ergoterapeut og to
11 privatpraktiserande fysioterapeutar med driftstilskot. Begge tenesta har stor pågang og ventelister.
12 Tenesta fylgjer opp pasientar som har behov for trening og veiledning etter skade, sjukdom eller
13 anna type lidingar. Kronisk sjuke barn får kontinuerlig oppfølging, eller periodevis oppfølging, alt
14 etter behov og i tett samarbeid med familie, barnehage, skular og spesialisthelsetesta. Vaksne får
15 tilbod om rehabilitering eller habilitering i bustad, ved institusjon eller ved eit av dei private
16 fysioterapiinstitutta. Alt etter behov knyttast samarbeid med spesialisthelsetenesta eller dei andre
17 kommunale tenestane. På grunn av auka pasientmengde og fleire ulike pasientgrupper som treng
18 habilitering, rehabilitering og tilrettelegging i heimen, klarer ikkje tenesta å gje alle som treng det eit
19 optimalt tilbod. Den sterke veksten i talet på eldre i tillegg til raskare utskrivning frå sjukehus gjer også
20 at behovet for hjelpemiddel er stadig aukande. For å hindra forseinkingar i pasientforløpet krev
21 hjelpemiddelforvaltinga rask saksbehandling og medfører ofte ugunstige arbeidstid.

22 Ergo- og fysioterapitenesta blir ofte nytta som koordinatorar og arbeid innan individuell plan for
23 deira brukara. Dette krev store ressursar frå ei lita avdeling. Nokre førebyggjande oppgåver blir
24 prioritert i avdelinga som; 4 mnd. kontroll av babyar, motorisk screening av barnehagebarn (5
25 åringar), samarbeidsprosjekt med helsestasjonen for barn og unge med overvekt og fedme
26 fallførebyggjande gruppetrening på Birgittunet, forflyttnings trening for tilsette ved pleie- og
27 omsorgssenteret, heimebesøk til alle over 85 år som ikkje mottar helsetenestar frå kommune og
28 eldretrim ved pleie- og omsorgssenteret.

29 Ressursane strekk ofte ikkje til alle dei ulike pasientgruppene og dei mangfaldige arbeidsoppgåvene
30 som utførast av avdelinga, og tilbodet blir ofte begrensa. Noko av dette har vore kompensert med
31 prosjektstillingar, dette gjeld fysioterapeut og ergoterapeut i kvardagsrehabilitering, ergoterapeut i
32 styrking av KE og fysioterapeut i arbeidet mot overvekt hos barn og ungdom.

1 Få får vedtak på eksterne rehabiliteringsopphald i spesialisthelsetenesta . Konsekvensen er at
2 pasientane kjem til Aleris omsorg og pleiesenter for primære pleie – og omsorgstenestar og eit
3 begrensa tilbod frå ergo- og fysioterapitenesta. Mange av dei med rehabiliteringsbehov får derfor
4 ofte forseinkingar og manglar i sine rehabiliteringsforløp.

5 Fleire har i dag behov for bustadsrådgiving i nye større byggeprosjekt og for einebustadar. Relativt få
6 bustader er tilrettelagt for menneske med funksjonsnedsettingar, og konsekvensane er at det vil bli
7 ein stor auke i behov for kompensierende tiltak, bl.a. ombyggingar, heiser, dørautomatikk og ramper
8 av bustadar.

9

10 Dagens situasjon kan oppsummerast med:

- 11 • Stor pågang for behandling av barn og unge.
- 12 • Stor auke i kortidsplasspasientar med rehabiliteringsbehov.
- 13 • Auke i kroniske sjuke- vaksne.
- 14 • Aukande tal på pasientar med psykosomatiske lidingar.
- 15 • Lange ventelister.
- 16 • Begrensa tiltak innan førebyggjande arbeid hos barn og vaksne.
- 17 • Travle arbeidesoppgåver og ugunstige arbeidstider ved akutte behov for hjelpemidlar.
- 18 • Auka rehabiliteringsbehov for akutte dårlege medførar til strenge prioriteringar i tenesta.
- 19 • Lite organisert bustadsrådgiving i kommunen gjer at mykje ressursar går til dette.

20



21



22

illustrasjonsfoto

1 *Utviklingstrekk:*

2 Etter samhandlingsreforma har avdelinga merka stor pågang på tilvisingar. Tala visar ei auke på
3 nærare 50 % frå 2014 til 2016. Som vist i figur 3. Det er ikkje auka årsverk på avdelinga etter 2012 då
4 me fekk eit årsverk ergoterapi for fyrste gong. Årsverka i fysioterapitenesta har vore den same sida
5 2007. For dei private fysioterapeutane har det og jamn auke av tilvisingar.



6

7 Figur 3: Talet på tilvisingar i den kommunale ergo- og fysioavdelinga auka frå 150 i 2014 til 225 i 2016.

8

9 *Dette løyser me med:*

- 10
- Det er behov for klargjering av satsningar retta mot kompetanseheving, ressursbehov og

11 kvalitetsikring innan ergo- og fysioterapitenesta.

 - Det er behov for ein sterk rehabiliteringsprofil i tillegg til førebyggjande arbeid for å møte dei

12 kjente utviklingstrekk.

 - Kartleggja behovet for målretta tiltak retta mot gruppebehandlingar.

14

 - Kartleggja behov for tverrfaglege samarbeidsløysingar for å nytta ressursane betre og

15 effektivisere pasientforløpet.

 - Fortsatt satsing på kvardagsrehabilitering gjennom prosjekt og kartlegging av framtidig

17 behov for dette.

 - Fortsatt satsing på tiltak retta mot overvekt hos barn og unge gjennom prosjekt og

19 kartlegging av framtidig behov for dette.

 - Kartleggja moglegheit for eit tidlig innsatsteam (eit tverrfagleg ambulerande team som

21 kartlegg funksjonsfall i tidlig fase og tilviser til aktuell oppfølging).

22

- 1 • Kartleggja moglegheit for auka satsing på velferdsteknologi.
- 2 • Kartleggja rutinar for bustadsrådgiving og dei tverrsektorielle samarbeida omkring dette.

3

4

5 **4.3 Rehabilitering i institusjon**

6 *Status:*

7 Aleris omsorg driftar Austevoll pleie- og omsorgssenter med kortidsopphald og langtidsopphald,
8 praktisk bistand (vaskehjelp m.m) og heimetenesta. Austevoll pleie- og omsorgssenter har 46 (52)
9 pasientar fordelt på 5 (6) avdelingar. Det er for tida 3 / 4 somatiske, 1 psykogeriatrisk avdeling, og 1
10 dementavdeling. Per i dag er det ikkje tilbod om rehabiliteringsopphald i kommunen. Pleie- og
11 omsorgstenestane har merka ei markant forskjell dei seinaste åra med tidligare utskrivning frå
12 sjukehus og ein forventning om rehabilitering på institusjon. Dei har hatt store utfordringar knytt til
13 overbelegg, frå 01.01.2017 til 01.10. 2017 har det vore 355 døgn på overbelegg. Pasientane er mykje
14 sjukare og krev mykje meir rehabilitering enn tidligare og pleie- og omsorgssenteret blir nytta meir
15 som eit B-sjukehus. Dette er problemstillingar som kjem til å vare og auka.

16 *Utviklingstrekk:*

17 Samhandlingsforma sett krav om at utgreiing og behandling/rehabilitering i større grad skal
18 gjennomførast i eigen heim, helsehus eller i pleie- og omsorgsinstitusjonane.

19 Pasientane er fleire, dei er sjukare, treng meir tverrfagleg oppfølging på grunn av mange og
20 kompliserte diagnosar. Dette krev ein breiare fagkompetanse, fleire tilsette og fleire retningslinjer og
21 kvalitetssikring av tenestane.

22 *Utfordringar:*

- 23 • Ingen tilbod om rehabilitering ved institusjon, likevel er det mange rehabiliteringspasientar
24 som treng bistand.
- 25 • Skal kommunen tilby rehabilitering slik det ligg føre i gjeldande kommuneplan- samfunnsdel ,
26 er det behov for meir satsing på rehabilitering i institusjon, der pasientane kjem først
- 27 • Pasientar som er utskrivningsklare frå spesialisthelsetenesta og blir overført til pleie – og
28 omsorgstenesta med vidare behov for rehabilitering, er i den mest sårbare gruppa kor
29 Austevoll kommune ikkje har tilfredstillande tilbod innan rehabilitering.
- 30 • Større og vanskeligare pasientgrupper.

- 1 • Utfordrande arbeidssituasjon og drift ved auka arbeidsmengde.
2 • Vanskeleg å halde den faglege kvaliteten forutsigbar og på eit godt nivå når bemanning må
3 settast inn ved overbelegg.

4 *Dette løyser me ved:*

- 5 • Kartleggja korleis me best kan organisere eit rehabiliteringstilbod i institusjon, både
6 organisatorisk og med tanke på areal og utstyr tilgjengeleg.
7 • Søkja gode samhandlingsrutinar mellom helse- og omsorgssenteret, helseservicekontoret,
8 ergo- og fysioterapitenesta og legetenesta.
9 • Satsa på fagutvikling innan rehabilitering av pleiepersonale og dei andre tenesteytande.
10 • Finne løysningar på dei tenesta me manglar for pasientar i rehabilitering i dag (sosionom,
11 logoped og psykolog).
12



illustrasjonsfoto

13
14

15
16

17 **4.4 Eidsbøen bufellesskap**

18 *Status:*

19 Eidsbøen bufellesskap består av bustader med heildøgnsbemanning samt tenester i omsorgsbustader
20 og private bustader for personar med funksjonsnedsettingar og/eller spesielle behov. Totalt er det
21 13 kommunale omsorgsbustader tilknytt Eidsbøen bufellesskap der tre av dei er til personar som
22 motteke heildøgnsbemanning. Ein av bustadane vert nytta til butreningsbustad til personar over 18
23 år som bur heime samt som avlastningsbustad til yngre personar. Hovudbasen inneheld
24 personalrom/fellesareal for tenestemottakarar samt kontor. Eidsbøen bufellesskap har i dag 22/23
25 brukarar av dei tenestane dei tilbyr, og 3 brukarar med heildøgnsbehov. Brukarane mottar ulik grad

1 av hjelpeteneste. Per i dag er det 19,5 årsverk i den kommunale bedrifta. Bedrifta har ein bestillar-
2 utførar modell opp mot kommunen. Vedtak vert fatta ved helseservicekontoret i samarbeid med
3 uttale frå Eidsbøen bufellesskap.

4

5 Nylig tilsyn av Fylkesmannen har avdekkja brot på krav i lov og forskrift der Austevoll kommune ikkje
6 har lagt til rette for forsvarleg gjennomføring av tenesta; personleg assistanse/opplæring til personar
7 med utviklingshemming. Kommunen har ikkje lagt til rette for at; tilsette i bufellesskapet får
8 nødvendig opplæring og rettleiing (helsetilsynet.no). Konsekvensane av manglande ressursar og
9 tilrettelegging av tenesta er at ikkje alle tenestemottakarane får tenester i samsvar med vedtak og
10 dei tilsette utfører ein del av oppgåvene utan at brukar får medverke, lære eller rettleiing til
11 sjølvstendig aktivitet. Det rapporterast om lite tid til å utarbeide og oppdatere tiltaksplanar, IP og
12 mangelfull informasjonsutveksling. Observerte endringar hos brukarar (fysiske, psykiske og kognitive)
13 har ikkje fått naudsynte tiltak og endra vedtak. Dei som ynskjer det har ikkje tilbod om dagleg fysisk
14 aktivitet og/eller egna aktivitetstilbod. Fleire manglar støttekontakt eller kompensierende tiltak for
15 dette. Dei tilsette må arbeide i stor grad åleine og det er ikkje kartlagt kva kompetanse tilsette har
16 opp imot diagnosar og funksjonsnivå som brukarane har. Manglande ressursar og tid for dei tilsette
17 gjer at dei må prioritera brukarretta oppgåver. Det er mangelfull kompetanse til generelle og
18 spesielle problemstillingar og tilleggsdiagnosar hos personar med utviklingshemming. Det
19 rapporterast om svikt i kommunens styring av tenestene i Eidsbøen bufellesskap (helsetilsynet.no).

20 Personar med psykisk utviklingshemming, som er ein stor mottakarbrukargruppe av
21 habiliteringstenestane i kommunen, får ikkje tilfredsstillande tilbod om habilitering slik dei har krav
22 på.

23

24 *Utviklingstrekk:*

25 Det er forventa at frå 2017 til 2022 vil det vera 24 nye brukarar over 18 år med behov for ulike
26 teneste frå Eidsbøen bufellesskap (kartlagt av Eidsbøen bufellesskap og helseservicekontoret). På lik
27 linje med befolkninga elles blir denne brukargruppa eldre og vil leve lengre med samansette behov
28 og sjukdommar. Fleire har problem med overvekt, fedme og innaktivitet.

29

30

1 *Utfordringar:*

- 2 • Visar til rapport frå Fylkesmannen 27.09.2017.
- 3 • Lite ressursar til å ha eit godt rehabilitering og habiliteringstilbod.
- 4 • Lite ressursar tilgjengeleg for fagutvikling for dei tilsette.
- 5 • Lite ressursar for tilrettelegging av fysisk aktivitet.
- 6 • Manglande tilrettelagde bustader med stadig aukande behov.
- 7 • Lite midlar tilgjengeleg ved behov for endring av dei kommunale bustadane.
- 8 • Vanskelig busituasjon og tilbod for dei geriatriske pasientane med psykisk
- 9 utviklingshemming.
- 10 • Pårørande av denne brukargruppa er ofte slitne og utbrente på grunn av høy grad av
- 11 hjelpenivå i eit livslangt perspektiv.
- 12 • Lite fokus på brukarmedverknad.

13

14 *Dette løyser me med:*

- 15 • Systematisk arbeid retta inn mot dei meldte avvika frå Fylkesmannen.
- 16 • Kartlegga og vurdere tilskotsordninga for brukarane.
- 17 • Målretta arbeid mot eit større habilitering og rehabiliteringstilbod for gruppa.
- 18 • Satsa meir på fagutvikling for tilsette.
- 19 • Auka det tverrfaglege samarbeide med ergo- og fysioterapitenesta.
- 20 • Kartlegge behov for bustader og naudsynt rehabilitering av eldre kommunale bustader for
- 21 betre å kunne nyttast av brukarar med rullestol og større hjelpemidlar.
- 22 • Utreie om det er behov for eit systembasert samarbeid mellom byggetaten for å
- 23 samarbeide om budsjett og prioriteringar framover.
- 24 • Utreie korleis med kan gje eit godt tilbod for dei geriatriske brukarane med habilitering og
- 25 pleie- og omsorgsbehov.
- 26 • Kartlegga og vurdera støttekontaktordninga og avlastningsordninga.
- 27 • Møta brukargruppa og deira pårørande på eit tidligare tidspunkt for å hjelpe til med sårbare
- 28 overgangar, som mellom barnehage, skule og sjølvstendig bustad.
- 29 • Få system og rutinar for å sikra brukarmedverknad.

30

31

1 4.5 Legetenesta

2 *Status:*

3 Austevoll legesenteret er eit kommunalt drevet fastlegekontor for 6 leger og legevakt. Dette skil seg
4 ut frå dei fleste andre kommunane i Norge som vert drivne som private verksemd. Det er 3
5 årsverk sjukepleiarar som arbeider saman med legetenesta. Legetenesta består av fastlegeverksemd,
6 sjukeheimslege, helsestasjon- og skulelege og kommuneoverlege. Alle desse rollane er involvert i
7 habilitering og rehabiliteringsarbeidet i kommunen.

8 Fastlegenes diagnostisering, oppfølging og behandling av personar med funksjonsnedsettingar
9 og kroniske sjukdommar er ein viktig del av det samla kommunale helsetilbodet. Dei fylgjer opp
10 menneske i alle aldersgrupper og er ein medisinskfagleg koordinator. Dei fangar opp behov for
11 habilitering og rehabiliteringsbehov og tilvisar til naudsynste tenestar. Dersom pasienten er på pleie-
12 og omsorgssenteret vil det vere sjukeheimslegen som får den sentrale rolla i rehabiliteringa.
13 Helsestasjonslege og skulelege er ofte sentral i arbeidet med å oppdaga og utreda medfødde
14 tilstandar og tilstandar som kjem i barneåra som krev rehabilitering eller habilitering. Det kan vere
15 tilvising vidare til spesialisthelsetenesta eller til fastlegen som har ansvar for vidare oppfølging.
16 Kommuneoverlegen har også ein sentral rolle i kommunal planlegging, samordning av
17 helsetenestane, fagleg kvalitet på tenestane og syt til at tenestane jobbar saman mot felles mål.

18

19 *Utviklingstrekk:*

20 Også denne tenesta merkar dei generelle utviklingstrekk i befolkninga. Med fleire eldre, fleire med
21 livsstilsrelaterte sjukdommar, kroniske lidingar, fleire som overlever alvorleg sjukdom og ulykker,
22 fylgjer det auka arbeidsoppgåver for legetenesta.

23

24 *Utfordringar:*

- 25 • Fastlegen treng å bli involvert tidleg i heile habilitering og rehabiliteringsprosessen, også
26 ansvarsgruppemøter og individuell plan.
- 27 • Manglande oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstenestane som ytast i kommunen til
28 ein kvar tid og tilvisningsrutiner til desse.
- 29 • Sjukeheimslegen opplev i liten grad å vere delaktige i planlegging og samarbeid av
30 rehabilitering på avdelingane.

- 1 • Lite struktur i pasientforløpet for dei pasientane med rehabiliteringsbehov.
- 2 • Kommuneoverlegen treng å vita dei ulike tilboda helsetenesta har til ein kvar tid.
- 3 • Kommuneoverlegen treng å bli involvert og få informasjon om dei nye planane som gjerast
- 4 innan helse- og omsorg i kommunen.

5
6

7 *Dette løyser me med:*

- 8 • Utgreie behovet for eit lærings- og mestringscenter og eventuelt eit primærmedisinsk team
- 9 får å betre tilbodet til dei kronisk sjuke.
- 10 • Kartlegga om det kan nyttast ein betre modell for oppstart og gjennomføring av
- 11 rehabilitering.
- 12 • Kartlegga korleis med kan få til eit meir heilskapleg rehabiliteringsforløp ved institusjon med
- 13 felles rutinar for gode undersøkingar i starten, klare målsettingar saman med
- 14 pasient/pårørande, oppfølging undervegs, ny undersøking og evaluering ved slutt

15
16



17
18 illustrasjonsfoto



19
20
21
22 illustrasjonsfoto HELFO

1 4.6 Helsestasjon og skulehelsetenesta

2

3 *Status:*

4 Helsestasjonstenesta er eit lovpålagt lågterskeltilbod for alle barn frå 0-6 år og skulehelsetenesta for
5 born og unge i skulealder. Helsestasjon og skulehelsetenesta er ein del av kommunens
6 helsefremjande og førebyggjande arbeid. Tenesta har 5 stillingar, kor 2 arbeidar med born frå 0-5 ,
7 og 3 arbeider på skule. I tillegg er det nå 80% stilling i prosjektmidlar (barn og unge med overvekt).

8 I tillegg til å gjennomføre rutinemessige kontrollar av vekt og lengde, vaksinasjon og samtalar med
9 born og foreldre er helsesøstrene sentrale i habilitering og rehabilitering av dei fleste born og unge i
10 kommunen. Helsestasjonen har ei sentral rolle når ein familie kjem heim med eit born med
11 funksjonsnedsettingar eller ulike type diagnoser.

12 På prosjektmidlar er det satt i gong eit tettare samarbeid med barnehagane i kommunen for å sikre
13 at born mellom 2-6 år med ekstra behov skal få avdekka eventuelle rehabiliterings og
14 habiliteringsbehov. Dette er eit alderstrinn kor helsestasjonen ikkje har faste møtepunkt med borna
15 samstundes som at bornas utvikling er stor. Dette er eit sårbart punkt i tenesta og det trengs å
16 sikrast.

17 Barn og unge med overvekt og fedme er ei stor utfordring i kommunen og det arbeidast ved hjelpe av
18 prosjektmidlar til «god helse- felles ansvar». Dette er eit samarbeidsprosjekt med
19 fysioterapiavdelinga og er både førebyggjande og rehabiliterande for den einskilde deltakar.

20

21 *Utviklingstrekk:*

22 Helsestasjon og skulehelsetenesta er i nærleiken av barnets eller ungdommens miljø anten ved
23 helsestasjon, barnehagane eller skulane. Tenesta fylgjer stadig med på utviklinga til borna og
24 ungdommane i kommunen og set i gong tiltak der dei ser det naudsynt og har ressursar til. Stadig
25 fleire barn og unge får bistand frå helsestasjonen. Det er fleire med psykiske problem og fleire med
26 overvekt og fedme. Det er samstundes vanskeleg å få alle som treng hjelp til å nytta seg av dei ulike
27 tenestane.

28

29

1

2 *Dette løyser me med:*

- 3 • Fortsette satsing på samarbeide mellom barnehage og helsestasjon for å sikre alle
- 4 aldersgruppene før skulealder. Kartleggja framtidig behov for dette.
- 5 • Fortsatt satsing på tiltak retta mot overvekt hos barn og unge gjennom prosjekt og
- 6 kartlegging av framtidig behov for dette.
- 7 • Stadig vere tilstade for å fylgje på utviklinga av born og unge og sette inn aktuelle tiltak.
- 8 • Sikra at born og unge med psykiske lidingar vert inkludert i tenestetilbodet og inkludera
- 9 Opptappingsplan for rusfeltet 2016-2020 som eit systematisk verktøy for kommunen.

10

11

12 **4.7 Krefttkoordinator**

13

14 *Status:*

15 I Noreg vert det diagnostisert 30 000 nye krefttilfelle i 2012 (16 500 menn og 13 500 kvinner) (fhi.no).
16 Talet på krefttilfelle hos menn forventast ei auke med 14 %, 11 % berre grunna endringar i
17 befolkningssamansetninga. Og ei auke med 10 % hos kvinner, kor 6 % gjeld berre på grunn av
18 befolkningssamansetninga. Talet på nordmenn som har overlevd eller lever med si kreftsjukdom har
19 auka kraftig dei siste åra. Austevoll kommune har dei same utfordringane som landet elles med dei
20 auka førekomstane. Austevoll kommune har ein 20% krefttkoordinatorstilling. Talet på krefttilfelle er
21 aukande og er større enn det denne stillinga kan omfamna. Det er ingen private aktørar innafør
22 fagfeltet, men heimesjukepleia hjelper dei aller sjukaste i heimen. Aleris Omsorg har eit
23 palliasjonsrom til disposisjon.

24

25 *Utviklingstrekk:*

26 Stadig fleire treng hjelp i forhold til sin kreftsjukdom. Det er også fleire pårørande som motteke hjelp
27 når deira næraste går inn i eit sjukdoms- og rehabiliteringsforløp. Dette er ein stor pasientgruppe
28 med stor variasjon av hjelpebehov. Fleire av dei dårligaste skal også få god behandling i heimen og
29 dette krev mykje koordinering opp mot spesialisthelsetenesta og ofte heimesjukepleia.

1 Støttesamtaler og veiledning opp mot NAV og dei andre kommunale tenestane kjem i tillegg. Fleire
2 overlever i dag kreftsjukdom og treng rehabilitering retta inn mot ein ny kvardag og tilbake til
3 arbeidslivet. Kommunens koordinatorstilling på 20% har ikkje vore auka sida opstart 2010 og grunna
4 auka behov i kommunen er tilbode i dag noko begrensa.

5

6 *Dette løyser me med:*

- 7 • Kartleggja behova innan kreftforløpet i kommunen.
- 8 • Satsa på førebyggjande og helsefremmande arbeid i kommunen.

9

10



11

12

13 **4.8 Psykisk helse og ruskoordinator**

14 Psykisk helsearbeid i Austevoll kommune er retta mot menneske med psykiske lidingar og
15 konsekvensar av desse hos den einskilde, deira familie og nettverk. Den psykiatriske tenesta
16 samarbeide tett med ruskoordinatoren. Den pågåande opptrappingsplan for habilitering og
17 rehabilitering omfattar hovudsakleg personar med somatiske lidingar, og psykiatri og rus har egne
18 planar. I tillegg til kommunens ruspolitisk handlingsplan 2012-2016, er det en nasjonal
19 opptrappingsplan for rusfeltet (2016-2020). Habilitering og rehabilitering av barn og unge med
20 psykiske helseutfordringar inngår i denne nasjonale strategien. Likevel bør psykisk helse og
21 ruskoordinator nemnast i denne planen sidan dei arbeider med rehabilitering og habilitering i stor
22 grad. Fleire av deira brukarar har kombinerte problemstillingar, både somatiske, psykosomatiske,
23 sosiale og psykiske lidingar. Kommunen er pliktig til å gje denne brukargruppa eit godt habilitering og
24 rehabiliteringstilbod. Samarbeid mellom psykisk helse og ruskoordinator med dei andre tenestane er

1 naudsynt for å sikre eit heilheitleg tilbod. Visar til ruspolitisk handlingsplan 2012- 2016 som er under
2 rullering, 2017-2021.

3 Det bør avklarast om det er behov for eit tettare samarbeid i vidare planarbeid retta mot
4 rehabilitering – og habilitering når opptappingsplan for rusfeltet 2016-2020 ligg føre. Dette med
5 spesielt med tanke på barn – og unge med psykiske lidningar. Det vert naudsynt å sikra at deira behov
6 ikkje vert gløymt i dei vidare tiltaksplanane innan habilitering og rehabilitering.

7

8 **4.9 NAV**

9 *Status:*

10 NAV kontoret i Austevoll har ein kommunal seksjon og ein statlig seksjon. Den kommunale seksjonen
11 har hovudvekt på oppfølging og arbeidsretta aktivitet. Dei gjer økonomisk sosialhjelp med
12 mellombels stønad til livsopphald, mellombels butilbod ved naudssituasjon,
13 kvalifiseringsprogrammet med opplæring, arbeidstrening og oppfølging for å returnere til arbeid og
14 arbeidsretta aktivitet. Dei gjer økonomisk rådgjeving og gjeldsrådgjeving. NAV har og ei
15 flyktingtenesta retta mot nye flyktingar i kommunen. Arbeidsinnvandrara med særskilde behov
16 får hjelp etter gjeldande retningslinjer hos NAV.

17 I dag blir NAV kopla på for seint i tverfaglege saker. Konsekvensen er at brukarane får manglande
18 stønadsordningar, veiledning og hjelp. Det er ikkje klare retningslinjer mellom NAV og helse- og
19 omsorgstenesta i Austevoll kommune. Me ser at det hadde vore nyttig med eit tettare samarbeid og
20 erfaringsutvekslingar mellom NAV, ergo- og fysioterapitenesta og KE. Samarbeidet mellom psykisk
21 helse, rus og legetenesta er meir etablert.

22 Dei samansette behova og brukaranes auka bruk av ulike tenester gjer det vanskeleg for tenesta å
23 fylgja pasienten. Spesielt for brukarar som er nye, har psykosomatiske og samansette lidningar eller
24 har kroniske muskel- og skjelettlidningar.

25 *Utviklingstrekk:*

26 Stadig fleire blir i dag langtidssjukemeldte eller får støtte i frå NAV sine tenester. Fleire treng
27 arbeidsretta tiltaka samtidig som rehabilitering hos ergoterapeut, fysioterapeut, logoped eller andre
28 aktuelle teneste.

29 *Dette løyser me med:*

- 1 • Kartleggja behov for samhandlingsrutinar og samhandlingsarenaer mellom NAV og dei ulike
2 kommunale helsetenestane.
- 3 • Tilby fleire av brukarane tilbod om individuell plan og koordinator.

4

5 **4.10 Logopeditenesta**

6 *Status:*

7 Me har i dag ingen tilsett logoped i kommunen.

8 *Utviklingstrekk:*

9 Stadig fleire overlever alvorleg sjukdom og skade og må leve med ulike kognitive og/ eller
10 funksjonelle nedsettingar som hindrar tale, språk og kommunikasjon med andre menneske.
11 Menneske med nedsett funksjonsevne og/eller utviklingshemming har også stort behov for logoped
12 og spesialpedagog for å opplæring og trening av ulike kommunikasjonsmetodar over lengre tid og
13 gjennom fleire livsfasar. Kommunen er også i vekst og har påfølgande vekst av barn og unge som
14 treng hjelp frå PPT og logopedi.

15

16 *Dette løyser me med:*

17 Sikra tilbod om kognitiv habilitering og rehabilitering og logopedi i kommunen etter lov og forskrift.

18

19 **4.11 Folkehelse og frivillighet**

20

21 Austevoll kommune har ein folkehelsekoordinator og ein frivillighetskoordinator. Dei er ikkje knytt
22 direkte opp mot habilitering og rehabiliteringstenesta, men har sitt virke opp mot førebygging og
23 folkehelse. Folkehelsekoordinatoren har som hensikt å vere eit bindande ledd mellom helsevesenet
24 og leiinga i kommunen. Ved å bruke folkehelsekoordinator til samhandling på tvers av sektorar kan
25 det bidra til betre folkehelse i kommunen.

26 I eit folkehelseperspektiv er helsefremming eit viktig aspekt innan habilitering og rehabilitering av
27 brukarar i helsesystemet. Det helsefremmande arbeidet tek ikkje utgangspunkt i sjukdom og
28 risikofaktorar, men heller i dei faktorane som kan styrke ressursane for god helse. Helse betraktas
29 ikkje som eit mål, men heller som eit middel til å oppnå andre ønskverdige mål, og det blir lagt like
30 stor vekt på prosessen undervegs som på resultatane. På denne måten kan me arbeida mot eit

1 samfunn som kan takla dei store utviklingsproblema med auka levealder og større andel menneske
2 som lever med funksjonsnedsettingar og kroniske helseproblem.

3 Eit virkemiddel i det helsefremmande arbeidet er frivilligheita. Frivillig arbeid kan i seg sjølve vere
4 helsefremmande for aktørane, men har også ein stor gevinst for helsesektoren. Folkehelseloven §4
5 fastslår at kommunane har eit ansvar for folkehelsearbeid og at kommunen samarbeider med frivillig
6 sektor. Eit godt samarbeid mellom offentleg sektor og sivilsamfunnet er sentralt for ein god
7 samfunnsutvikling.

8 Folkehelse- og frivilligheitskoordinator bør takast inn i planar og samarbeid for tidleg innsats, med
9 fokus på helsefremming og meistring av brukaranes helsetilstand. Dei bør også bidra som
10 samarbeidspartnarar for mange av dei nye arbeidsoppgåvene me blir pålagde innan
11 rehabiliteringsfeltet. Samhandlinga med desse to aktørane kan eksempelvis skje via eit Lærings- og
12 mestringscenter (LMS), eit frisklivstilbod, ein frivillighetssentral og i støttekontaktordninga.

13

14 **5. Samhandling- vegen til opprusting**

15

16 Framtidas kommunale helsetilbod står under store økonomiske og ressurskrevjande oppgåver som
17 må løysast. Samhandling på tvers av fag og sektorar blir naudsynt for å kunne drifta eit berekraftig
18 tilbod som kan nå ut til alle som treng det. Det vil verta behov for nytenking og omorganisering på
19 ulike områder for å kunne innfri dei lovar og føreskrifter som ligg føre. Kommunen har behov for god
20 informasjonsflyt mellom tenestane og mellom tenestane og brukarane. For å kunne tilby betre
21 tenestar, sikra inspirerande arbeidsplassar og ikkje minst trygga pasientforløpa har alle nytte av betre
22 samhandlingsrutinar. Saman kan det vere enklare å finne løysingar og gode tiltak som er meir
23 målretta mot den einskilde brukar eller brukargrupper.

24 Samarbeid mellom kommunane og spesialisthelsetenesta om ei heilskapleg og kvalitetssikra
25 behandlingsforløp, har vore dei sentrale måla med samhandlingsreforma. Her har me i dag også
26 utfordringar med tanke på dei sjukaste som skal heim til eit tilpassa rehabiliteringstilbod. Dette krev
27 god samhandling mellom spesialisthelsetenesta og innan dei ulike helsetenestane som blir involvert.
28 Det bør utgreiast vidare om det skal leggjast meir ressursar til for å etablere enda tettare band og
29 retningslinjer for denne type pasientgrupper mellom spesialisthelsetenesta og Helse-servicekontoret,
30 og mellom dei kommunale helsetenestane og Helse-servicekontoret.

1 Spesialisthelsetenesta skal sørge for naudsynt undersøkning og utredning av brukarar med behov for
2 habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetenesta. Tilsvarande skal kommunen sørge for at alle
3 som opphalde seg i kommunen tilbyds naudsynt utredning og oppfølging ved behov for sosial,
4 psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering (ibid).

5 Avklaring av ansvars og oppgåvedeling mellom kommunane og spesialisthelsetenesta på
6 rehabiliteringsområdet er på plass i føreskrifter og tenesteavtaler. Meir detaljert omtala i forskrift om
7 habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator, Helseidrettsdirektoratets rapport IS-1947 og
8 tenesteavtale 2 (saman.no).

9 Samhandling mellom dei førebyggjande tenestane og dei habiliterande og rehabiliterande tenestane
10 vil på sikt vere ein ny plattform i denne kommunen som vil kunne styrka begge partar til beste for
11 innbyggjarane i kommunen. Dette for å kunne styrke og tydeleggjere at kommunen søker eit
12 heilskapelege og differensierte tenestetilbod.

13

14

15

16



17

1 Vedlegg 1

2

3 Habilitering og rehabilitering

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

8 Ordet habilitering har vore mest nytta om barn og vaksne med medfødte eller tidlig erverva
9 funksjonsnedsettelse. Rehabilitering er vanlegvis retta mot tilstander som er erverva eller har
10 oppstått seinare i livet (HOD, Opptreppingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)).

11 For mange pasientar og brukarar er rehabilitering ein livslang prosess. Dei vil oppleve
12 funksjonsmeistring og forverring som gjer at dei treng habilitering og rehabilitering gjennom heile
13 livsløpet. Regjeringa ynskjer derfor å endra definisjonen på rehabilitering, som i dag visar til
14 tidsavgrensa prosessar (ibid).

15

16 Øvrige begreip

17 *IP:* Individuell plan er ein plan som visar mål, ressursar og behov for personar som treng langvarige
18 og koordinerte helsetenester. Brukaren sjølv skal vere delaktige i utarbeidinga av planen og
19 brukers behov settast i sentrum. Formålet er å sikra eit heilskapleg habilitering og
20 rehabiliteringsforløp.

21 *Koordinator:* Koordinator er ein tenesteytar som skal sikra naudsynt oppfølging og samordning av
22 tenestetilbodet og framdrift i arbeidet med individuell plan. Koordinator blir valt i forbindelse med
23 individuell plan, men skal også tilbyds om vedkommande takkar nei til individuell plan. Formålet med
24 koordinator er det same som for individuell plan.

25 *Kvardagsrehabilitering:* Kvardagsrehabilitering er eit tilbod til menneske som har opplevd eit
26 funksjonsfall som følgje av sjukdom eller skade. Dei får intensiv oppfølging og trening frå ein
27 fysioterapeut og ein ergoterapeut for å klara dei daglege gjeremåla igjen, slik at dei kan bu heime
28 og leva eit godt og aktivt liv så lenge som mogleg. Dette er eit samarbeidsprosjekt mellom ergo- og
29 fysioterapitenesta i Austevoll kommune.

- 1 *Velferdsteknologi*: Omfattar alle typar teknologi som har eit brukarperspektiv og som mål å auka
- 2 omsorgskapasiteten og betre kvaliteten av helse- og omsorgstenestane. Bruk av denne type
- 3 teknologi skal gi auka sjølvstende og verdighet for brukarane.

4

1 Referanseliste

2

3 Fhi.no: <https://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=1244&sp=1&PDFaar=2017>

4 HelseDirektoratet : [https://helseDirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-](https://helseDirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator)
5 [plan-og-koordinator](https://helseDirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator)

6 Fylkesmannen i Hordaland: [https://www.fylkesmannen.no/nn/Hordaland/Tilskot/Tilskot-til-styrking-](https://www.fylkesmannen.no/nn/Hordaland/Tilskot/Tilskot-til-styrking-av-habilitering-og-rehabilitering-i-kommunane/)
7 [av-habilitering-og-rehabilitering-i-kommunane/](https://www.fylkesmannen.no/nn/Hordaland/Tilskot/Tilskot-til-styrking-av-habilitering-og-rehabilitering-i-kommunane/)

8 Helsetilsynet: [http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Hordaland/2017/Austevoll-](http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Hordaland/2017/Austevoll-kommune-tenestar-til-personar-med-utviklingshemming-2017/)
9 [kommune-tenestar-til-personar-med-utviklingshemming-2017/](http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Hordaland/2017/Austevoll-kommune-tenestar-til-personar-med-utviklingshemming-2017/)

10 Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019):

11 [https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/NO/SVED/Opptra-](https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/NO/SVED/OpptappingsplanRehabilitering.pdf)
12 [ppingsplanRehabilitering.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/NO/SVED/OpptappingsplanRehabilitering.pdf)

13 Samhandlingsreforma:

14 [https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200-](https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf)
15 [820090047000dddpdfs.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf)

16 Primærhelsemeldinga:

17 [https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201-](https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf)
18 [420150026000dddpdfs.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf)

19 Opptappingsplan for rusfeltet 2016-2020:

20 [https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMVE/Helse%20og%20omsorg/Opptrappi-](https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMVE/Helse%20og%20omsorg/Opptappingsplan%20for%20rusfeltet%20presentasjon%2012.%20februar%202016.pdf)
21 [ngsplan%20for%20rusfeltet%20presentasjon%2012.%20februar%202016.pdf](https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMVE/Helse%20og%20omsorg/Opptappingsplan%20for%20rusfeltet%20presentasjon%2012.%20februar%202016.pdf)

22

23

24

25

26