A decorative border with a repeating geometric pattern of interlocking squares and lines, framing the entire page.

# Plan for Friskliv Habilitering Rehabilitering og Koordinerende enhet

**Vedtatt av Kommunestyret 29.10.18**

# Innhold

Innhold.....	2
Innledning.....	3
Mål med planen.....	4
Hvem gjelder planen for .....	4
Sentrale begreper.....	4
Helhetlige og koordinerte forløp.....	5
Tilbud innen forebyggende helsetjenester .....	6
Tilbud for barn og unge .....	8
Tilbud til voksne.....	8
Behov og muligheter innen planområdet.....	9
Prioriterte områder .....	9
Tidlig og treffsikker innsats.....	10
Samhandling om helhetlige og koordinerte forløp .....	11
Kompetanse.....	12
Tiltak .....	14
Vedlegg.....	16

## Innledning

Dette er revidering av Plan for rehabilitering, selvstendighet, mestring og funksjonsforbedring i Modum kommune som ble vedtatt i 1994 og revidert i 1997. Denne ble bestemt revidert i 2010 i forbindelse med utarbeiding av Helse- og omsorgsplan 2015 og på ny nå i 2018. Plan for friskliv, habilitering, rehabilitering og koordinerende enhet skal fungere som en egen plan, samt delplan til [Helse og velferdsplan for Modum kommune 2017 - 2010](#). [Strategidokument for barn og unges oppvekstvilkår i Modum](#) er med å danne grunnlag for planen.

Aktuelle styringsdokumenter er:

[Meld. St. 26 \(2014-2015\) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet](#)  
[Meld. St. 15 \(2017–2018\) Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre](#)  
[Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator,](#)  
[Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#)  
[Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019](#)  
[Veileder for kommunale frisklivssentraler](#)  
[Oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#)  
[Barn og unge med habiliteringsbehov](#)

Planarbeidet har konsentrert seg om utfordringer og muligheter i tjenesten, samt revidering av allerede eksisterende plan. I forbindelse med opptrappingsplanen for rusfeltet 2016-2020 vil det komme en egen kommunal plan. Det avgrenses derfor mot denne planen. I forbindelse med planarbeidet har det vært kalt inn til tre dialogmøter med råd og organisasjoner, hvor overordnede utfordringer ble diskutert for å komme fram til gode formuleringer for målene i planen. Referat fra siste dialogmøte legges som vedlegg.

Følgende har deltatt i arbeidet:  
Rådet for likestilling av funksjonshemmede  
Eldrerådet  
Innvandrerrådet  
LHL  
Diabetesforbundet

Arbeidsgruppen har bestått av:  
Birte Elén Sætrang, Frydenberg (leder arbeidsgruppen)  
Jorunn Killingstad, Frisklivssentralen  
Wencke Aase, Ergo/fysioterapiavdelingen  
Aase Kristin Andreassen, Hjemmetjenesten/hverdagsmestring  
Hilde Øverby, Helsestasjon  
Hilde Glesne, Koordinerende enhet  
Jeanette Smedsrud, Saksbehandlerenheten

## Mål med planen

Planen skal gi en oversikt over bakgrunn, lovverk og tjenestetilbud vi har i dag, samt antatt behov for tjenester framover (se [Helse og velferdsplanen](#)). Planen skal også angi retning for videre arbeid i tjenestene og tydelige prioriteringer.

## Hvem gjelder planen for

Planen gjelder tjenestetilbudet til innbyggere i Modum med medfødt eller ervervet funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom, og for personer som står i fare for å utvikle dette. Målgruppen omtales som bruker / pasient / person. Såfremt ikke annet er spesifisert vil det som beskrives gjelde alle i denne målgruppen, uavhengig av alder. I tillegg gjelder planen for innbyggere i Modum som har økt risiko for eller allerede utviklet sykdom relatert til levevaner og som har behov for hjelp til å endre vaner eller mestre helseutfordringer. Pasientens og brukers behov, ressurser og mål skal være utgangspunktet for tiltak og tjenester i en habiliterings- og rehabiliteringsprosess. Tjenestene må tilpasse sine bidrag ut fra hva pasient og bruker definerer som sine mål. Dette stiller krav til individuell tilnærming og høy grad av pasient- og brukermedvirkning på individ og systemnivå.

## Sentrale begreper

### Brukermedvirkning

Med brukermedvirkning menes at brukere av tjenester eller de som berøres av en beslutning, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet. Brukermedvirkning vektlegger individuelle egenskaper, menneskets egenverd og muligheten til å styre sitt eget liv. Brukermedvirkning er en relasjon, et forhold mellom to eller flere parter. Brukere kan ikke drive medvirkning alene, det må skje i samhandling med en annen part. Samtidig er det rimelig å kreve at denne samhandlingen skal ha en virkning, at den får konsekvenser. ([Helsenorge.no](http://Helsenorge.no))

### Friskliv

Fremme helse, forebygge eller begrense utvikling av sykdom gjennom å gi støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Oppmerksomheten rettes mot friskfaktorer for helse og livskvalitet.

### Habilitering og rehabilitering

Definisjonen av sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering følger av [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3](#): «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». Helsedirektoratet 2018

Forskjellene mellom habilitering og rehabilitering kommer primært til uttrykk i de utøvende tjenestene, hvor det først og fremst skiller mellom målgrupper. Brukere og pasienter med behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse. Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander som er ervervet senere i livet. Ulikheter i metodisk tilnærming kan grovt inndeles i ny-læring og re-læring. Helsedirektoratet.

### **Hverdagsrehabilitering**

Hverdagsrehabilitering representerer en ny måte å tenke opptrening og rehabilitering på. Istedenfor å tilby brukere med funksjonssvikt kompenserende og passiviserende tiltak, vil de få et skreddersydd rehabiliteringstilbud med mål om bedre mestring av dagligdagse gjøremål. Et tverrfaglig team veileder og tilrettelegger for aktiviteter som er satt ut fra brukerens egne ressurser. Spørsmålet som stilles er; «hva er viktig for deg?» Hverdagsrehabiliteringen skal bevare, vedlikeholde og styrke brukerens funksjonsnivå og helse, og dermed utsette mer omfattende pleiebehov.

Hverdagsrehabilitering representerer en ny måte å tenke opptrening og rehabilitering på

### **Velferdsteknologi**

Velferdsteknologi er en fellesbetegnelse på tekniske installasjoner og løsninger som kan bedre den enkeltes evne til å klare seg selv i egen bolig, og bidra til å sikre livskvalitet og verdighet for brukeren. I følge det [nasjonale velferdsteknologiprogrammet](#) er det et mål at alle kommuner skal ha tatt i bruk velferdsteknologi innen 2020. Morgendagens eldre vil ha andre forventninger og krav til helsetjenester enn dagens brukere, og det antas at det ikke vil være nok ansatte til å utføre arbeidsoppgavene på samme måte som i dag. For eksempler på velferdsteknologi, se [denne lenken](#)

### **Samhandling**

Samhandling er uttrykk for helse og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte ([St. meld 47. Samhandlingsreformen.](#))

### **Forløp**

En helhetlig og sammenhengende beskrivelse av pasienters/brukers kontakt med de ulike delene av helsevesenet. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en koordinert måte for å møte pasientens ulike behov.

### **Universell utforming**

Universell utforming er å utforme produkter og omgivelser på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpassing og en spesiell utforming. Her er en video som forklarer [universell utforming](#).

## **Helhetlige og koordinerte forløp**

For å sikre gode helhetlige og koordinerte forløp er det nødvendig med samarbeid mellom mange instanser. Disse instansene kan være Nav, spesialisthelsetjenesten, private helsetjenester, organisasjoner og foreninger m.fl.

**NAV-kontoret** har som mål å gi kommunens innbyggere mer helhetlig tjenester, bidra til sosial og økonomisk trygghet, samt fremme overgang til arbeid og aktivitet.

**Fastlegen** er en sentral person i samarbeidet med andre relevante tjenesteytere om egne pasienter. Fastlegen har ansvar for koordinering av de medisinskfaglige tjenester, men ikke tjenester som omfattes av spesialisthelsetjenesten.

Selvstendig næringsdrivende **fysioterapeuter** med driftstilskudd gir fysioterapitilbud til alle hjemmeboende pasienter. Fysioterapi er et grunnleggende tilbud til innbyggerne og det gjensidige samarbeidet er viktig innen habilitering og rehabilitering.

**Spesialisthelsetjenesten** har ansvar for sykehus, regionale og nasjonale institusjoner samt ambulansetjenesten. I tillegg til behandling og veiledning i forhold til enkeltpersoner samhandles det med spesialisthelsetjenesten på systemnivå for å forbedre tjenestetilbud og organisering.

Det finnes mange **organisasjoner og foreninger** som bidrar med helsetjenester, forebyggende arbeid og generell folkehelse. Eksempler på dette er LHL, Blindeforbundet, Røde Kors, Mental helse, Pensjonistforbundet og mange fler.

For å sikre gode helhetlige og koordinerte forløp er det nødvendig med samarbeid mellom mange instanser

Kommunens [saksbehandlerenhet](#) og [Koordinerende enhet](#) er viktige bidragsytere for å sikre helhetlige og koordinerte forløp. Saksbehandlerenheten svarer på spørsmål, gir veiledning, tar imot og behandler søknader om helse- og omsorgstjenester, hvor fokusområdene er ressurskartlegging, brukervedvirkning og hverdagsmestring. Målet er å finne gode løsninger som bidrar til at kommunens innbyggere i størst mulig grad blir selvhjulpne og kan bo hjemme lengst mulig. Koordinerende enhet skal ha oversikt over og bidra til helhetlige og koordinerte tilbud til pasienter og brukere med behov for habilitering og rehabilitering. De skal være et kontaktpunkt for eksterne og interne samarbeidsparter som spesialisthelsetjeneste, skole, barnevern, helsestasjon, fysio/ergo, PPT, NAV og andre. Koordinerende enhet har et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og har ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

### **Koordinator og individuell plan**

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal kommunen tilby koordinator og individuell plan ([se informasjon om individuell plan her](#)). Koordinator skal sikre nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet. Initiativet til å få laget en individuell plan kan komme fra brukeren selv eller pårørende, men hovedansvaret for å utarbeide individuelle planer ligger i tjenesteapparatet.

### **Tilbud innen forebyggende helsetjenester**

Formålet med tilbud innen forebyggende helsetjenester er å fremme fysisk og psykisk helse og forebygge eller begrense utvikling av sykdom.

### **Frisklivssentralen**

Personer som har behov for å forebygge sykdom og mestre helseutfordringer kan få hjelp til dette. Frisklivssentralen er en forebyggende helsetjeneste, med særlig kompetanse innen hjelp til å endre vaner knyttet til fysisk aktivitet, kosthold, søvn, snus- og røykeslutt. Frisklivssentralen gir individ- og grupperettede tilbud til personer som har

risiko for, eller allerede har utviklet sykdom relatert til levevaner. Brukermedvirkning, oppmerksomhet på friskressurser og mobilisering av egne ressurser for helse vektlegges. Frisklivssentralens tilbud skal bidra til at brukeren opplever helhetlige, sammenhengende tjenester. Tilbudet benyttes i rehabiliterings- eller habiliteringsforløp for å forebygge eller begrense sykdom. Frisklivssentralen har oversikt over, og kjennskap til, lokale tilbud og leder brukere videre til disse når det er aktuelt.

For å styrke egenmestringen er det viktig å utvikle felles forståelse knyttet til hva slags hjelp bruker skal motta fra helsetjenesten, og hvordan bruker best kan rustes til å mestre så mye som mulig selv

### **Fritid123.no**

Det er utviklet en nettside med oversikt over alle organiserte fritidsaktiviteter. Nettsiden [www.fritid123.no](http://www.fritid123.no) gjør det enkelt for innbyggere og ansatte å finne fritidsaktiviteter i Modum, Sigdal og Krødsherad. Søkefunksjonen gjør det enkelt å søke opp fritidsaktiviteter ut i fra alder, sted og interesse, kostnader og tilrettelegging for funksjonshemmede. Lag og foreninger kan enkelt [legge inn aktiviteter](#) selv.

### **Lærings- og mestringstilbud**

Modum kommune har flere lærings- og mestringstilbud:

- «Vite mer om» er lærings- og mestringstilbud rettet mot pasienter, pårørende, ansatte eller de som bare ønsker å vite mer om ulike diagnoser, som for eksempel diabetes 2, kreft, kols, hjerte og kar, eller tema som søvn og smerter. Vite mer om arrangeres av Modum kommune i samarbeid med aktuelle brukerorganisasjoner. Frisklivssentralen og Frydenberg er ansvarlig for tilbudet og spesialisthelsetjenesten bidrar med innlegg. Frisklivssentralen har også tilbud om ulike lærings- og mestringkurs som bra mat kurs, søvnkurs, kurs i snus og røykeslutt, i tillegg til gruppetilbud innen fysisk aktivitet for voksne og eldre.
- Frydenberg kafé, og Café & Le gir dagtilbud innen fysisk aktivitet, sosialt samvær, ernæring, samt læring og mestring av dagliglivets aktiviteter.
- Annen hvert år avholdes seniorkonferanse hvor lokale tilbud blir presentert med fokus på hvordan en kan være sjef i eget liv så lenge som mulig.

### **Fritidskontaktordningen**

Barn, unge, voksne og eldre som trenger hjelp til deltakelse i kultur- og fritidsaktiviteter kan søke om fritidskontakt. Saksbehandlerenheten behandler søknader og innvilger eventuelt vedtak. Tjenesten organiseres som et gruppebasert tilbud eller en individuell ordning. Gruppene settes sammen på bakgrunn av brukerens alder, interesser, ønsker for fritidsaktivitet og funksjonsnivå, uavhengig av hvilken tjeneste brukeren tilhører.

[Fritid123.no](http://www.fritid123.no) er viktig verktøy i arbeidet med å bidra til at flere finner meningsfylte aktiviteter som passer for seg. Frisklivssentralen gir tilbud om kurs og samlinger for fritidskontaktene.

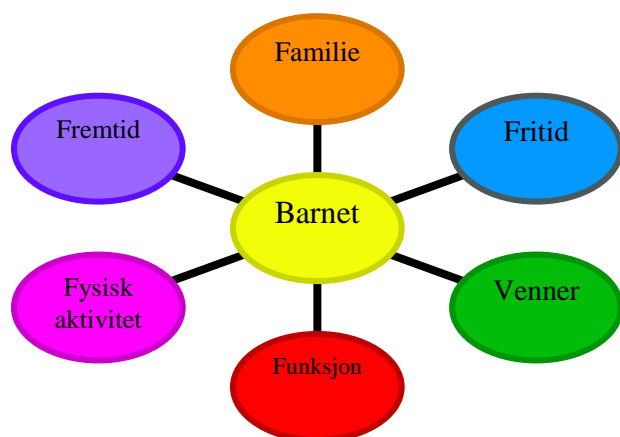
### **Informasjon om dagsentra**

Dagsenteret har som målsetting å bidra til økt livskvalitet og en meningsfylt hverdag. Dette skjer gjennom sosialt samvær, fellesskap, aktivitet og gode måltider. På kommunens nettsider er oversikt over dagsentrene i kommunen for barn/unge og eldre ([se link her](#)) og for de med utfordringer knyttet til psykisk helse og rus.

## Tilbud for barn og unge

### Habilitering

Brukere og pasienter med behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse og foregår ut i fra brukernes hjem og der brukerne oppholder seg. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten, kompetansesentre, private helsetjenester og de forskjellige etatene i kommunen står sentralt. Det finnes ikke et register som gir fullstendig oversikt over antall og omfang av brukere av habiliteringstilbud i kommunen. Habilitering krever et tett samarbeid med foreldre, barn og hjelpeapparat. Familiesentrert tilnærming er viktig. Med dette menes økt fokus på hva barnet får til og hva som gir et meningsfullt liv, framfor fokus på diagnose og forventet prognose. Fagressurser som fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykolog og logoped er viktige i dette arbeidet.



Figur 1 Nøkkelområder i barnets utvikling

### Helsestasjon/skolehelsetjeneste

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har fokus på universelle tilbud og oppfølging for alle barn og unge, samt deres foreldre. Helsestasjonen er også sentral i tverrfaglig samarbeid rundt barn og unge med funksjonsnedsettelse og/eller kronisk sykdom både i forhold til henvisning og oppfølging. I tillegg til individuell oppfølging deltar helsestasjon i ansvarsgrupper og arbeid med individuell plan. Tidlig innsats er viktig og prioriteres alltid.

## Tilbud til voksne

### Rehabilitering

Rehabilitering handler om å mestre livet der livet leves. Et rehabiliteringsopplegg tar derfor utgangspunkt i den virkeligheten brukeren møter når han eller hun er tilbake i hverdagen. Rehabilitering av brukere foregår primært i brukernes hjem og deres nærområde, tillegg til tilbud ved dagsenter, institusjoner. I arbeidet med rehabilitering er samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og private aktører sentralt.

### Hjemmebaserte tjenester og [hverdagsrehabilitering](#)

Hjemmebaserte tjenester som består av mestringsenhet, hjemmesykepleie og hjemmehjelp, arbeider spesifikt med hverdagsrehabilitering. De danner en forbindelse mellom behandlingseenheten og hjemmet. I samarbeid med brukeren er målet å utarbeide en helhetlig plan, som bygger på brukerens egne ressurser og interesser. Et team fra



hjemmebaserte tjenester gir tilbud om kartleggingsbesøk, råd, veiledning og forebyggende tiltak i en avgrenset periode.

### **Hjelpemidler og boligtilpasning**

Ergoterapeut og syns- og hørselskontakt jobber med hjelpemidler og boligtilpasning for hjemmeboende voksne i kommunen. De skal blant annet søke på og tilpasse hjelpemidler og gi opplæring og drive oppsøkende virksomhet. Hjelpemidler er et viktig ledd i rehabiliteringsprosessen. Hjelpemiddelteknikere leverer, reparerer og henter hjelpemidler samt deltar i boligtilpasning.

### **Rehabiliteringsenhet Frydenberg**

Frydenberg er kommunens rehabiliteringsenhet og gir dag- og døgntilbud om tverrfaglige rehabiliteringstjenester for voksne. Brukeren utarbeider individuell rehabiliteringsplan sammen med lege, fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleiere og hjelpepleiere. Oppholdets varighet avgjøres ut fra den enkeltes rehabiliteringsplan og behov. Ergoterapeut, fysioterapeut og syns – og hørselskontakt fra Frydenberg gir også ambulante rehabiliteringstjenester i private hjem, på bo- og dagsenter og på sykehjemmet. Tjenestene består av kartlegging, veiledning/opplæring av annet personale samt operativ funksjon.

### **Tjenester innen rus og psykiatri**

Mestringsenheten, Geithus bo- og dagsenter, Geithusberga, Ludohuset samt hjemmetjenesten gir tilbud om rehabiliteringstjenester til personer med rus- og eller psykiatri-problematikk. Se [Plan for psykisk helse](#), [Rusmiddelpolitisk handlingsplan](#) og [Boligsosial handlingsplan](#).

## **Behov og muligheter innen planområdet**

### **Prioriterte områder**

- **Tidlig og treffsikker innsats**
- **Samhandling om helhetlige og koordinerte forløp**
- **Kompetanse**

Alle tjenester og tilbud skal utformes universelt og med brukerne. Det er behov for god struktur som sikrer brukermedvirkning på individ- og ikke minst på systemnivå. De ulike kommunale rådene må benyttes aktivt i utvikling og implementering av tiltak. Tiltak som settes i verk må i større grad evalueres.

## Tidlig og treffsikker innsats

For å forebygge mer for å reparere mindre, er det avgjørende med tidlig innsats. Dette betyr tidlig innsats i forhold til både sykdomsforløp og alder. I dette arbeidet fremheves viktigheten av samhandling og kvalitet på de universelle tilbudene i kommunen. God kvalitet på disse reduserer behovet for målrettede tilbud, og øker muligheten for å mestre livet. Når det er behov for målrettede tiltak, skal tiltakene være kunnskapsbaserte og så treffsikre som mulig, og de må iverksettes tidlig nok. Det skal alltid jobbes forebyggende. Figuren viser hvilken rekkefølge tiltakene skal gjøres. Det er viktig å kartlegge nettverket rundt brukeren og løse ut de ressursene som eventuelt ligger i dette nettverket. Språk, kultur og universelle tilbud bør prøves ut før individuelle, målrettede tiltak settes i gang. Velferdsteknologi kan gi flere muligheter hjemme, og dette må settes inn så tidlig så mulig, se helse og velferdsplanens mål 14.

Mål om tidlig innsats gjelder alle livsløp, og er uavhengig av alder.

Selvstendighet og aktivitet er viktig for trivsel og livskvalitet. Med utgangspunkt i brukernes egne ønsker, eget hjem og nærmiljø dreies kommunale tjenester mot forebyggende arbeid, mestring og rehabilitering.



Hverdagsrehabiliteringen skal bevare, vedlikeholde og styrke brukerens funksjonsnivå og helse, og dermed utsette mer omfattende pleiebehov

Det er behov for å sikre et enhetlig tjenestetilbud til brukere og pasienter uavhengig av bosted. For å få til dette er det nødvendig med en samorganisert hjemmetjeneste. Dette vil gi mer likeverdige helsetjenester, samt mulighet til å frigjøre og omfordele ressurser og kompetanse innad i tjenesten. Det er viktig at hverdagsrehabilitering blir en integrert del av hjemmetjenesten og at arbeidsmetoden implementeres i større grad i møte med bruker og i alle etatens tjenester.

Det er viktig at utsatte barn og unge blir oppdaget tidlig nok. Det er derfor behov for systematisk arbeid med identifisering, oppdagelse og oppfølging av barn, unge og foresatte. Gode generelle tiltak virker beskyttende for alle, også de som har behov for ekstra tiltak (se figur).

Flere innbyggere har sammensatte helseutfordringer. For å styrke egenmestringen er det viktig å utvikle felles forståelse knyttet til hva slags hjelp bruker skal motta fra helsetjenesten, og hvordan bruker best kan rustes til å mestre så mye som mulig selv. Denne forventningsavklaringen gjelder hos ansatte og bruker.



Tjenestetilbudet skal styrke brukerens egeninnsats for å vedlikeholde og forbedre funksjonsevne. De ansatte skal understøtte brukers læringsprosess og mestringsevne. Oppmerksomheten rettes mot friskressurser og selvstendigjøring i forhold til å ivareta egen helse.

Det er behov for å videreutvikle de kommunale lærings- og mestringstilbudene i takt med innbyggernes behov. Det er viktig å fortsette utvikling av diagnosenøytrale tilbud for å sikre god faglig kvalitet og bærekraft.

Frivillige og lag og foreninger er en viktig drivkraft i lokalmiljøet. Fellesskap, møteplasser og sosial aktivitet er viktig for å motvirke passivitet og ensomhet blant unge, voksne og eldre. De lokale tilbudene og mulighetene som finnes er synliggjort og informert om gjennom nettsiden [www.fritid123.no](http://www.fritid123.no). Det er i tillegg behov for å etablere mer målrettet og strukturert samarbeid og i større grad å engasjere frivillige personer som ressurs. Utvikling av rutiner og system for dette må utarbeides i tett samarbeid med aktuelle frivillige og på tvers av sektorer. Det er også behov for å synliggjøre fritidsaktiviteter for de som ikke bruker nettbaserte løsninger.

Det er nødvendig med struktur og systematikk som bidrar til at frivillige i større grad får mulighet til å bidra.

Før kommunen etablerer nye tilbud, må det ses på om aktiviteten kan knyttes til eksisterende tilbud i regi av frivillige lag og foreninger. Det bør også ses på muligheter for å legge til rette slik at frivillige enkeltpersoner og/eller frivillige lag og foreninger kan etablere og drifte tilbud.

Flere virksomheter har innledet samarbeid med private aktører. Det er behov for å samordne og strukturere samarbeidet med disse. Det er vesentlig at Modum kommune fremstår enhetlig i møte med de private aktørene. Dette for å sikre ryddighet, likeverdige tilbud og god ressursutnyttelse.

## **Samhandling om helhetlige og koordinerte forløp**

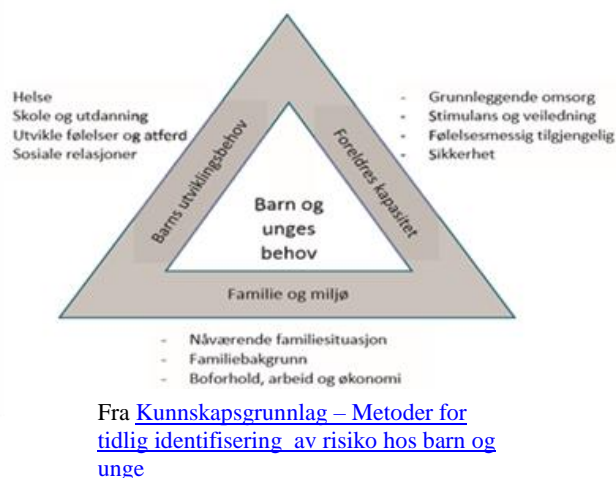
Dialog med bruker og samhandling mellom tjenestene er en forutsetning for et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Dette gjelder internt i kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Et godt kommunalt tilbud krever kontinuerlig evaluering av arbeidsformer og tilpasning av tilbudet både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Tjenestene må støtte opp under og utløse ressurser som ligger hos brukerne, deres familier og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet. Tjenestene må organiseres og innrettes slik at samhandling fremmes. Dette krever nye måter å jobbe for ansatte og det krever ytterligere involvering av bruker. «Hva er viktig for deg» og «hvordan kan du nå målet ditt» er sentrale spørsmål.

Hva er viktig for deg?

Det er behov for å utvikle gode pasientforløp slik at pasientene har en opplevelse av trygghet i overgangene mellom de ulike tjenestenivåene. For å sikre gode overganger er det viktig med rutiner som skaper denne tryggheten for å klare seg på egenhånd hjemme.

Hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi er viktige satsningsområde. Metodikken og arbeidsmåten innen hverdagsrehabilitering bør også implementeres i større grad i andre tjenester. Pasientforløp for voksne kan være: Hjemmeboende – Specialisthelsetjenesten – Frydenberg – Hjemme med Hverdagsrehabilitering – Hjemmetjeneste.

For barn og unge med nedsettelser og/eller kroniske sykdommer er det mange instanser som er inne til enhver tid, noe som setter ekstra store krav til god samhandling mellom foreldre, familien og kommunale tjenestetilbud. Barnets beste og barn og unges medvirkning må gjennomsyre kommunens saksbehandling, organisering og utforming av tilbud («[En oppvekst for livsmestring](#)»). For barn og unge er overganger mellom hjem-barnehage-grunnskole-videregående skole-arbeid sårbare og krevende perioder som må forberedes godt.



Det er et mål at spesialisthelsetjenesten og kommunen blir samstemte i tilbudet som kan tilbys. Et gap i forventninger skaper unødig frustrasjon for pasient og pårørende.

Brukere med sammensatte behov trenger tjenester på tvers av virksomheter og etater. De ulike fagpersonene er gjensidig avhengig av hverandre for å kunne møte utfordringene til brukers beste. Det er viktig å kjenne til hverandres rolle og arbeidsoppgaver. Bruker må tas aktivt med i forhold til de vurderinger som gjøres i løpet av prosessen og få tilstrekkelig kunnskap om de muligheter som finnes. Brukere og pårørende skal oppleve god informasjonsflyt og koordinering av tjenester gjennom forløpet.

God informasjonsflyt mellom tjenestene er sentralt for å få til et godt tilbud

I forhold til familier hvor noen har sammensatte behov må familien ses som en helhet. For å ivareta disse familiene er det viktig å utvikle og implementere koordinerende enhet som kommunens kontaktpunkt. Det blir viktig å utarbeide nye rutiner for samarbeid mellom tjenestene, slik at koordinerende enhet fungerer som et slikt kontaktpunkt. Dette innebærer en revidering av eksisterende samarbeidsmøter og tverrfaglige team.

## Kompetanse

I denne planen er fokus lagt vekt på tidlig og treffsikker innsats og samhandling om helhetlige og koordinerte forløp. Alle ansatte må ha kompetanse på disse områdene.

Tidlig og treffsikker innsats gjør at man kan bevare, vedlikeholde og styrke brukerens funksjonsnivå og helse, og dermed jobbe på lavest mulig omsorgsnivå. Dette gjelder både barn og voksne.

De fleste ønsker et liv med mestring og verdighet. Ved riktig kompetanse hos ansatte vil hjelp kunne gis på riktig tid, sted og nivå

Helhetlig tilnærming innebærer at fysisk og psykisk helse sees på i en sammenheng. Det får betydning for både arbeidsmetoder og samhandling. Kommunen får stadig nye oppgaver som tidligere var løst i spesialisthelsetjenesten. Dette krever utvidet kompetanse, endrede arbeidsmåter og tydelige prioriteringer. Ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten kan bidra til å gi kommunen tilgang til den kompetansen de trenger. Det er viktig å legge til rette for mer ambulant virksomhet og mer veiledning fra spesialisthelsetjenesten til kommunen og dette må settes i system.

Ansatte i kommunen må være kjent med det totale tjenestetilbudet som finnes, og ha en felles forståelse om hvilket nivå tjenestene skal ligge på. Det må legges til rette for likeverdige tjenestetilbud, både innenfor og på tvers av virksomhetene. Det må bedre kommuniseres ut til brukerne hvilket omfang og nivå tjenestene ligger på.

Kompetanseplanen må brukes aktivt for å benytte eksisterende kompetanse og få oversikt over behovene rundt om i etaten. Herunder bør det ligge en oversikt over ansattes eksisterende kompetanse, som kan benyttes på tvers av virksomhetene innen veiledning og opplæring. De ansatte må også oppmuntres til å ta større del i utvikling av planen og komme med innspill slik at behovene synliggjøres.

**Kompetanseplanen må brukes aktivt**

Brukergrupper kan gi etaten kompetanse på hvordan og hva som bør fokuseres på for at bruker skal være i sentrum.

## Tiltak

Mål/utfordringer	Tiltak	Ansvar	Prioritering
Vi vet vi har lyktes når vi har redusert andelen brukere med omfattende hjelpetiltak	Øke systematisk treffsikker og tidlig innsats gjennom samhandling og innbyggermedvirkning. Universell utforming av bygg og tilbud		Kontinuerlig
Målbart ved å finne og lage oversikter som kan brukes til evaluering	- Enklere og mer oversiktlig tilgang til informasjon om aktuelle tilbud	Kommunikasjonsrådgiver/servicetorg Virksomhets-ledere Involvere innbyggere	Medio 2020
	- Økt samarbeid på tvers av kommunale etater og med frivillige og private aktører - Etablere struktur som sikrer samhandling på tvers for brukere med sammensatte behov - Strategi for frivillighet. Etablere mer strukturert samarbeid og i større grad å engasjere frivillige - Økt samarbeid på tvers av de kommunale rådene	Etatsledere  Virksomhetsledere  Råd og organisasjoner	Kontinuerlig  Medio 2019  Kontinuerlig
	- Videreføre og øke fokus på tidlig innsats (listen er ikke uttømmende) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hverdagsrehabilitering</li> <li>○ Velferdsteknologi</li> <li>○ Rask psykisk helsehjelp</li> <li>○ Frisklivssentralen</li> <li>○ Frivillighet</li> <li>○ Fritid 123/BUA</li> <li>○ Seniorekonferansen</li> <li>○ Hørsel/synskontakt</li> <li>○ Bruke verktøy/metoder for å kunne identifisere risiko hos barn og unge tidlig</li> <li>○ Videreføre universelle tilbud i skole, barnehage og helsestasjon</li> </ul>	Helse og sosialsjef Virksomhetsleder/ avdelingsleder	Kontinuerlig

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se på mulighet for å utvikle tilbud <ul style="list-style-type: none"> <li>o Etablere og videreutvikle familiens hus</li> <li>o Diabetessykepleier</li> <li>o Felles transporttjeneste til kommunale tilbud og aktiviteter</li> </ul> </li> </ul>		
<p>Vi vet vi har lyktes når brukere og pårørende opplever helhetlige og koordinerte tjenester</p> <p>Målbart via brukerundersøkelser i kvalitet og tjenesteutvikling.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brukeren settes i sentrum</li> <li>- Involvere brukere i utforming og gjennomføring av tjenestetilbud</li> <li>- I større grad sikre samsvar mellom forventning og tilbud/tjenester som gis og tidsfrister opp mot dette</li> <li>- Dialog med brukerne og pårørende, formidle realistiske forventninger. Fokus på mål og egenmestring</li> <li>- Systematisk bruk av Individuell plan og primærkontakt/primærgruppe</li> <li>- Videreutvikle koordinerende enhet; innhold og organisering</li> <li>- Revidere samarbeidsavtalen med spesialisthelsetjenesten</li> <li>- Brukerutvalg knyttet til tjenestene</li> </ul>	Etatsleder, virksomhetsleder, avdelingsleder, Koordinerende enhet, alle i kontakt med brukere	Kontinuerlig
<p>Vi vet vi har lyktes når etatens ansatte opplever å ha god kompetanse og kompetanseutvikling i tjenesten</p> <p>Målbart via medarbeiderundersøkelser</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontinuerlig kompetanseutvikling i tråd med målsetninger og faktiske behov</li> <li>- Aktiv bruk av kompetanseplan; bruke kompetansen som finnes i kommunen, innhente kompetanse som mangler og bruke intern veiledning</li> <li>- Kunnskap rundt universell utforming</li> <li>- Behov for kompetansehevende tiltak i samarbeid med andre tjenester, etater og instanser</li> <li>- Systematisere veiledningsplikten fra spesialisthelsetjenesten</li> <li>- Videreutvikle samarbeid med Universitet i Sørøst-Norge</li> <li>- Koordinatorrollen – opplæring, oppfølging og veiledning</li> <li>- Videreutvikle tankegang om egenmestring i alle tjenester</li> <li>- Ansatte får mulighet til å holde seg oppdatert og deler et ansvar for å tilegne seg relevant faglig kompetanse</li> </ul>	Etatsleder, virksomhetsleder, avdelingsleder,	Kontinuerlig

## Vedlegg

### Referat fra brukermøte 22/08/18 vedr plan for friskliv/hab/rehab/koordinerende enhet.

Tilstede: Jørgen Korsvik, Kari Warhuus, Lise Lotte Hovde, Gulveig Nordalen, Hanneke Molenaar, Torstein Vik, Jorunn Killingstad, Wencke Aase og Birte E Sætrang.

Etter møtet i rådet for likestilling av funksjonshemmede vedr overnevnte plan, ble det besluttet at det skulle holdes et nytt brukermøte for å se nærmere på planen, og spesielt på mål og tilhørende tiltak.

Planen ble ikke gjennomgått på ny i dagens møte, når deltakerne allerede har sett og lest gjennom planen tidligere. Det ble brukt god tid på å diskutere de ulike overordnede hovedutfordringene for å finne gode formuleringer for målene i planen. Det var kommet inn skriftlige innspill på dette før møtet, som ga et godt utgangspunkt og ble retningsgivende for diskusjonen.

#### Øvrige tilbakemeldinger og samtaleemner:

- Beskrivelsen av tjenesten er veldig god.
- Eldrerådet savner fokus på de eldre, og at dette blir tydeliggjort i planen.
- 75 års samtaler/oppsøkende samtaler med eldre i tillegg til Seniorkonferansen blir gjennomført på oppfordring av hver enkelt innbygger. Dette blir informert om på seniorkonferansen
- Hørsel og synskontakt - henger sammen med dreining mot mer forebygging, og det er meldt inn et ønske om øking av denne stillingen. Det ble også informert om mulighet for audiopedagogtjeneste. Se [link til informasjon her](#)
- Husk privat sektor i planen, den er en betydelig leverandør av helsetjenester
- Likepersoner – økt systematikk på dette
- Diabetessykepleier – er et ønsket tiltak som kan være besparende for kommunen
- Demente som har lyst til ut å gå - utfordrende lovgivning i slike saker, men det jobbes med å finne muligheter
- Bruk av IP
- Samarbeid mellom de forskjellige rådene i kommunen (eldreråd, ungdomsråd, innvandrerrådet, rådet for likestilling av funksjonshemmede m.fl.)
- Behov for mer systematikk rundt frivillighet
- Kostnader vs budsjett. Tenke lure løsninger og lage planer ut ifra midlene til rådighet
- Universell utforming i alle kommunale bygg

#### Mål-tiltak

Det ble bestemt at vi skulle gå for formuleringen: «Vi vet vi har lykkes når...» Det ble sett på en overordnet visjon og tre målbare hovedmål med tilhørende tiltak.

Visjon – Best mulig livsmestring og brukermedvirkning

1. Vi vet vi har lykkes når vi har redusert andelen brukere med omfattende hjelpetiltak.
  - Øke systematisk treffsikker og tidlig innsats
  - Enklere og mer oversiktlig tilgang til informasjon
  - Økt samarbeid mellom undervisning, kultur, teknisk, helse & sosial + frivillighet og privat helsetjeneste
  - Økt satsing på forebygging (listen er ikke uttømmende)



- Hverdagsrehabilitering
- Velferdsteknologi
- Rask psykisk helsehjelp
- Frisklivscentralen
- Etablere og videreutvikle familiens hus
- Systematikk i fbm. frivillighet
- Fritid 123/BUA
- Seniorkonferansen
- Hørsel/synskontakt
- Diabetessykepleier

Målbart ved å finne og lage oversikter som kan brukes til evaluering

2. Vi vet vi har lykket når brukere og pårørende opplever helhetlige og koordinerte tjenester
  - Brukeren i sentrum
  - Alle har primærkontakt/primærgruppe
  - Revidere samarbeidsavtalen med spesialisthelsetjenesten
  - Systematisk forventningsavklaring med tidsfrister på tvers av etater/tjenester og eksterne
  - Videreutvikle koordinerende enhet
  - Kompetanse for å utvikle brukerundersøkelser

Målbart via brukerundersøkelser

3. Vi vet vi har lykket når etatens ansatte opplever å ha god kompetanse og kompetanseutvikling i tjenesten
  - Aktiv bruk av kompetanseplan; bruke kompetansen som finnes i kommunen, innhente kompetanse som mangler
  - Systematisere veiledningsplikten fra spesialisthelsetjenesten
  - Aktiv brukermedvirkning
  - Intern veiledning

Målbart via medarbeiderundersøkelser

Referent Wenche Aase og Birte E Sætrang