

DELPLAN FOR REHABILITERING

2019- 2040

Kragerø Kommune

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	2
1.1 Bakgrunn	2
1.2 Arbeidsgruppen og mandat.....	2
1.3 Hva er rehabilitering?	3
1.4 Forholdet mellom habilitering og rehabilitering	3
1.5 Avgrensning mot psykisk helse.....	4
2.0 Kommunens ansvar for rehabilitering.....	4
2.1 Koordinerende enhet, individuell plan og koordinator.....	4
2.2 Pakkeforløp og forløpskoordinator	5
2.3 Tverrfaglig samarbeid	5
2.4 Brukermedvirkning	6
2.5 Læring og mestring.....	6
2.6 Pårørende.....	6
3.0 Utviklingstrekk og sentrale føringer	7
3.1 Utfordringsbildet i Kragerø.....	8
3.2 Hva sier brukerne våre?	8
3.4 Sentrale føringer.....	9
3.5 Rehabiliteringspyramiden	10
4.0 Rehabiliteringstjenester i Kragerø kommune	11
4.1 Koordinerende enhet	11
4.2 Overganger og pårørendestøtte	12
4.3 Helsestasjon og skolehelsetjeneste.....	12
4.4 Fysioterapi	14
4.5 Ergoterapi	15
4.6 Hjelpemiddelformidling og velferdsteknologi.....	15
4.7 Rehabiliteringsopphold i heldøgns institusjon	16
4.8 Hverdagsrehabilitering	17
4.9 Friskliv, læring og mestring.....	18
4.10 Forebyggende helsesamtaler	19
4.11 Helsestasjon for voksne.....	19
4.12 Dag- og aktivitetstilbud	20
5.0 Leve hele livet.....	21
5.1 Aldersvennlige lokalsamfunn	21
5.2 Seniorressurs og frivillighet	21
6.0 Avslutning.....	22
VEDLEGG.....	23
TIK modellen.....	23
Aktuelle lover, forskrifter, veiledere og føringer.....	24

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

Kragerø kommunestyre vedtok i desember 2018 at det skal utarbeides en strategiplan for helse- og omsorgstjenestene, hvor «Delplan for rehabilitering» er en av 6 delplaner. På oppdrag fra Rådmannen utarbeidet RO høsten 2018 en drifts- og ressursanalyse for helse- og omsorgstjenesten. Denne gav sterke indikasjoner på at kommunen i mye større grad bør utvikle og prioritere rehabiliterende og forebyggende tjenester, i tillegg til å ta i bruk digitale løsninger og teknologi, for å møte fremtidens behov for helsetjenester.

1.2 Arbeidsgruppen og mandat

Arbeidsgruppen har bestått av Agnes Heldal (koordinerende team), Christoph Münch (avdelingsleder for rehabilitering i institusjon) Anne Bugge Strandås (Sykepleier i hverdagsrehabilitering/ prosjektleder for Livsgleden), Tone Baumeler Isaksen (Fysioterapeut/ Folkehelsekoordinator), Therese Bråten Tangen (Virksomhetsleder Helsestasjon), Heidi Thoresen (Spesialsykepleier Psykisk helse), Edel Isaksen (sykepleier/ plasstillitsvalgt Marienlyst 3 etasje), Merete Kimestad (Virksomhetsleder fysio- og ergoterapitjenester).

Delplanen skal sikre at;

- rehabiliteringstjenestene blir driftet i henhold til krav i lover og forskrifter.
- tjenestene utvikles i tråd med sentrale føringer, herunder at det tas i bruk ny kunnskap og digitaliseringsløsninger.
- kommunens beslutningstakere kan ta gode strategiske valg med tanke på riktig dimensjonering av tjenestene, best mulig ressursutnyttelse og fremtidsrettede tjenester.

Delplanens innhold vil videre:

- gi en oversikt over det totale rehabiliteringstilbudet i Kragerø Kommune.
- beskrive utfordringer og mangler på tjenesteområdet, sett i lys av tidligere delplaner.
- gi en oversikt over befolkningens behov for rehabilitering på kort og lang sikt.
- gjøre rede for muligheter, satsingsområder og prioriteringer- herunder hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring, lavterskeltilbud, forebyggende tiltak, samfunnsplanlegging og frivillighet.
- gi veiledende råd i forhold til mål og tiltak, organisering og dimensjonering av tjenestene.

1.3 Hva er rehabilitering?

«Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål.

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.

Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet» (Helsedirektoratet, 2018).

Tradisjonelt har nok rehabilitering hatt fokus på helsetjenester, og det å “bli frisk” igjen. Rehabilitering defineres i dag til å handle mer om å leve mest mulig selvstendig utfra egne forutsetninger og ønsker. Vi stiller spørsmålet; **Hva er viktig for deg?**

Dagens definisjon tydeliggjør at det er brukerens mål for eget liv som skal legges til grunn ved utforming av habilitering- og rehabiliteringstilbudet. I tillegg tydeliggjør definisjonen at rehabilitering er prosesser som både kan være av livslang varighet, og at behovet for tverrfaglig samarbeid og koordinering kan variere over tid i et forløp.

Habilitering og rehabilitering er helsetjenester med sterk vekt på forebygging og tidlig intervensjon. Styrking av habilitering og rehabilitering kan derfor også bidra til en dreining av tjenester i retning av å dempe presset på kompensierende tjenester.

Hva som er mulig å oppnå i en habiliterings- og rehabiliteringsprosess er tett knyttet opp til hvorvidt behovet blir identifisert og tiltak satt inn på et tidlig tidspunkt. Tiltak som settes inn på riktig tidspunkt gir bedre effekt og ressursutnyttelse, og kan forebygge og redusere behov for tjenester på sikt.

1.4 Forholdet mellom habilitering og rehabilitering

Forskjellene på 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.

Felles for begge målgrupper er behovet for et vidt spekter av faglige tilnærminger, herunder medisinsk, fysikalsk, sansemessig, kognitivt, sosialt og psykososialt. Behov for gjentakende

prosesser gjennom hele eller store deler av livsløpet kan gjelde begge målgrupper, men er særlig fremtredende innen habilitering. *I denne planen benyttes for enkelhetsskyld kun rehabilitering som begrep.*

1.5 Avgrensning mot psykisk helse

Rehabilitering innebærer både kroppslige, mentale, tankemessige og sosiale funksjoner. Dette er ikke adskilte områder, men funksjoner som i praksis må sees i sammenheng.

Alle har krav på å møte en helsetjeneste som er godt samordnet og gjør helhetlige vurderinger uansett hvem som har ansvar for de enkelte deler av tjenestene. Tjenesten bestreber seg på å se hele mennesket.

Det gjøres likevel en avgrensning her, da området psykisk helse og avhengighet blir behandlet i en egen delplan.

2.0 Kommunens ansvar for rehabilitering

Rehabilitering er hjemlet i Lov om helse og omsorgstjenester. Kommunen skal planlegge virksomheten, og ha en generell oversikt over befolkningens behov for rehabilitering.

Kommunen skal sørge for at innbyggerne tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk rehabilitering. Tjenestene skal gis uavhengig av pasientens og brukerens boform. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ved behov samarbeide med andre aktører.

2.1 Koordinerende enhet, individuell plan og koordinator

Det skal finnes en koordinerende enhet i kommunen. Denne skal sikre et helhetlig tilbud til brukerne. Kommunen skal legge til rette for at personell skal kunne melde mulige behov for rehabilitering som de blir kjent med i tjenesten.

Alle med behov for langvarige, og flere helse- og omsorgstjenester, har lovfestet rett til å få en Individuell plan og en koordinator. Den individuelle planen et samarbeidsverktøy og skal beskrive hvordan tjenestene virker sammen slik at brukeren får en helhetlig oppfølging. Koordinatoren er en av brukerens fagpersoner i kommunen, som koordinerer tjenestene og sikrer fremdrift i arbeidet med den individuelle planen.

Koordinerende enhet har et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Enheten skal motta meldinger om behov, samt sørge for utarbeidelse av rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan.

2.2 Pakkeforløp og forløpskoordinator

Myndighetene har innført en behandlingslinje som skal følges for hver enkelt pasient, såkalt pakkeforløp. Målet er å bidra til rask utredning og behandlingsstart uten unødig ventetid. De lengste behandlingslinjene handler om hele forløpet – og beskriver både primær- og spesialisthelsetjenestens oppgaver.

De ulike pakkeforløpene har noe ulikt innhold og inneholder anbefalinger om alt fra kvalitetskrav, roller, ansvar, organisering og forløpstider for utredning, behandling, oppfølging og dialog med pasient og pårørende. Det er krav om forløpskoordinatorer som sikrer samhandling og er tilgjengelig for bruker og pårørende. Dette gjelder både spesialisthelsetjeneste og helsetjenesten i kommunene.

Forløpskoordinatoren skal ha delegert ansvar for, og myndighet til, å sikre sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten unødig ventetid. Det er kommunens ansvar å planlegge virksomheten slik at det finnes et tilstrekkelig antall forløpskoordinatorer. Kommunen bestemmer selv hvordan arbeidet med forløpskoordinering skal organiseres og hvilken instans som skal ha hovedansvaret.

2.3 Tverrfaglig samarbeid

Rehabiliteringstilbudet skal være samordnet, tverrfaglig og planlagt. Målet er å sikre god kvalitet for bruker, og effektiv ressursutnyttelse. Kommunen skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning, og ved behov henvise til spesialisthelsetjenesten, før rehabilitering settes i gang.

Ved behov for tiltak fra flere sektorer skal helse- og omsorgstjenesten legge til rette for tverrsektoriell samhandling. Dette omfatter også samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Det må sikres kontinuitet i tilbudene over tid og på tvers av ansvarsområder. Det er viktig at tjenesteyter ikke slipper ansvaret før neste aktør i forløpet har fått oversikt og tatt ansvar.

Kommunen skal sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte bruker. Kommunen skal vurdere hjelpemidler som ett av flere alternative tiltak på grunnlag av den enkeltes samlede behov. Om nødvendig skal kommunen be om bistand fra NAV eller fra andre relevante instanser.

Varig tilrettelagt arbeid kan være aktuelt for brukere med innvilget uføretrygd, og som trenger spesiell tilrettelegging og oppfølging. Arbeidet skal bidra til å utvikle brukerens ressurser gjennom tilrettelagt arbeid, og til å kvalifisere til vanlig jobb ved produsere varer

og tjenester. Som deltaker i varig tilrettelagt arbeid er bruker arbeidstaker i henhold til arbeidsmiljøloven, og skal ha en arbeidskontrakt. Ordningen administreres av NAV.

2.4 Brukermedvirkning

Kommunen skal sørge for at den enkelte bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget rehabiliteringstilbud. Kommunen bør også legge til rette for brukermedvirkning i planlegging, utvikling og evaluering av tjenestene på systemnivå.

Å se personen i sitt vante miljø er et sentralt utgangspunkt for å forstå den helheten som tjenestene skal passe inn i. Pårørende og familie kan være viktige ressurser, sammen med øvrige sosiale nettverk i fritid, skole og arbeidsliv. Tjenestene skal legge til rette for at pårørende, familie og nettverk kan medvirke i samsvar med bruker sitt ønske.

For mange har trening og oppøving av funksjons- og mestringsevne best effekt når det integreres i dagliglivets arenaer som eksempelvis hjem, barnehage, skole, fritid og arbeidsplass.

2.5 Læring og mestring

Helsefremmende og forebyggende arbeid, herunder opplysning, råd, veiledning og opplæring er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven. Samarbeid for å sikre helhetlige forløp, herunder habilitering og rehabilitering og læring og mestring beskrives i de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

God helse og et godt liv handler om mer enn fravær av sykdom. Det handler om å håndtere hverdagen og kjenne tilhørighet i fellesskap også når helseutfordringer oppstår. Tilbud med mål om læring og mestring har vist seg å ha positiv betydning for helse og livskvalitet. Forskning viser at slike tilbud bidrar til gjensidig læring, støtte og håp, samt gir økt mestring.

Læring og mestring er sentralt innen rehabilitering. Det har som formål at brukere og pårørende skal få informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere sykdom og helseforandringer. Det kan også ha som mål å forebygge eller hindre utvikling av sykdom og funksjonsnedsettelse, samt å støtte endring av levevaner for å fremme fysisk og psykisk helse.

Koordinerende enhet for rehabilitering skal ha oversikt over kommunens og helseforetakets lærings- og mestringstilbud.

2.6 Pårørende

Pårørende er ofte brukerens viktigste støtte, og ønsker i de fleste situasjoner å være en ressurs. Pårørende kjenner brukeren godt, og har erfaring med hva som kan bidra til å

hjelpe. Mange pårørende utøver betydelige ansvars- og omsorgsoppgaver overfor sine nærmeste, og utgjør på denne måten en sentral del av vårt samfunns totale omsorgsressurs.

Pårørende skal bli sett, hørt og fulgt opp av helsepersonell som involverer og støtter dem. Dette gjelder uansett om den pårørende er barn, ungdom eller voksen.

Når alvorlig sykdom rammer en i familien, er barna utsatt. Hvis barn som er pårørende ikke blir ivaretatt og møtt med innsikt og forståelse av voksne eller av hjelpeapparatet, kan situasjonen ha negativ innvirkning på hverdagen i barnehage eller skole, sosialt liv og barnets utvikling og helse.

Kommunene har samme plikt som spesialisthelsetjenesten til å legge til rette for å fange opp barn som er pårørende. Helsepersonell skal bidra til å ivareta disse barnas behov for informasjon og oppfølging som følge av foreldres eller søskens sykdom, skade eller rusmiddelavhengighet.

3.0 Utviklingstrekk og sentrale føringer

Pasientens helsetjeneste er i endring. Helsedirektoratet slår likevel fast at det er brukerbehovene skal være den viktigste driveren, og at brukeren har de beste forutsetningene for å vite hva som fremmer egen helse og egne muligheter.

Persontilpasset medisin, nye behandlinger og ny teknologi vil medføre nye måter å yte helsetjenester på. Utviklingen gir også stort potensiale for å forebygge sykdom og øke mestring. Vi får stadig mer kunnskap om individuelle genetiske forutsetninger for sykdom og behandling, noe som også reiser viktige etiske problemstillinger.

Økte muligheter for selvdiagnostisering og utvikling av tilhørende apper gir nye private aktører i markedet, som reiser spørsmål om eierskap til helsedata.

Kravene fra den fulldigitaliserte bruker skal innfris, samtidig som sårbare grupper uten samme digitale kompetanse skal få innfridd sine rettigheter. Også brukere som ikke like tydelig kan artikulere sine behov skal ivaretas på en fullgod måte.

Samfunnets evne til å yte gode helse- og omsorgstjenester de neste 10 år vil i stor grad være avhengig av utdanning og rekruttering av helse- og omsorgspersonell. Den demografiske utviklingen fordrer en stor innsats på dette feltet. Krav til bærekraft innebærer også at produktiviteten må økes i offentlig sektor.

SSB spår at fremtidens eldre vil trolig være annerledes sammensatt enn dagens eldre når det gjelder ressursituasjon, helse og funksjonsevne. Framtidas eldre har høyere utdanning, en mer fordelaktig økonomisk situasjon, bedre boforhold og færre vil bo alene. Forskning og statistikk viser at eldre ikke nødvendigvis har fått færre år med sykdom enn før – kanskje snarere flere. Likevel ser det ut til at mange klarer seg bedre med disse sykdommene enn tidligere, og er bedre i stand til å håndtere utfordringer i hverdagen.

3.1 Utfordringsbildet i Kragerø

I Kragerø er den demografiske utviklingen særlig utfordrende. Antall personer over 67 år vil øke i perioden frem mot 2040, der gruppen over 80 år øker mest. Antall eldre 80-89 år dobles, og antall eldre 90 år eller eldre nær tredobles.

Folkehelseprofilen for 2020 viser til faktorer som påvirker folkehelsen i kommunen negativt. I aldersgruppen 45 år og eldre er andelen som bor alene høyere enn landet som helhet. Andelen som bor i husholdninger med lav inntekt er også noe høyere enn landet som helhet, og vi har en høy andel barn i lavinntektsfamilier, og en høy andel mottakere av stønad til livsopphold.

Antall elever i ungdomsskole som oppgir å ikke delta i en fritidsorganisasjon er lavere enn landsnivået. Antall personer med VGS og høyere utdanning er lavere enn landsgjennomsnittet. Sosiale ulikheter vet vi har sammenheng med dårligere psykisk og fysisk helse.

Vi har høyere dødelighet knyttet til hjerte- karsykdom under 74 år, enn fylket og landet for øvrig. Tallet er dobbelt så høyt for menn som kvinner. Dødelighet er synkende i landet for øvrig, men stabilt i Kragerø. Vi har høyere andel kvinner som røyker og høyere andel overvekt og fedme enn landet for øvrig. Ensomhet og endrede alkoholvaner er et økende helseproblem.

3.2 Hva sier brukerne våre?

I forbindelse med oppstart av prosjektet Ung Arena, ble elevrådene utfordret på å hva unge i Kragerø trenger. Ungdommene gav tilbakemelding på at de ønsker kontakt med helsetjenesten (helsesøster og psykolog), noen å snakke med og et sted å være.

I forbindelse med oppstart av Livsgleden ble 25 deltakere intervjuet. Langt de fleste var opptatt av at fysisk trening måtte inngå i tilbudet! Mangel på transport blir fremhevet på som det største hinderet for å komme seg ut av hjemmet.

I forbindelse med delplan tre, ble flere eldre spurt om hva som skal til for å fortsette å bo hjemme. Hovedutfordringene knyttes til;

- Boligens praktiske utforming og utvendig adkomst

- Trygghet i hjemmet, herunder trygghetsalarm med rekkevidde utenfor boligen
- Hjelp til tilpasning av hjemmet og praktiske gjøremål
- Transport og mulighet til å delta på sosiale sammenkomster, turer og gå i butikker
- Universell utforming og tilgjengelighet i sentrum
- Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i hjemmetjenesten

Pårørende og brukere gir for øvrig gode tilbakemeldinger på lavterskeltilbud og rehabiliteringstjenester generelt. Dog har noen tjenester ventetid, noe som oppleves uheldig.

Enkelte synes det kan være vanskelig å vite hvor man skal henvende seg. Særsilt er dette vanskelig for de brukerne som ikke helt vet hvilke tjenester som møter deres behov. Tilbakemeldinger tyder på at vi ikke når ut med nok informasjon om tjenester og tilbud i kommunen. Dette gjelder både brukere og pårørende, men også internt blant ansatte i kommunen.

3.4 Sentrale føringer

Flere kommuner jobber for å innføre hverdagsmestring som et grunnleggende tankesett i alle sine tjenester, for alle aldre og på tvers av sektorer og virksomheter. Hverdagsmestring handler om å mestre dagliglivet utfra egne forutsetninger, med eller uten hjelp eller tilrettelegging. Dette innebærer også en dreining fra tradisjonell pleiekultur til mestringskultur, fra passiv mottager til aktiv deltaker- med sterkt fokus på hverdagsaktiviteter.

I stortingsmelding 15; «Leve hele livet» er hverdagsmestring sentralt. Reformen bygger på hva ansatte, eldre og pårørende, frivillige, forskere og ledere har sett fungerer i praksis. Hva som løfter kvaliteten på tjenestene og bidrar til en trygg og verdig alderdom. Det vises til behovet for å planlegge for et aldersvennlig samfunn, og hvordan aktivitet, felleskap, mat og måltider er viktige satsingsområder fremover. Helsehjelp og sammenheng i tjenester løftes også frem.

Norge har sluttet seg til WHO sitt globale nettverk for aldersvennlige byer og lokalsamfunn. WHO definerer aldersvennlige lokalsamfunn som et *«Inkluderende og tilgjengelige miljø som fremmer aktiv aldring»*. Lokalsamfunnet skal bidra til å møte innbyggernes grunnleggende behov så de kan være aktive, mobile og sosiale og - ikke minst – være en ressurs. En avgjørende suksessfaktor er forankring av reformen gjennom lokalpolitisk behandling, og tverrsektoriell involvering. Reformen oppfordrer til å skape lokalt engasjement, og stimulere til bred involvering og samarbeid med frivillige.

Regjeringens frivillighetserklæring slår fast at samarbeidet mellom offentlig sektor og frivilligheten skal styrkes. Dette er en annerkjennelse av frivilligheten og gir forutsigbarhet i

samarbeidet, men er ikke en avtale med sektoren. Det er utarbeidet et veiledningshefte som gir råd og veiledning til kommuner som ønsker å inngå og øke samarbeidet med frivillige.

3.5 Rehabiliteringspyramiden



Ref. Grete Dagsvik

Rehabiliteringspyramiden beskriver nivåene i rehabilitering, og illustrerer også hvordan det er ønskelig at mengden brukere skal fordele seg mellom de ulike nivåene. Spesialisert rehabilitering er forbeholdt spesialisthelsetjenesten.

Det nederste trinnet i pyramiden er ikke nødvendigvis tenkt som rehabilitering, men kan illustrere hvordan helsefremming, hverdagsmestring og rehabiliteringstankgangen er et grunnlag for alle kommunale tjenester.

I Kragerø har vi langt på vei tjenester som inngår i de ulike nivåene, men vi har utfordringer knyttet til kapasitet og kompetanse på nivået “rehabilitering i hjemmet” og “hverdagsrehabilitering”. Dette fører til behov for tjenester på et høyere nivå i pyramiden, samt et økt press på tradisjonelle pleie og omsorgstjenestene. Forslag til tiltak vil omtales under de ulike deltjenestene, men handler hovedsakelig om:

- Kartlegging og identifisering av behov for rehabilitering
- Dimensjonering av tjenestene som jobber med hjelpemidler, velferdsteknologi og hverdagsrehabilitering
- Bruk av teknologi, digital kommunikasjon og digital rehabilitering
- Tverrsektorielt ansvar for skape et aldersvennlige lokalsamfunn og engasjement knyttet til frivillighet

4.0 Rehabiliteringstjenester i Kragerø kommune

4.1 Koordinerende enhet

I Kragerø er Tjenestekontoret ilagt rollen som koordinerende enhet. Tjenestekontoret er veien inn til helse og omsorgstjenestene, og har som hovedoppgave å kartlegge, koordinere og fatte vedtak om rette tjenester til rett tid. Tjenestekontoret har i så måte en helt sentral rolle i å identifisere funksjonssvikt og behov for rehabilitering.

Koordinerende enhet er en sentral samarbeidspartner for helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester. Det er etablert skriftlige samarbeidsrutiner for informasjon om barn og unge som har vedtak på individuell plan og koordinator.

Kragerø kommune har gjennom de siste årene hatt fra 105 – 120 brukere som har tjenesten Individuell plan. Antall koordinatorene er om lag halvparten, det vil si at mange koordinatorene har ansvar for to eller flere planer og brukere hver.

Per i dag er forløpskoordinator for barn og unge, psykisk helse- lagt til koordinerende enhet. Ut over dette er det ikke klart definerte forløpskoordinatorer i Kragerø kommune.

Vurdering og forslag til tiltak

Kommunen har i dag ulik praksis på kartlegging av nye brukere av helse- og omsorgstjenesten. Mange kartlegginger foretas i dag ute i tjenestene, dels grunnet manglende kapasitet på tjenestekontoret. Dette kan føre til ulik praksis på kartleggingene, og at vi ikke klarer å skaffe fullgod oversikt over situasjonen til brukeren. Vi mister muligheten til å sette inn rehabilitering tidlig. Konsekvensen er tapt tid og funksjonsfall, dårligere prognose og behov for ytterligere kompenserende tiltak.

Arbeidsgruppen foreslår at nye kartlegginger løftes ut av tjenestene. Tjenestene bør i større grad bidra med evaluering av tjenestene, og melde endringer i behov. Kartleggingen må være tverrfaglig, og tilstrebe å avdekke behov og potensiale for rehabilitering. Det bør også

utarbeides rutiner for systematisk oppfølging over tid, og rutiner for å melde behov for rehabilitering som helsepersonell oppdager i sin tjenesteutøvelse.

Forløpskoordinatorer for øvrige pakkeforløp må defineres, og tydelig kommuniseres gjennom kommunens helseinformasjon og hjemmeside.

Tiltakene vil styrke tjenestekontoret sin rolle som koordinerende enhet i kommunen.

4.2 Overganger og pårørendestøtte

Overgangsfasen fra barn til voksen er en utfordring for de fleste. Særlig vanskelig er den for dem som er sårbare i utgangspunktet – som pasienter med sammensatt kronisk sykdom. Det skjer et skifte i tjenestetilbudet ved fylte 18 år, der ansvaret overføres til tjenester rettet mot voksne. For å skape gode overganger og forutsigbarhet bør planleggingen starte i god tid. Koordinerende enhet og koordinator har en sentral rolle i å tilrettelegge for gode overganger, og sørge for samarbeid på tvers av tjenester og kommunalområder. Dette er særskilt viktig i vår kommune, der helsetjenester til barn og unge, voksne og eldre er organisert i ulike kommunalområder.

Vurdering og forslag til tiltak

Helse- og omsorgstjenestene mangler rutiner for systematisk kartlegging av behov for opplæring og veiledning for pasient og pårørende, både voksne og barn. Helsepersonell må kartlegge om pasienten har mindreårige barn eller mindreårige søsken, og identifisere behov for oppfølging. Rutinene må etableres som en del av den tverrfaglige kartleggingen.

4.3 Helsestasjon og skolehelsetjeneste

Helsetjenester til barn og unge skal fremme psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader. Arbeidsområdene er helsestasjon 0-5 år, skolehelsetjenesten til og med videregående skole, helsestasjon for ungdom, svangerskapskontroll og oppfølging etter fødsel, smittevern, forebyggende tiltak mot rus og kriminalitet.

Helsestasjonen fikk nye retningslinjer i 2018. Det er innført flere konsultasjoner i helsestasjonsprogrammet. I tillegg er det økt fokus og tiltak på 1. og 8. trinn med hensyn til å avdekke omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep. Helsesykepleiere er svært deltagende i forebyggende helseprogrammer i skolen.

Kragerø kommune har utviklet en modell for Tidlig Tverrfaglig Innsats (TIK), (vedlegg). Modellen veileder ansatte i hvordan man skal gå frem ved observasjon og bekymring for barn i skole eller barnehage. Det kan dreie seg om den generelle utviklingen, fagvansker, den sosiale funksjon, helse, trivsel eller omsorg. Modellen viser hvordan samhandling først og fremst skjer via TIK team og ressursteam.

Ung Arena ble startet i høsten 2019 og er et prosjekt i regi av satsingen "Program for folkehelsearbeid i kommunene". Prosjektet har etablert en kombinert sosial møteplass og et lavterskel samtale- og hjelpetilbud for ungdom i alderen 15-20. Målet er å styrke psykisk helse og livskvalitet til denne målgruppen. Ansatte kan veilede og støtte, og henvise videre ved behov.

Ung Arena er fast bemannet med prosjektleder og samarbeider med helsepersonell og andre aktuelle instanser. NAV, PPT, barnevern, skolehelsetjeneste, ungdomsskoler, Aktivitets- og mestringsteam innen psykisk helse og rus, ungdomsklubber, Kragerø videregående skole, BUP, DPS, Oppfølgingstjenesten (OT) m.fl. er oppfordret til å kontakte prosjektleder ved aktuelt samarbeid om ungdommer.

Brukermedvirkning ivaretas gjennom et eget ungdomspanel, som er med på å utforme tilbudet ved Ung Arena.

Vurderinger og forslag til tiltak

Jordmortjenesten har ikke tilstrekkelige ressurser til å følge faglige retningslinjer for barselomsorgen. Dette gjelder anbefalingen om hjemmebesøk av jordmor innen 3 dager, som følge av tidligere hjemreise etter fødsel. På nåværende tidspunkt er ikke dette ivaretatt i henhold til lovverket.

I retningslinjene vises det til oppgaver som graderes utfra sterk (skal og bør) prioritet og svak (kan) prioritet. Tjenesten vil på grunn av ressursituasjonen prioritere de sterkt anbefalte retningslinjene. De svake retningslinjene vil ikke prioriteres. Følgende har høy prioritet:

- Sikre helsestasjons- og skolehelsetjenesten i tråd med nasjonale føringer for normtall.
- God kvalitet og rutine på hjemmebesøk av jordmor til alle innen 48 timer etter hjemreise.
- Videreutvikle tilbudet til gravide og mødre med barn mellom 0-1 år med plager i forbindelse med fødsel og graviditet mellom fysioterapeut, jordmor og helsesykepleier.
- Stillingen som kommunepsykolog er utlyst, men ikke besatt og vil være prioritert å få på plass.
- Tydeliggjøre virksomheten sin plass i TIK modellen.
- Ta i bruk kommunens digitale verktøy for elektronisk post Svar Ut og elektroniske skjemaer. Hensikten er å gjøre virksomheten mer digitalisert, øke tilgjengeligheten og redusere kostnader.
- Implementere COS-P i helsestasjonstilbudet og styrke foreldreveiledningstilbudet i tråd med satsing på universelle tiltak basert på folkehelseperspektivet.
- Styrke tilbudet og fagkompetanse på helsestasjon for ungdom.

Ung Arena er et relativt nytt forebyggende tiltak som fortsatt er i etableringsfasen. Det er viktig å gi prosjektet tid til å bli etablert og kjent. Utfordringer knyttes til videre drift, nok tilstedeværende personell og voksenressurser, og bidrag fra frivillige.

4.4 Fysioterapi

Fysioterapi er en lovpålagt tjeneste, men kommunen kan selv velge hvordan den organiserer tjenesten. De fleste kommuner velger en kombinasjon av fastlønnede fysioterapeuter og fysioterapeuter med driftsavtale. Dette gjelder også i Kragerø.

Fysioterapi for barn og unge utøves ved helsestasjonen, i barnehager, skolehelsetjenesten og i hjemmet. Tjenesten bidrar inn i det tverrfaglige arbeidet med barn som trenger særskilt oppfølging med undersøkelse, behandling og veiledning. På helsestasjonen er fysioterapeuten involvert i barselomsorgen, med barselinformasjon og veiledning individuelt og i grupper. Den bidrar også med råd og veiledning til gravide, i samarbeid med jordmor.

Fysioterapi for voksne og eldre utøves i heldøgns institusjon og i hjemmet. Tjenesten har ansvar for Frisklivssentralen, med ulike læring- og mestringstilbud og diagnosespesifikt tilbud til KOLS pasienter. Det tilbys også opptrening i gruppe etter hjerteoperasjon.

Tjenesten bidrar med styrke- og balansetrening ved ulike lavterskel/ dagtilbud i kommunen, og har fallforebyggende gruppetrening for pasienter med nedsatt balanse. Fysioterapeutene søker hjelpemidler og bidrar med kartlegginger av hjemmesituasjon og tilrettelegging av bolig, barnehage og skole.

De privatpraktiserende fysioterapeutene utøver hovedsakelig sin virksomhet i private institutt.

Vurdering og forslag til tiltak

Fysioterapeuter har en grunnleggende forståelse av sårbarhet. De innehar viktig kunnskap om tidlige markører for funksjonssvikt. Med denne kunnskapen kan man tidlig identifisere eksempelvis risiko for fall og endringer i funksjon og helsetilstand. Dette er kunnskap som med fordel kan overføres til andre yrkesgrupper, og brukes mer målrettet i kommunens hjemmetjenester og tverrfaglige kartlegging av nye brukere.

Fysioterapeutens kompetanse på opptrening må i større grad nå flere brukere i tiden fremover, og på den måten sikre en høyere effektivitetsgrad. Teknologi i form av digital oppfølging av pasienter og virtuell trening er under utprøving og utvikling i norske kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Slike verktøy bør i nær fremtid også tas i bruk i Kragerø.

I tråd med utfordringsbildet til Kragerø er det behov for å styrke fysioterapeutenes kompetanse innen geriatri, psykisk helse og digitalisering.

4.5. Ergoterapi

Ergoterapi er fra 2020 en lovpålagt tjeneste, og en svært avgjørende ressurs i rehabiliteringssammenheng. Ergoterapi er å finne løsninger når det oppstår et gap mellom en persons helse og hverdagens krav. Ergoterapeuten kartlegger daglige aktiviteter og omgivelser, og bidrar med løsninger i form av trening, tilpasning, og hjelpemidler for å tette gapet.

Ergoterapeuten jobber med fagområdene forflytning, kognisjon, kommunikasjon, syn og hørsel. Ergoterapeuten fremmer aktivitetsutførelse og utvikler inkluderende omgivelser for at flest mulig skal oppleve deltakelse og tilhørighet.

I Kragerø er også ergoterapeuten sterkt involvert i velferdsteknologi og oppfølging knyttet til trygghets- og sensorteknologi.

Vurdering og forslag til tiltak

Ergoterapitjenesten har stor etterspørsel fra både interne tjenester, men også fra eksterne aktører og publikum. Særlig henvendelser vedrørende kognitiv svikt, hjelpemidler og velferdsteknologi er sterkt økende.

Tjenesten har små ressurser og ventetid. Ventetid er uheldig for brukers funksjon, men kan også medføre økt press på ordinære pleie og omsorgstjenester. Arbeidsgruppen anbefaler å styrke ergoterapitjenesten, og sørge for bedre balanse mellom antall fysioterapeuter og ergoterapeuter i kommunen.

4.6 Hjelpemiddelformidling og velferdsteknologi

Hjelpemidler erstatter og kompenserer for funksjonssvikt eller bortfall av funksjoner. Ved langvarige behov (utover 2 år) dekkes hjelpemidler av folketrygden, og NAV hjelpemiddelsentral administrerer ordningen. Bruker kan søke på hjelpemidler selv, men det skal foreligge en grundig kartlegging av behov og nytteverdien skal vurderes og utredes. NAV foretrekker, og til dels krever, terapeutisk tilnærming i svært mange søknadsprosesser.

Hjelpemidler ved kortvarige behov er kommunens eget ansvar. Kommunens eget *korttidslager* administreres av serviceteknikere. Serviceteknikerens arbeid innebærer mottak, utlevering og retur av hjelpemidler fra NAV, enkle reparasjoner og montering, bytte av hjelpemidler og utlån/ retur fra kommunens eget korttidslager. Servicetekniker er dermed et viktig bindeledd mellom pasient og NAV hjelpemiddelsentral. Serviceteknikere har også ansvar for innstilling og oppfølging av digitale trygghetsalarmer.

Kommunen er svært avhengig av servicetekniker i rehabiliteringssammenheng. Rett hjelpemiddel til rett tid muliggjør utskrivelser fra institusjon og sikrer at pasienter kan bo i egen bolig til tross for funksjonsnedsettelse. Hjelpemidler fremmer selvstendighet og

deltakelse, og vil redusere behovet for kompenserende tjenester. Kommunen og pasienten har derfor alt å vinne på å unngå ventetid i denne tjenesten.

NAV tester ut ulike modeller for utvidet ansvar til kommunene i forhold til hjelpemidler til langvarig utlån. En av modellene er fremskutt lager, hvor utvalgte hjelpemidler blir levert ut direkte til kommunen. Hos hjelpemiddelsentralen registreres hjelpemiddelet som utlevert, og kommunen får ansvar for å holde oversikt over hvem hjelpemidlene utleveres til.

Hjelpemidlene blir raskere tilgjengelig til brukerne, defekte hjelpemidler kan byttes raskere slik at man unngår unødig funksjonstap og begrensninger i ventetiden. Det forventes også en betydelig tidsbesparelse for bruker i at rett hjelpemiddel kan leveres med en gang.

Vurdering og forslag til tiltak

Etterspørselen etter hjelpemidler utfordrer de nevnte tjenesteområdene, og vi opplever tidvis forsinkelser på utlevering- både fra NAV og vårt eget lager, og mangel på hjelpemidler på eget lager. Dette kan være til hinder for at brukere kan returnere til hjemmet etter en innleggelse på sykehus eller sykehjem, og bør unngås.

Brukerne etterspør enkel bistand i hjemmet og tilpasninger i form av montering av rekkverk og håndtak, enkle tilpasninger av inngangspartiet og fjerning av dørterskler. En stor andel av Kragerøs boligmasse er lite universelt utformet. Det oppleves vanskelig å få håndverkere til å ta småoppdrag av denne karakter.

I tråd med utviklingen av hjelpemiddelområdet, må vi planlegge for økt lagerkapasitet og anskaffe et logistikkverktøy for utvidet lagerstyring. Det anbefales å samle all administrasjon i en avdeling, ett tett samarbeid mellom terapeuter og teknikere, samt bemanne en mottakstelefon med terapeutisk kompetanse.

Arbeidsgruppen anbefaler å styrke kapasiteten i denne avdelingen, både i omfang og med tilfang av håndverksmessig kompetanse. Kapasiteten bør følge behovet for transport, logistikk og ytterligere lagerstyring.

4.7 Rehabiliteringsopphold i heldøgns institusjon

Kragerø har til sammen 14 plasser for heldøgns rehabilitering, korttids- og avlastningsopphold ved henholdsvis Marienlyst sykehjem og Seniorsenteret. Kriteriene for tildeling av rehabilitering i institusjon er stort sett knyttet til omfanget av medisinske behov og behovet for tett terapeutisk oppfølging. Videre kan det være personer med store forflytningsvansker, kognitive utfordringer, svært dårlig allmenntilstand og funksjon, og som har boliger det er vanskelig å tilrettelegge. I tillegg er det en sårbarhetsfaktor om man bor alene.

Tjenesten innebærer behandling og rehabilitering etter sykdom eller skade, og tilbys ofte i etterkant av en sykehusinnleggelse. Oppholdet er tidsbegrenset, og krever et godt tverrfaglig samarbeid for at pasienten skal få et best mulig utbytte og dermed oppnå forbedringer i sitt mestrings- og funksjonsnivå.

Tverrfaglig tilnærming i et rehabiliteringsløp kan inkludere flere av følgende faggrupper fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier, helsefagarbeider, sykehjemslege, fastlege, kreft- og demenssykepleier. Det benyttes private logopedtjenester ved behov. Det foretas hjemmebesøk og det kartlegges behov for hjelpemidler i hjemmet under rehabiliteringsoppholdet.

Vurdering og forslag til tiltak

Rehabiliteringsplassene har ulik geografisk og organisatorisk plassering, og derfor ulike rutiner og tilgang på tverrfaglig kompetanse og mulighet til å bygge et godt fagmiljø på dette feltet. Ro rapporten underbygger at spredte tjenester kan være en tidstyv.

Dimensjonering og bruk av rehabiliteringsplasser lokalt er en utfordring, da behovet aldri er statisk. Liggetid varierer i tråd med problemstillingene, og tidvis blir også rehabiliteringsplassene brukt til terminale pasienter. Flere kan også få unødig langt opphold i påvente av hjelpemidler og at boligen tilrettelegges.

Unødig langvarig opphold i institusjon er uheldig av særlig to årsaker; man får ikke frigjort plass til utskrivningsklare pasienter, og vi øker faren for institusjonalisering.

Rehabiliteringsfasen kan for mange pasienter fortsette i eget hjem. Vår erfaring er at pasienter ofte kommer seg raskere når de kommer hjem til vante omgivelser.

Arbeidsgruppen mener det vil være hensiktsmessig for alle parter med en samlet lokalisasjon for døgn- og spesialisert rehabilitering. Det bør også planlegges en lokalisasjon, der senger for palliasjon og sykehjem er adskilt fra rehabiliteringsplassene. Selv om dette kan være vanskelig å få til på et mindre sted, så oppleves ikke sammenblandingen god verken for den det gjelder, pårørende eller ansatte.

4.8 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering (HVR) handler om «tidlig innsats», der man aktivt skal oppdage eldre som står i fare for å tape funksjon. Det tar tid å endre tankesett og arbeidsform, der målet er å gå fra en mer passiv omsorg til en aktiv og forebyggende tilnærming når man møter eldre brukere som bor hjemme.

Rehabiliteringspyramiden skiller hverdagsrehabilitering fra hjemmerehabilitering, hvor sistnevnte krever spesifikk fagkompetanse for å gjennomføre tiltakene. Det er derfor vesentlig at fagutøverne må kunne «skille mellom behov for spesifikk rehabilitering og innsats i hverdagsrehabilitering».

Fysisk aktivitet og trening er et av de mest virkningsfulle tiltakene vi har for å utsette funksjonssvikt og hjelpebehov. I hverdagsrehabilitering relateres dette til andre faktorer som ernæring, medikamentbruk, kognitiv funksjon, syn og hørsel, samt psykososiale forhold. Tilnærmingen skal derfor være tverrfaglig, med en grundig kartlegging som legges til grunn.

HVR tar utgangspunkt i brukernes egne muligheter og ressurser, og treningen er målrettet. HVR gir økt selvstendighet i dagliglivets aktiviteter, forbedrer funksjonsevnen og utsetter ytterligere funksjonsfall.

Vurdering og forslag til tiltak

HVR ble innført som egen tjeneste i Kragerø i 2017. Tjenesten søkes på lik linje med ordinære hjemmetjenester, men tilbys også i de tilfeller der kartlegging avdekker et behov. Per i dag utøves tjenesten av et team bestående av fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier i deltidstillinger på dagtid/ ukedager. HVR er ikke organisert med hjemmetrenere, og sammenkoblingen til hjemmetjenestene er begrenset. Med hensyn til kapasitet og organisering er derfor HVR i vår kommune mer å regne som hjemmerehabilitering, og i mindre grad hverdagsrehabilitering. Resultatene er imidlertid svært gode for de som har mottatt tjenesten til nå, og effekten er vedvarende over tid.

Det er gevinstrealisering i å snu tankegangene fra passive tiltak, til en mer aktiv tilnærming. Ett enkelt oppdrag i hjemmesykepleien med gjennomsnittlig tidsbruk på 20 min daglig, koster i overkant av 3000 kroner per måned/ 36 000 kroner per år (beregnet ut fra fagarbeiderlønn). Dette kan være bistand til for eksempel å ta av og på støttestrømper, dryppe øyne eller ta medisiner. Brukere kan øves opp til selvstendighet gjennom enkle hjelpemidler og oppgaverelatert trening. Investering i utstyr og opplæring utgjør langt mindre enn 50 %, og gevinsten er derfor stor for både bruker og tjenestene.

Arbeidsgruppen anbefaler at helse og omsorg satser høyt på hverdagsrehabilitering de neste årene. HVR kan med fordel utvides med hjemmetrenere, som kan bistå bruker med enkel oppgave- og funksjonstrening i hjemmet, utover dagtid og ukedager. Hjemmetrenere kan være ansatte fagarbeidere, men også frivillige eller pårørende kan inviteres til et samarbeid i forhold til hverdagsrehabilitering.

4.9 Friskliv, læring og mestring

Lærings- og mestringstilbud er målrettede og strukturerte pedagogiske tilbud for brukere og pårørende. De kan være både individuelle og gruppebaserte. Målet er å styrke egenmestring og bedre livskvalitet hos deltakerne. Dette handler om bevisstgjøring av egne holdninger, ressurser, kunnskap og å endre levevaner.

Frisklivssentralen er et helsefremmende og forebyggende tilbud for voksne over 18 år. Ved frisklivssentralen får du hjelp til å bli mer fysisk aktiv, få et sunnere kosthold og veiledning i røykeslutt.

Diagnoseuavhengige lærings- og mestringstiltak tilbys av helse- og omsorgstjenesten. Dette er tilbud for mennesker som lever med ulike helseutfordringer og belastninger, og som ønsker å bedre evnen til å håndtere hverdagen, eksempelvis stressmestringskurs, selvhjelpsgrupper og ernæringskurs.

Vurdering og forslag til tiltak

I tråd med kommunens utfordringsbilde bør læring og mestring fortsatt ha stor prioritet. Tilbudene bør gjøres mer kjent for befolkningen, og annonseres slik at vi opprettholder og øker rekruttering til gruppene.

4.10 Forebyggende helsesamtaler

Forebyggende helsesamtale tilbys innbyggerne det året de fyller 77. Tilbudet er frivillig, gruppebasert eller individuelt. Hensikten er å komme i tidlig kontakt for å gi forebyggende informasjon og avdekke eventuelle behov for helseoppfølging i hjemmet.

Helsesamtalen fokuserer på det som er viktig for den enkelte, og hvordan man kan forberede egen alderdom. Temaer som berøres er aktivitet, kosthold, sosialt nettverk, deltakelse, bolig, sikkerhet i hjemmet, hjelpemidler og teknologi. Der det er ønskelig/behov tilbys hjemmebesøk for kartlegging av hjemmesituasjonen.

Tiltaket er svært effektivt for å avdekke funksjonssvikt og hjelpebehov i tidlig fase, forebygge skader og ulykker, og bidra til at innbyggere kan bo lenger hjemme.

Vurdering og forslag til tiltak

Deltakere gir gode tilbakemeldinger på nytteverdien av tilbudet. Utfordringen er imidlertid å rekruttere flere til å benytte seg av det. Mange opplever seg fortsatt svært friske i en alder av 77, og for "unge" til å være i behov av denne type informasjon. Tilbudet må bli kjent over tid, og vi bør nok sørge for en mer attraktiv utforming av tilbudet fremover. Valg av lokaler, bruk av media og måten vi annonserer tilbudet på kan ha betydning. Samtidig mener vi det er viktig å holde på alder 77/ 78, for å sikre å komme i forkant av eventuell funksjonssvikt.

4.11 Helsestasjon for voksne

Helsestasjon for voksne er under planlegging og er tiltenkt å være et knutepunkt for forebyggende helsetilbud.

4.12 Dag- og aktivitetstilbud

Kalstad Aktivitetssenter (KA) gir aktivitetstilbud på dagtid til voksne mennesker med psykisk utviklingshemming og autismespekterforstyrrelser. I fokus står vedlikehold av ADL- og sosiale ferdigheter, individuelt eller i gruppe.

“Inn på tunet” er tilrettelagte og kvalitetssikrede velferdstjenester på gårdsbruk for grupper eller enkeltpersoner. Kragerø kommune har en avtale med en lokal gårdbruker i Farsjø om et Inn på tunet tilbud.

Aktivitetene er tilknyttet gården, livet og arbeidet der. Tiltaket er et ledd i den enkeltes rehabilitering og Individuelle plan for mennesker med psykiske lidelser og/eller rusproblematikk. Målet er at deltakerne skal oppleve mestring, utvikling og trivsel.

Senior’n er et aktivitets- og kulturtilbud til alle over 55 år i regi av kultur. Det arrangeres gruppetrening med fysioterapeut, seniordans, bridge, og kurs i seniornett. Senior’n har egen turgruppe. I tillegg til faste aktiviteter arrangeres ulike kurs, turer, foredrag og forskjellige kulturelle opplevelser.

Livsgleden åpnet i 2019, foreløpig som et prosjekt. Målgruppen er hjemmeboende, kognitivt friske eldre. Hensikten er å forebygge isolasjon, ensomhet og fremme deltakelse. Tilbudet inneholder matservering, trening, kulturinnslag og samarbeid med livsgledebarnehage. Det organiseres transport.

Dagtilbud for hjemmeboende med demens eller annen form for kognitiv svikt. Dagtilbudet skal stimulere til egenmestring og aktivitet tilpasset den enkelte. Dagtilbudet bidrar til avlastning for pårørende som står i en krevende omsorgssituasjon, og gjør det mulig å bo hjemme lenger. Tilbudet er lovpålagt og åpent alle hverdager. Det organiseres transport.

Kragerø kommune har inngått en samarbeidsavtale med Delecto AS. Målet for tiltaket er vurdering av arbeidsevne og arbeidstrening for personer mellom 18 og 26 år med psykiske vansker og eller utviklingsforstyrrelser som faller utenfor øvrige ordinære tiltak. Plassene benyttes uavhengig av Navs regelverk og uten innsøking via Nav. Kragerø kommune står for rekruttering og tildeling av plasser.

Vurdering og forslag til tiltak

Det er ønskelig å legge til rette for enda tettere samarbeid mellom de ulike tilbudene, uavhengig av kommunalområdene. Dette vil gi et bedre samlet tilbud til innbyggerne og bedre utnyttelse av ressurser. Livsgleden bør videreføres i ordinær drift etter endt prosjekt.

5.0 Leve hele livet

5.1 Aldersvennlige lokalsamfunn

Aldersvennlige lokalsamfunn handler om å legge til rette for at eldre skal kunne bo hjemme så lenge de ønsker, delta i de aktivitetene de er interessert i, kunne være mobile og inkludert i beslutningsprosesser og utvikling, og at de opplever nærmiljøet sitt som tilgjengelig og trygt. For å lykkes med dette må vi jobbe på tvers av nivåer og sektorer.

KS har sammen med kommuner og samarbeidsorganisasjoner nylig utgitt en håndbok for aldersvennlige lokalsamfunn, og et veikart for prosess og organisering. Kragerø har bidratt med innspill fra fagpersoner inn i dette arbeidet.

Gjennom strategisk planlegging, tverrsektorielt arbeid og involvering av eldre kan kommunen styrke eksisterende tiltak og tjenester, og utvikle nye aldersvennlige tiltak som kan bidra til å utsatte behov for tjenester og institusjonsplasser. Aldersvennlige og generasjonsovergripende tiltak kan også bidra til mer positive holdninger til aldring og eldre. Tilrettelegger man for eldre tilrettelegger man for alle.

Utfordringer og forslag til tiltak

Vi forslår at det etableres en tverrsektoriell gruppe som kan kartlegge og jobbe frem forslag til hvordan vår kommune kan bli mer aldersvennlig. Aldersvennlighet handler ikke nødvendigvis om de store kostnadene, men også om holdninger og å bygge videre på det man allerede har.

5.2 Seniorressurs og frivillighet

Det samlede verdibidraget til samfunnet fra pensjonister gjennom formelt og uformelt frivillig arbeid, er i en undersøkelse anslått til vel 45 tusen årsverk, eller litt over 25 milliarder kroner for 2016. Potensiale for ytterligere bidrag fra pensjonister er stort, og det totale bidraget kan nesten dobles mot 2030. Det forutsetter imidlertid mer målrettet rekruttering, organisering og tilrettelegging gjennom ulike organisasjonsformer i offentlig og privat regi.

Vurdering og forslag til tiltak

Kragerø har en frivillighetsmelding og samarbeidsavtaler med enkelte organisasjoner i dag. Frivilligheten generelt er i endring. Langt færre vil binde seg til faste oppdrag eller en fast organisasjon, men bidra når og det omfang som passer den enkelte. Kommuner som har å lykkes med å inkludere mer felles innsats og frivillige i sitt arbeid, har en frivillighetskoordinator. En slik rolle anses å være et av suksesskriteriene. Digitale verktøy som kobler frivillige ressurser opp mot aktuelle oppdrag er også tilgjengelig på markedet. Slike verktøy stimulerer ungdom og unge voksne til frivillig innsats.

6.0 Avslutning

Kragerø er et godt sted å bo, og vi ønsker å legge til rette for dette i fremtiden. Nasjonale føringer retter fokus mot rehabilitering og forebygging, og det å dreie tjenester mot hverdagsmestring. Vi skal ikke lenger spørre; hva trenger du hjelp til, men; *hva er viktig for deg?*

Kragerø kommune påvirkes særskilt av de demografiske endringene i samfunnet, og vi har utfordringer knyttet til levekår og folkehelse. Helse og omsorg møter ikke disse utfordringene alene. Mye av grunnlaget for et godt og bærekraftig lokalsamfunn legges i andre sektorer.

Rehabiliteringsplanen oppsummerer at vi har mange gode tjenester og tilbud i vår kommune, men at vi har mer å hente på å samarbeide bedre og kjenne til hverandre på tvers av etatene.

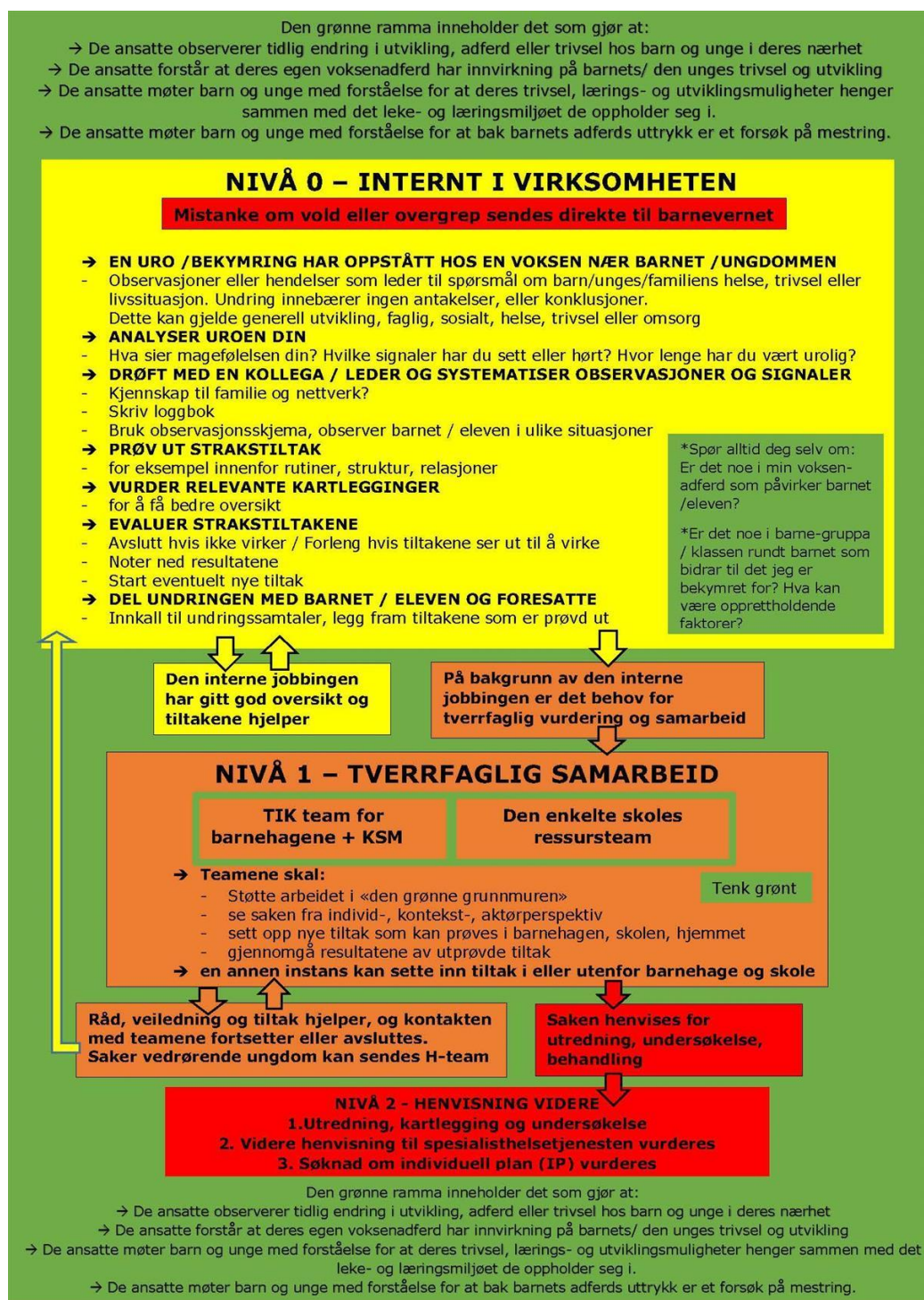
Vi må som kommune gå aktivt inn for å fremme innbyggerdialog, etablere tillit og mobilisere frivillige ressurser og organisasjoner i lokalsamfunnet vårt. Videre bør vi tenke nytt med hensyn til informasjon og rekruttering til allerede eksisterende tilbud og tjenester. «Leve hele livet» reformen gir kommunen en gylden anledning til å forankre et politisk og tverretattlig samarbeid om et aldersvennlig lokalsamfunn.

Etter en faglig vurdering vil arbeidsgruppen anbefale følgende prioriteringer for rehabiliteringstjenestene:

1. Styrke ergoterapitjenesten, og tjenester som sørger for hjelpemidler og velferdsteknologi til hjemmeboende.
Estimert behov; 0,5 årsverk ergoterapeut og 0,5 årsverk servicetekniker ila 2021.
Estimert behov innen 2 år; ytterligere 1 årsverk ergoterapeut.
2. Styrke rollen til koordinerende enhet gjennom å forankre gode rutiner for å melde og kartlegge behov for rehabilitering.
3. Øke satsingen på hverdagsrehabilitering, forebyggende informasjon, helsesamtaler og tjenester som forebygger ensomhet.
Estimert behov; 3 årsverk fordelt på fagteam og hjemmetrenere.
4. Sikre rekruttering til forebyggende tilbud og tjenester gjennom motivasjonsarbeid, oppsøkende virksomhet der folk møtes, bruk av ulike medier og interne samarbeidsrutiner.
5. Koordinatorfunksjon som bindeledd mellom kommunale tjenester og frivillige, 0,5 årsverk.
6. Økt brukermedvirkning gjennom blant annet innbyggerdialog.

VEDLEGG

TIK modellen



Aktuelle lover, forskrifter, veiledere og føringer

Lover og forskrifter

- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30)
- Specialisthelsetjenesteloven. (1999) Lov om specialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61).
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63).
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64).
- Folkehelseloven. (2011) Lov om folkehelsearbeid. (LOV-2011-06-24-29).
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011) Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR 2011-12-16-1256).
- Forskrift om helsestasjons og skolehelsetjenesten. (2018) Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. (FOR-2018-10-19-52).

Stortingsmeldinger

- Meld. St. 19 (2018–2019). Folkehelsemeldinga — *Gode liv i eit trygt samfunn*
- Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet – *En kvalitetsreform for eldre*
- Meld. St. 26 (2014–2015): Fremtidens primærhelsetjeneste – *Nærhet og helhet*
- Meld.St.19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – *Mestring og muligheter*
- Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester. *Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.*
- Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg. *Morgendagens omsorg.*
- Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen. *God helse – felles ansvar.*
- Meld. St. 34 (2015 – 2016) Verdier i pasientens helsetjeneste. *Melding om prioritering.*
- Meld. St. 26 (1999 – 2000) Om verdier for den norske helsetjenesta. *Om verdier for den norske helsetjenesta.*

Planer, strategier, veiledere og rapporter

- Strategi- og handlingsplan 2015-2020 for implementering og bruk av velferdsteknologi i Kragerø kommune
- Helse- og omsorgsdepartementet (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023.*
- Helsedirektoratet (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.*
- Helsedirektoratet (2017). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten.*
- Helsedirektoratet (2017). *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov.*

- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). Omsorg 2020. *Regjeringens plan for helse- og omsorgsfeltet 2015-2020.*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). Demensplan 2020. *Et mer demensvennlig samfunn.*
- Helsedirektoratet (2015). *Veileder for barn og unge med rehabiliteringsbehov.*
- Helsedirektoratet (2014). *Nasjonal plan for selvhjelp 2014-2018.*
- Helse og omsorgsdepartementet (2013). NCD-strategi 2013-2017. *For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft.*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017. *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle.*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Veileder for kommunale frisklivssentraler, etablering, organisering og tilbud.* (Revidert utg. 2016)
- Helsedirektoratet (2017). Nasjonalfaglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten.*
- Helsedirektoratet (2018) Nasjonalfaglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. *Svangerskapsomsorgen.*
- NOU 2018:16. (2018). *Det viktigste først - Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester.*
- NOU 2011:17. (2017). *Når sant skal sies om pårørendeomsorg. Fra usynlig til verdsatt og inkludert.*
- *Konvensjonen om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne* (2006). FN 13.12.2006. Ratifisert i Norge 3. juni 2013.