



PORSGRUNN KOMMUNE



Plan for habilitering og rehabilitering

2018-2022



Sammen om Porsgrunn

Plan for habilitering og rehabilitering 2018-2022

Revidert 05.12.2019

1.0	Innledning.....	2
2.0	Lovgrunnlaget for kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering	2
3.0	Habilitering og rehabilitering	3
4.0	Helsesituasjonen for Porsgrunns befolkning – aktuelle utfordringer	4
5.0	Tjenestekontoret	7
6.0	Familiehelsetjenester	7
7.0	Friskliv, læring og mestring	9
8.0	Hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi	10
9.0	Kommunal fysioterapi og avtaleterapeuter	11
10.0	Ergoterapi	13
11.0	Avdeling for tekniske hjelpemidler og transport.....	13
12.0	Miljøarbeidertjenesten.....	14
13.0	Psykisk helsetjeneste og rusomsorg	14
14.0	Hjemmetjenester.....	16
15.0	Tidsbegrenset opphold i institusjon.....	17
16.0	Samarbeidsarenaer - Særskilte satsningsområder.....	18
17.0	Mål og tiltak – revideres årlig	21

1.0 Innledning

Plan for habilitering og rehabilitering 2018-2022 er et dokument til bruk internt i kommunens virksomheter, og som er gjort tilgjengelig for kommunens innbyggere og politikere. Styringsgruppe for planarbeidet er ledergruppa i helse – og omsorg.

Arbeidsgruppa har bestått av:

- Ingvild Hårstad – familiehelsestjenester
- Kari Fjellhaug – psykisk helsestjeneste og rusomsorg
- Beathe Hvale Thorsen – døgnrehabiliteringen
- Marianne Kielland Hauge – fysioterapitjenesten
- Janne Falck – øyeblikkelig hjelp og avklaring
- Susanne Collier Valle, koordinerende enhet/tjenestekontoret

Planen er utarbeidet for å få en helhetlig oversikt over tjenesteområdene som arbeider innenfor, eller er i kontakt med, habilitering – og rehabiliteringsfeltet. Planen er bygget opp slik at hvert område kan inneholde beskrivelse av enten virksomhet, avdeling eller arbeidsfelt. På noen arbeidsfelt vil det være flere virksomheter/avdelinger som er representert. Planen danner grunnlag for hva som blir de viktigste satsningsområdene innenfor feltet i perioden 2018-2022, for å styrke det totale tilbudet for pasienter og brukere som trenger habilitering og/eller rehabilitering. Planen skal også synliggjøre hvordan kommunen skal samarbeide med aktører utenfor det kommunale tjenesteapparatet, spesialisthelsetjenesten, frivillige organisasjoner og brukerorganisasjoner. Planen vil i hovedsak beskrive faglige og organisatoriske virkemidler, og vil ikke beskrive økonomiske disposisjoner i budsjettet.

Planen skal revideres hvert år (status, utfordringer, tiltak), ansvarlig for å sikre dette er koordinerende enhet.

Første gang revidert per 05.12.2019

2.0 Lovgrunnlaget for kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering

Kommunens overordnede ansvar følger av helse – og omsorgstjenesteloven §3-1 som pålegger kommunene å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ansvarer omfatter alle brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Ansvarer speiler retten til nødvendig hjelp fra kommunens helse – og omsorgstjenester etter pasient og brukerrettighetsloven §2-1a. Helse – og omsorgstjenesteloven § 3-2 konkretiserer tjenester som kommunene blant annet skal ha for å oppfylle sitt ansvar. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering er nedfelt i § 3-2, pkt.5. Lovformuleringen dekker alle former for habilitering og rehabilitering. Det er krav om at kommunen skal ha en oppdatert plan for habilitering og rehabilitering innen utgangen av 2017. Forskrift om habilitering,

rehabilitering, individuell plan og koordinator utdyper kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering i § 5.

«Kommunen skal planlegge sin habiliterings – og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse – og omsorgstjenestetilbud skal integreres i et samlet, tverrfaglig re - /habiliteringstilbud.

Habilitering og rehabilitering er et viktig satsningsområde for regjeringen. Som vedlegg til Helse – og omsorgsdepartementets Prop. 1S (2016-2017) for budsjettåret 2017 la regjeringen frem sin «Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)». Budskapet i planen er: *«Det må jobbes annerledes enn i dag. Dagens arbeidsformer fører til at mange brukere med kronisk sykdom og med store og sammensatte behov ikke får tett nok oppfølging eller god nok opplæring til egenmestring. Manglende systematikk i kommunal tverrfaglig kartlegging rammer mange brukergrupper. Når brukere ikke fanges opp i tide øker risikoen for dårligere egenmestring og funksjonsfall som kunne vært unngått. Brukere må involveres, og de må få tilstrekkelig hjelp til å leve med og mestre sykdom. Ved å komme tidligere inn og ved å bedre oppfølging vil brukere få et bedre liv og penger spares. Opptappingsplanen skal bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt habilitering – og rehabiliteringstilbud til innbyggerne og over tid overtar flere habilitering – og rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenestene». «Som hovedregel bør tilbud til store pasient – og brukergrupper utvikles i kommunene. En forutsetning for et godt rehabiliteringstilbud er koordinering og samarbeid mellom tjenestene. Det gjelder internt i kommunene og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten».*

Rundskriv Nr.1-5/2017 presiserer ytterligere kommunenes ansvar for å utrede behovet for rehabilitering, og det er skissert følgende lovforslag; *«Helse – og omsorgsdepartementet anbefaler at kommunen i sin saksbehandling utreder rehabiliteringsbehov og rehabiliteringspotensiale, før det iverksettes permanente tiltak som kompensere for tap av funksjonsevne».* Uavhengig om dette lovfestes eller ikke er det liten tvil om at denne tilnærmingen er hensiktsmessig med tanke på å ta noen steg videre i forhold til å dreie tjenesten over på et mestrings -og ressursfokus. Et aktivt valg her vil innebære å satse på styrking av kartlegging og utprøving av tiltak tidlig i kontakt med den aktuelle bruker.

3.0 Habilitering og rehabilitering

Regjeringen sendte i høringsbrev 17/3709 forslag om å endre forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3. Forslaget inneholdt blant annet en endring i definisjonen av habilitering og rehabilitering, for å fange opp at habilitering og rehabilitering er prosesser som både kan være tidsavgrenset og av livslang varighet og at behovet for tverrfaglig samarbeid og koordinering kan variere over tid i et forløp.

En ny definisjon av habilitering og rehabilitering trådte i kraft 1.mai 2018. Definisjonen lyder slik: *«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 nest mulig funksjons – og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.»

En vesentlig endring i definisjonen er at tidsbegrensningen, som lå i den tidligere definisjonen, er fjernet. Definisjonen har et større helhetsperspektiv enn den tidligere definisjonen, og er noe oppmyket.

Forskjellen mellom de to begrepene rehabilitering og habilitering kommer primært til uttrykk i de utøvende tjenestene, hvor det først og fremst skilles 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 eller har oppstått senere i livet. I den videre planen brukes i hovedsak betegnelsen rehabilitering som et samlebegrep.

Rehabilitering kan beskrives som en koordinert og målrettet prosess. Behandlingen er rettet mot gjenopptrening av tapt funksjon som igjen skal føre til økt grad av aktivitet, deltakelse og livskvalitet. Når gjenopptrening ikke er tilstrekkelig, må man tilrettelegge ved bruk av hjelpemidler og tilpasning av omgivelser som bolig, arbeidsplass og fritidsaktiviteter. Målet er å oppnå best mulig funksjon fysisk, psykisk og sosialt ut fra brukerens ønsker og ressurser. Resultatet av rehabiliteringsprosessen er helt avhengig av brukerens aktive medvirkning for å lykkes. Det forutsetter at personen får tilstrekkelig informasjon og motivasjon til å delta gjennom hele rehabiliteringsprosessen. Familie og sosialt nettverk er for mange en viktig ressurs og kan medvirke til et godt resultat.

4.0 Helsesituasjonen for Porsgrunns befolkning – aktuelle utfordringer

Samhandlingsreformen har medført flere oppgaver i kommunene med kortere liggetid i sykehus og en gradvis oppbygging av tjenester «der folk bor». Det forventes at kommunene tar et større ansvar for rehabilitering og sikrer samsvar mellom behov og tilbud. Økte og mer spesialiserte oppgaver både på kommunale institusjoner og i hjemmebaserte tjenester har medført økende krav til høyere og mer spesialisert kompetanse hos kommunens ansatte, på tvers av virksomheter.

En del barn og unge har nedsatt funksjonsevne på grunn av psykiske problemer. Psykiske vansker kan gi alvorlige konsekvenser, og det er viktig å oppdage barn som er risikoutsatte, spesielt sårbare og de som er i ferd med å utvikle vansker, så tidlig som mulig. En del barn og unge med psykiske plager tar disse med seg inn i voksenlivet, som da kan gi sykdomsbelastning i voksen alder. Barn og unges psykiske helse er et av satsningsområdene for Porsgrunns kommunes folkehelsearbeid.

Hverdagsaktiviteten er synkende, hvilket er urovekkende når vi vet at inaktivitet er en av hovedårsakene til en rekke sykdommer. En passiv livsstil øker også faren for å utvikle overvekt og fedme, som igjen fører til sykdom og helseplager. Overvekt hos barn er et økende problem. Det er derfor viktig at det legges til rette for fysisk aktivitet for barn og unge, også for de som har funksjonsnedsettelse.

Den eldre delen av befolkningen er jevnt økende, - det vil innebære økt behov for tjenester. Ulike faglige vurderinger konkluderer med at de som er i ferd med å bli eldre vil være friskere lenger, men ikke i den grad at det ikke vil innebære vekst innenfor f.eks. hjemmetjenester til eldre. Kognitiv svikt er ofte en del av sykdomsbildet.

Tjenestene til yngre aldersgrupper, under 67 år, vokser vesentlig, både i Porsgrunn og på landsbasis. Antall eldre over 67 år vil være omtrent fordoblet fra 2007 til 2050. Antall eldre over 90 år øker relativt kraftig allerede på kort sikt, og andelen personer over 80 år i Porsgrunn vil etter prognosene stadig ligge 10-12 % over landsgjennomsnittet fram mot 2040.

Uføreandelen ligger generelt høyt i Telemark sammenliknet med nasjonale tall. I 2013-2015 var andelen uføretrygdede i Porsgrunn 31 % høyere enn landsgjennomsnittet. Andelen av befolkningen i Porsgrunn i alderen 15 til 29 år som brukte primærhelse-tjenesten som følge av psykisk lidelse eller symptomer lå 14 % høyere enn landsgjennomsnittet i årene 2013 – 2015.

I aldersgruppen 45 – 74 år er det 7 % flere brukere av midler mot KOLS og astma i Porsgrunn enn landsgjennomsnittet. Porsgrunnsbefolkningen ligger litt over landsgjennomsnitt på nye tilfeller av kreft og mer over gjennomsnittet når det gjelder dødelighet av kreft i perioden 2006 - 2015.

Overordnet satsning:

De overfor beskrevne faktorene er et viktig bakteppe for resten av planen, da endring i demografi og sykdomsbilde er vesentlig med tanke på nødvendige prioriteringer og innsatsområder. Innsatsområdene må ses i sammenheng med andre vedtatte planer og handlingsprogram; refererer til kommuneplanens samfunnsdel (2013-2025) hvor det legges vekt på 4 strategier for å «få innbyggere med god helse»;

- Styrke og videreutvikle kommunens helhetlige tjenestetilbud innen byggende og helsefremmende arbeid
- Legge til rette for tidlig innsats og styrke av den enkeltes mestringsevne og mulighet til å ivareta egen helse, trivsel og livskvalitet
- Legge til rette for at brukere i helseomsorgen skal bo hjemme lengst mulig
- Etablere sosiale og inkluderende møteplasser i lokalsamfunnet som fremmer trivsel og livskvalitet

Helse- og omsorgsplan 2019 – 2030 bygger på visjonen «Sammen om Porsgrunn». Visjonen gir signaler om at det satses på samarbeid og helhetlige tjenester for brukere og pårørende.

God habilitering og rehabilitering starter alltid med spørsmålet: Hva er viktig for deg? Brukerens mål for eget liv må legges til grunn ved utforming av rehabiliteringstilbudet til den enkelte bruker. Det må også stilles krav til den enkelte bruker, som må gjøres ansvarlig gjennom hele rehabiliteringsprosessen i den grad det er mulig.

For å bidra til bedre og mer helhetlig oppfølging av brukere med behov for habilitering og rehabiliteringstjenester, er det nødvendig med innovasjon for å utvikle nye organisatoriske - og teknologiske løsninger, nye arbeidsformer og nye behandlingsmetoder. For å styrke den forebyggende og rehabiliterende innsatsen må tjenestene spille på lag med de øvrige ressursene i samfunnet. Det må tenkes nye måter å arbeide - og følge opp bruker på, som flytter dagens etablerte grenser, både mellom profesjonene og mellom virksomhetsområdene i kommunen. For å bidra til at den enkelte bruker skal oppleve kontinuitet og sammenheng i tjenestetilbudet må tjenestene organiseres tett opp mot hverandre. En forutsetning for et godt rehabiliteringstilbud er koordinering og samarbeid mellom tjenestene, både internt i kommunen, med 2.linjetjenesten og eventuelle andre instanser, som frivillige organisasjoner.

Et sentralt kjennetegn ved behov for habilitering og rehabilitering er funksjons – og mestringsutfordringer på flere områder samtidig. I slike sammensatte/komplekse saker er det et stort behov for at ulike tjenester må ses i sammenheng og inngå i en større enhet, og at tilbudet er tett integrert i hjem, skole og arbeidsliv – brukermedvirkningen må stå i fokus. Tjenestene må støtte opp under og utløse alle de ressursene som ligger hos brukerne, deres familier og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet. En forutsetning for å kunne benytte ressurser i nærmiljøet – det kan være frivillighetsorganisasjoner, lavterskeltilbud, lag/foreninger og andre – er at kommunens ansatte har god kjennskap til hvilke tilbud som finnes til enhver tid, og at man i fellesskap løfter dette frem som en viktig arena for brukerne.

Utfordringer:

- «Komme tidlig nok inn» slik at funksjonsfall kan unngås eller forebygges
- Sikre brukermedvirkning
- Systematisk opplæring og fokus hos personalet på egenmestring hos bruker – mobilisering av egen ressurs
- Systematisk tverrfaglig kartlegging og vurdering av rehabiliteringspotensiale før kompensierende tiltak iverksettes
- Tilstrekkelig koordinering av tjenester og tiltak – både systematisk - og «her og nå»-koordinering
- Systematisk tverrfaglig samarbeid på tvers av virksomhetene i kommunen, og med eksterne samarbeidspartnere – både på systemnivå og på individnivå i den enkelte sak
- Pasienter som ikke kommer videre i systemet – grunnet ventetid og prioriteringer. Dette har konsekvenser både for den enkelte brukers rehabiliteringsprosess og for pasientflyten innad i kommunen.
- God og tilstrekkelig informasjon fra 2.linjetjenesten/spesialisthelsetjenesten i forbindelse med overføring av pasienter til kommunen.

5.0 Tjenestekontoret

Kontoret mottar førstegangshenvendelser i form av søknader på helsetjenester og ivaretar kommunikasjonen med sykehuset rundt utskrivningsklare pasienter. Tjenestekontoret har en vesentlig rolle som værende vedtaksmyndighet og har også ansvaret for administrasjonen av kommunens institusjonsplasser. Tjenestekontorets praksis i saksbehandlingen er av stor betydning for at kommunen skal lykkes med å dreie tjenestene i retning av et mestrings – og ressursfokus. Det er svært viktig at de ansatte på tjenestekontoret har en samlet oversikt over aktuelle tjenester og tilbud, også lavterskeltilbud, og er bevisst på kartlegging av rehabiliteringspotensialet hos bruker før eventuelle kompenserende tjenester iverksettes. Det er også av stor betydning av de ansatte her har god kjennskap til velferdsteknologiske løsninger.

Koordinerende enhet er lagt til tjenestekontoret. Koordinerende enhet har blant annet systemansvar for individuell plan/koordinator, samt sikre opplæring av kommunens koordinatører. Mange av brukerne som har behov for habilitering og rehabilitering har koordinator. Det er vesentlig at koordinatorene er trygge i sin rolle, for å sikre at brukere/pårørende opplever at de mottar sammenhengende og koordinerte tjenester.

Satsningsområder

- Styrking av kartlegging og utprøving av tiltak tidlig i kontakten med brukerne.
- Sikre utredning av rehabiliteringspotensiale før det iverksettes eventuelle kompenserende tiltak.
- Tjenestekontorets ansatte skal ha kunnskap om samtalemetoden Motiverende Intervju (MI).
- Styrking av koordinatorene i deres rolle gjennom opplæring og fagdager.
- Gjennomføre brukerundersøkelse – IP/koordinator.
- Videreutvikle informasjonsbanken for koordinatører

6.0 Familiehelsetjenester

Tjenester til barn, unge og familier fremmer helse og forebygger sykdom.

Familiehelsetjenester har følgende arbeidsområder: helsestasjonstjenester til barn 0-6 år, skolehelsetjeneste til elever i grunn og videregående skoler, helsestasjon for ungdom, jordmortjeneste, fysio- og ergoterapitjenester til barn/unge 0-18 år, smitte – og vaksinasjonstjenester og flyktningehelsetjenester. Familiehelsetjenester har ansvaret for

mange koordinatoroppdrag til barn med behov for habilitering. Helsestasjonen gir utover det ordinære helsestasjonsprogrammet følgende tilbud: oppfølging i svangerskap av jordmor, foreldreforbereidende kurs, barselgrupper, temagrupper og helsestasjon for ungdom.

Det er en egen velkomstkasse for flyktninger på Tveten skole, helsesykepleierressursen er økt på denne skolen. Det er ansatt egen flyktning-koordinator som skal sikre gode og tilgjengelige

helsetjenester for nyankomne flyktninger. Familiehelsetjenester har også ansatt en psykolog, og har tilbud om foreldreveiledning, forebyggende psykisk helseteam og familieveiviseren

Fysioterapi og ergoterapi til barn 0-18 år har som mål å gi tjenester som fremmer helse og forebygger sykdom, til barn, unge og familier. Barneteamet fysio/ergo har i alle år jobbet primært behandlende, det vil si etter henvisninger. Henvisningene kommer da fra helsesøstre, lege, sykehus, men også lærere, barnehage, PPT eller foresatte. Henvisningene prioriteres etter prioriteringsnøkkelen der de minste barna blir prioritert først. Barneteamet fysio/ergo følger opp en rekke barn med behov for habilitering, det vil si barn med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse. Disse barna følges ofte opp over lengre tid.

I de siste 5-10 årene har tilnærmingene blir mer familie sentrert; at konteksten spiller en større rolle. Den regelmessige fysio- eller ergoterapioppfølgingen blir erstattet med tilrettelagte aktiviteter og fokus på deltagelse. Det har ført til færre direkte konsultasjoner med brukere, og at det jobbes mer med nærpersoner rundt barnet. I mange år har overvekt hos barn vært en utfordring for Porsgrunn kommune, og høsten 2017 ble Friskliv barn iverksatt.

Satsningsområder

- Utarbeide og evaluere tiltak rundt helsefremmende og forebyggende arbeid på helsestasjon, barnehage og skole i tråd med nye retningslinjer fra Helsedirektoratet.
- Styrke skolehelsetjenesten i tråd med nasjonale føringer for normtall.
- Gjennomføre forskningsprosjektet «Et lag rundt eleven» på 4 barneskoler med økt helsesykepleierressurs i systemrettet og strukturert samhandling med skole.
- Styrke foreldreveiledningstilbudet i tråd med satsning på universelle tiltak basert på folkehelseperspektivet.
- Implementere og benytte «Bekymring til handling» i tråd med satsning på tidlig intervensjon.
- Godkjenning som Ammekyndig helsestasjon ved hospitering og gjennomføring av kursrekke til Kompetansesenteret for amming.
- Etablere tilbud om DU-kurs (depresjonskurs for ungdom) i tråd med satsning på psykisk helse blant ungdom.
- Systematisk og målrettet flyktningehelsetjeneste der vi følger nasjonal veileder for helseundersøkelse av flyktninger og familiegjeforente. Søke på ekstratilskuddsordningen fra Imdi (intergrerings- og mangfoldsdirektoratet) i samarbeid med andre instanser.
- Fysio/ergo skal utrede 2-4 måneders grupper på helsestasjonen, lavterskel ergoterapi i barnehager og lavterskeltilbud på barneskolene.
- Utvikle faglige retningslinjer og prosedyrer for fysio – og ergoterapi 0-18 år. Dette har vært jobbet med i flere år, men vi fortsetter å utvikle nye faglige retningslinjer for ulike diagnoser og problemsstillinger. Målet er at brukerne skal få et kvalitetssikret godt tilbud og oppfatte det å få likt tilbud uavhengig hvilken terapeut.
- Oppfriskningskurs – MI for fysio/ergo.

7.0 Friskliv, læring og mestring

Det er flere ressurspersoner tilknyttet dette feltet, fra flere ulike virksomheter.

Friskliv

Kommunens frisklivstilbud hjelper og støtter personer over 18 år som ønsker å endre levevaner knyttet til fysisk aktivitet, kosthold eller tobakk, gjennom individuelle samtaler og gruppebaserte tilbud. Friskliv, lærings - og mestringstilbudet rommer alt fra det å forebygge utvikling av sykdom, til å lære/mestre å leve best mulig med en sykdom eller utfordring. Mestringskurset er en del av tjenesten Friskliv, læring og mestring. Deltagelse på frisklivstilbud kan inngå som en del av personers rehabiliteringsprosess.

Friskliv barn har hatt et samarbeid med Friskliv, læring og mestring dette året i forbindelse med BraMat-kurs for voksne. Foreldrene som deltar på Friskliv barn har fått tilbud om deltagelse på Bra Mat-kurs i regi av Friskliv, læring og mestring. Dette samarbeidet er planlagt videreført, men det er sannsynlig at det vil bli arrangert egne BraMat kurs for foreldre fra neste år.

Mestringskurs

Mestringskurs er et tilbud til mennesker som lever med alvorlig, kronisk sykdom. Mestringskurset er en arena hvor man kan lære å leve best mulig med sykdom, og møte andre i en lignende situasjon. Det er stort rom for likemannsarbeid og for å dra nytte av hverandres gode erfaringer i kurset. Kurset er også åpent for pårørende. Personer fra andre kommuner er også velkomne. Kurset går en gang i året over 5 kurskvelder. Temaer som blir tatt opp er «å leve med alvorlig/kronisk sykdom», «fysisk aktivitet», «kosthold», «mestre hverdagen», og «veien videre». Kreftkoordinator og ergoterapeut fra kommunen arrangerer kurset og har samarbeid med brukerrepresentant fra Diabetesforbundet. Det er etablert samarbeid med interne og eksterne forelesere knyttet til noen av temaene.

Kreftkoordinator

Kreftkoordinator kan bidra med råd og veiledning, være en ressursperson for pasient og pårørende og samarbeider med øvrige helsetjenester. Kreftkoordinatoren bidrar til å skape oversikt over et nytt og uoversiktlig område som pasienter og pårørende skal forholde seg til og er til hjelp for å koordinere og tilrettelegge hverdagen for kreftsyke og pårørende på en best mulig måte. Målet er å bidra til trygghet og en sammenhengende helsetjeneste innad i kommunen - og mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kreftkoordinator skal også bistå slik at barn og unge som er pårørende får god oppfølging. Er det nødvendig med helsehjelp i form av kommunale helse og omsorgstjenester kan kreftkoordinator bistå med søknad.

Satsningsområder

- Mestringskurset fortsetter som før.

- Det satses nå på et eget pårørendekurs i tillegg. Pårørende står i en utsatt rolle, og pårørendekurset vil ha fokus på at de skal klare å stå i sin rolle. Dette vil gjelde pårørende til personer med somatisk sykdom uavhengig av diagnose. Kurset vil gå over 3 kurskvelder.

8.0 Hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi

Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabiliteringstemaet består av en sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut som samarbeider tett opp mot hjemmetjenestene. Hverdagsrehabilitering har en midlertidig delt organisering mellom Helse, mestring og rehabiliteringstjenester og Tjenestekontoret. Det er egne hjemmetrenere i hver hjemmetjenestesone.

Hverdagsrehabilitering skal bidra til å øke livskvalitet og forbedre funksjonsnivå hos brukeren gjennom å ta utgangspunkt i brukerens egne muligheter og støtte den enkeltes motivasjon og evner. Bruker skal selv definere hva som er vesentlig for å mestre eget liv.

Hverdagsrehabilitering er en systematisk tilnærming til å øke brukers mestring – og funksjonsevne og gi den økt livskvalitet, samt minske/utsette behovet for tjenester. Tilbudet gis i 4 uker hvor bruker får daglig oppfølging i ukedagene. 12 uker etter avsluttet forløp blir bruker kontaktet på nytt for re-testing.

Satsningsområder

- Styrke samarbeidet med hjemmetjenestene ved å delta hyppigere på rapporter, ta med hjemmetrenerne på vurderingsbesøk samt tettere kommunikasjon rundt felles brukere.
- Frikjøping av 3 hjemmetrenere (en i hver virksomhet) i en periode dersom finansiering fra Fylkesmannen.
- Beholde 3- 4 hjemmetrenere i hver sone.
- Motiverende intervju - kurs for hjemmetrenere og fagledere.
- Regelmessig revidering av inklusjons – og eksklusjonskriterier.

Velferdsteknologi

Velferdsteknologi er et av kommunens satsningsområder og et avgjørende element i møtet med endret demografi sett i sammenheng med tilgang på helsepersonell og øvrige ressurser. I tråd med plan for 2016-2019 har velferdsteknologi blitt integrert som tiltak i den ordinære driften av de ulike helse- og omsorgstjenester. Plan for velferdsteknologi 2020-2022 legges frem for politisk behandling januar 2020 med formål om å understøtte og forsterke brukernes trygghet, sikkerhet, mestring og medbestemmelse. Dette er i tråd med definisjon av begrepet fra direktoratet for e-helse som definerer velferdsteknologi som en fellesbetegnelse på tekniske installasjoner og løsninger som kan bedre den enkeltes evne til å klare seg selv i egen

bolig. Velferdsteknologi bidrar til å sikre livskvalitet og verdighet for brukeren, samtidig som det kan gi mer målrettet og effektiv bruk av kommunale ressurser.

Velferdsteknologi gir brukerne nye muligheter til å mestre egen hverdag og bidrar til å fremme selvstendighet og trygghet. Det gir også kommunen mulighet til å forbedre og forenkle sine tjenester, og vil være et av flere bidrag for å møte det forventede økte hjelpebehovet i befolkningen. Målet for velferdsteknologisatsningen er at innbyggerne skal få mulighet til å bo lenger hjemme, og få mulighet til forbedret bokvalitet ved kommunens institusjoner. Det satses på økt bruk av velferdsteknologi, samt økt kunnskap og kompetanse på feltet.

Velferdsteknologisatsningen koordineres av en gruppe som settes sammen på tvers av virksomheter og tjenestoområder tilpasset de ulike satsninger. I tillegg pågår det et bredt samarbeid i Vestfold og Telemark hvor kommunen er en aktiv deltaker.

Satsningsområder – Se egen plan for utførlige beskrivelser

- Medisindispensere.
- Digitalt tilsyn i institusjon og hjem.
- Videosamtaler med hjemmeboende.
- Døralarmer i tilknytning til trygghetsalarm.
- Digitale samhandlingstavler.
- Elås.

Fortsette utvikling av

- Digitale trygghetsalarmer med mottak på responscenter.
- GPS og annen lokaliseringsteknologi.
- Mobilitetssensorer for institusjon og hjemmetjenester.
- Aktivitetstavler
- Sensorteknologi i institusjon

9.0 Kommunal fysioterapi og avtaleterapeuter

I den kommunale fysioterapitjenesten er fysioterapeuten enten ansatt av kommunen eller har en driftsavtale med kommunen. De kommunale fysioterapeutene tilbyr behandling til pasienter i eget hjem og institusjon, som ikke selv kan møte fram ved fysioterapeutens behandlingssted. Kommunale fysioterapeuter arbeider også med forebyggende helsearbeid, eksempelvis gjennom prosjektarbeid og balansegrupper, samt formidling av hjelpemidler. Avtaleterapeutene ivaretar pasienter som selv kan oppsøke institutt for behandling, og pasienter som har behov for et oppsøkende tilbud en kort periode. Avtaleterapeutene ivaretar pasienter som har behov for et tilbud med spesialiserte behandlingsformer, som manuell terapi og psykomotorisk fysioterapi, samt pasienter som kommer til institutt for å trene med fokus

på forebygging og vedlikehold. Det er vedtatt retningslinjer for samarbeid mellom alle fysioterapeutene i Porsgrunn kommune, som er med på å kvalitetssikre tjenesten og sikre en lik prioritering.

Flere av de kommunale fysioterapeutene har spesialkompetanse innenfor ulike områder. Det er behov for ytterligere kompetanseheving på onkologifeltet. Lange ventelister kan medføre at pasienter kan oppleve funksjonsfall, som følge av at de må vente på behandling. Pasientene i kommunen tilbys behandling/opptrening i en begrenset periode, såkalt bolkebehandling. Det er opprettet en ny avklaringsenhet i kommunen, og her er det tilknyttet fysioterapiressurser. Fra 1.1.18 vil det være direkte tilgang til fysioterapeuter. Det vil si at pasientene ikke trenger henvisning fra lege for å få behandlingen dekket av folketrygden. Dette gir et større ansvar for terapeutene i forhold til undersøkelse, vurdering, epikriseskriving og dokumentasjon. Fra 1.1.18 gjelder ny forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale. Forskriften har som formål å sikre kommunens innbyggere nødvendige fysioterapitjenester av god kvalitet. Avtaleterapeutene opplever økt press på bassengtilbud grunnet mange henvisninger til dette tilbudet, og mindre tilgjengelig bassengtid. Det ses økende omfang av henvisninger innenfor barn og unge med psykiske lidelser/stressrelaterte plager med kroppslige symptomer, traumatiserte pasienter, blant annet flyktninger, ME/utmattelse/stresslidelser og livsstilsplager.

Satsningsområder

Kommunal fysioterapi

- Utvikle samarbeidet med Porsgrunn Psykomotoriske senter i form av at et gruppebehandlingstilbud etter psykomotoriske prinsipper.
- Videreføre fallforebyggende arbeid gjennom balansegrupper.
- Prioritere ressurser inn i ny avklaringsenhet.
- Øke kompetansen innen rehabilitering og onkologi (videreutdanning og kurs)

Avtaleterapeuter

- Øke kompetansen med tanke på vurdering/undersøkelse som en konsekvens av at pasientene har direkte tilgang til fysioterapi.
- Økt samarbeid mellom terapeut og fastlege/sykehus/andre henvisere, via Helsenetten og elektroniske dialogmeldinger.
- Tilbud til overvektspasienter/livsstilsplager/psykosomatikk.
- Øke bassengkapasiteten og øke tilbudet om behandling/trening i basseng. Behandling i basseng er et godt alternativ for bl.a. revmatikere og pasienter med muskel/skjelettplager. Dette er populære tilbud som det er lange ventelister på.
- Utvikle samarbeidet mellom avtaleterapeuter og Friskliv, læring og mestring.

For oversikt over avtaleterapeuter og gruppetilbud se www.porsgrunn.kommune.no

10.0 Ergoterapi

Ergoterapeuten bidrar til å finne løsninger når det oppstår et gap mellom helse og hverdagens krav. Ergoterapeuten tilrettelegger og trener på aktiviteter i hverdagen, arbeidsfeltene er helsefremming og forebygging, behandling, rehabilitering og habilitering. Ergoterapeutene er hørsels- og synskontakt for kommunen.

Ergoterapeutene opplever økende antall henvisninger fra eldre som vil klare seg i eget hjem og har behov for tilrettelegging. Strammere arbeidsmarked medfører at flere med funksjonshemming havner utenfor arbeidslivet. Vi opplever utfordringer med å hjelpe disse inn i arbeid.

Satsningsområder

- Ergoterapeut deltar i arbeidsgruppe for Ambulant team for voksne hjemmeboende funksjonshemmede. Dett er et prosjekt i samarbeid med Miljøarbeidertjenesten, Bygg- og eiendomsavdelingen og Tjenestekontoret.
- Velferdsteknologi. En ergoterapeut sitter i arbeidsgruppe som jobber med dette på systemnivå i kommunen.
- Påvirke boligbyggelag og andre private utbyggere til å bygge rimelige, tilgjengelige boliger.
- Arbeid.

11.0 Avdeling for tekniske hjelpemidler og transport

Tekniske hjelpemidler gir de som trenger det en enklere hverdag, og gir innbyggerne i Porsgrunn mulighet for å bli boende lenger i eget hjem. Korttidslån (varighet under 2 år) av hjelpemidler er kommunens ansvar; blant annet manuelle rullestoler, rullatorer, toalettstoler og andre enkle manuelle hjelpemidler. Korttidslagerets produkter resirkuleres, og en viktig oppgave er derfor renhold og vedlikehold. Er behovet av en varighet over to år, skal det lånes fra NAV Hjelpemiddelsentralen. Avdelingen har også ansvar for pasienttransport til og fra dagavdelingene. Både korttids- og langtidshjelpemidler blir hentet, levert og returnert av de kommunalt ansatte i avd. tekniske hjelpemidler og transport. Ved behov leveres hjelpemidlene hjem. De foretar også enkle monteringer, justeringer og reparasjoner av alle disse hjelpemidlene.

Kommunen overtar stadig flere av de oppgavene som NAV Hjelpemiddelsentralen tidligere utførte. Eksempelvis kommer hjelpemidlene nå flatpakket mot tidligere ferdig montert. Det skjer en rask utvikling på markedet tekniske hjelpemidler. Det produseres mer avansert elektronikk og digitaliserte løsninger som krever ny kompetanse. Dette fører til en endring av arbeidsoppgavene til mer kompliserte og tidkrevende oppdrag. Det kreves større fleksibilitet/raskere utkjøring av tekniske hjelpemidler som avhjelper både bruker selv, pårørende og ansatte i helse- og omsorg. Hjelpemidler er ofte en avgjørende forutsetning for at brukere kan komme hjem fra sykehus eller institusjon. Flere sykkelig overvektige med

behov for hjelpemidler. Dette er en utfordring med tanke på kvaliteten og utvalget av hjelpemidler for denne gruppen pasienter.

Satsningsområder

- Fortsette det gode samarbeidet med NAV Hjelpemiddelsentral og hjelpemiddelleverandører.
- Øke kompetansen innen elektronikk.
- Fortsette fokuset på resirkulering.

12.0 Miljøarbeidertjenesten

Miljøarbeidertjenesten gir tjenestene praktisk bistand og opplæring til voksne personer med utviklingshemming, Gartnerløkka arbeids – og dagaktivitetstilbud til mennesker med utviklingshemming, Saturnvegen - som er avlastning til foreldre til barn og unge med sammensatte behov og støttekontaktordning.

Miljøarbeidertjenesten har fått midler til forprosjektet for å etablere et Ambulerende team. Vi håper på prosjektmidler for de neste to år. Med dette håper vi at flere mennesker med lett til moderat utviklingshemming kommer inn på det ordinære boligmarked og etablerer seg i egne boliger. Til nå har det vært hjemmetjenesten som har bistått disse personene med hensyn til tjenester. Virksomheten er i gang med å orientere seg på feltet velferdsteknologi. Det er en utfordring for virksomheten at det er mange på venteliste med hensyn til arbeidstilbud, og at vi får flere eldre som er «pensjonert» fra sitt dagtilbud, og trenger oppfølging i boligen sin på daglig basis.

Satsningsområder

- Arbeid.
- Bolig.
- Ambulerende team.
- Velferdsteknologi.
- Tilbud til eldre utviklingshemmede med hensyn til arbeid, bolig og eventuelle andre tjenestetilbud.

13.0 Psykisk helsetjeneste og rusomsorg

Virksomheten psykisk helsetjeneste og rusomsorg gir tjenester til personer over 18 år som har psykiske lidelser eller rusproblemer. Målsettingen er å bidra til at brukerne blir bedre i stand til å mestre eget liv. Virksomheten består av fire bofellesskap, to lavterskel dagsenter og ambulerende hjemmetjenester. Videre drifter virksomheten et midlertidig botilbud, ett lavterskel helsetilbud og ruskonsulent-tjenester. I tillegg har virksomheten ansvar for støttekontaktordningen for sammen målgruppe.

Målgruppen blir stadig yngre og med mer komplekse og sammensatte problemstillinger. Brukere kan både ha alvorlige psykiske lidelser, rusproblemer og psykisk utviklingshemming eller kognitive vansker, noe som gir utfordringer på de fleste livsområder. Dette setter store krav til kompetanse, samhandling internt i kommunen og med 2. linjetjenesten, samt hvordan tjenestene organiseres. Det forventes at fra og med 2019 vil det bli innført betaling for overliggerdøgn også i psykiatri- og rusbehandlingen, og vi må sikre at kommunen har gode systemer på plass til å håndtere dette.

Det er en utfordring at andelen som er i arbeid, skole eller annen form for sysselsetting eller aktivitet, er lav for denne gruppen. Kartlegging fra 2015 viser at kun 15,37 % av de personene Psykisk helsetjeneste og rusomsorg gir tjenester til er i jobb eller går på skole. Det er få tilrettelagte arbeidsplasser og lang ventetid.

Kommunen har en utfordring i forhold til bostedsløshet. Det bør jobbes systematisk med å skape trygge bomiljøer, noe som involverer flere ulike virksomheter og avdelinger i kommunen.

Virksomheten har det siste året satset på å heve de ansattes kompetanse innen familie/pårørendearbeid. Ved å ta i bruk metoder som gir brukeren kunnskap om egen sykdom og enkle verktøy for å håndtere ulike situasjoner, står bruker bedre rustet til å mestre eget liv. Samtidig støttes, styrkes og veiledes pårørende i sin rolle, noe som kan bidra til å senke konfliktnivået i familier og øke forståelsen for brukers sykdom. Dette arbeidet vil være et satsningsområde også i årene fremover.

Det har også vært satset på å holde mestringskurs (eks. kurs i depresjonsmestring/KiD), hvor formålet er at brukeren kan lære å håndtere sykdommen sin, gjenvinne mestring samt å forebygge behov for tjenester. Disse kursene har vist seg å ha god effekt og det bør vurderes om dette skal utvides til også å gjelde andre diagnoser enn det vi har i dag.

Et annet satsningsområde er å styrke lavterskel helsetilbudet til rusmisbrukere. Vi ser at mange rusmisbrukere har svært dårlig fysisk helse og de benytter i liten grad det ordinære helsetilbudet som fastlege. Ved Feltpleien jobbes det blant annet målrettet med informasjonsarbeid og forebyggende arbeid for å påvirke til alternative administrasjonsmåter av narkotiske stoffer og for å forebygge overdoser. Det er i dag en sykepleier i full stilling som er tilknyttet Feltpleien og tilbudet er blitt styrket med en lege i 10 % stilling denne høsten.

Rusmiddelproblemer, psykisk og somatisk helse henger sammen. Mange har betydelig lavere levealder på grunn av somatisk sykdom. Dette skyldes både manglende forebygging, oppdagelse og underbehandling av pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. På bakgrunn av dette har Helsedirektoratet jobbet med å etablere i alt 8 pakkeforløp for psykisk helse og rus, hvorav de 3 første var ute på høring i høst. Dette innebærer å etablere nasjonale, normgivende forløp for utredning og behandling. Implementering av disse pakkeforløpene vil få betydning og konsekvenser for hvordan virksomheten jobber framover.

Et annet satsningsområde er å bygge gode ettervernstilbud for personer som har vært til rusbehandling. Både bolig, arbeid/aktivitet, fritid og nettverk står sentralt i forhold til å lykkes med dette arbeidet, og det er viktig at dette er på plass i god tid før utskrivelse. Dette fordrer ett tett samarbeid med ulike interne og eksterne aktører.

Satsningsområder

- Heve de ansattes kompetanse innen familie – og pårørendearbeid.
- Videreføre KID –kurs (kurs i depresjonsmestring) samt utvide til 2 kurs årlig.
- Styrke lavterskel helsetilbudet til rusmisbrukere.
- Pakkeforløp.
- Bygge ettervernstilbud.

14.0 Hjemmetjenester

Hjemmetjenestene i kommunen er inndelt i 3 virksomheter. Hver virksomhet er inndelt i 3 avdelinger som yter tjenester i hvert sitt geografiske område. I tillegg er omsorgsboligene og BPA egne avdelinger i virksomhetene.

Hjemmetjenestene gir nødvendig helsehjelp og praktisk bistand til pasienter og brukere i eget hjem. Hjemmetjenestenes oppgaver er blant annet å forbygge, behandle og tilrettelegge for mestring av psykisk- og fysisk sykdom, skade og nedsatt funksjonsevne. Hjemmetjenestene gir tjenester hele døgnet til brukere i alle aldersgrupper.

Hjemmetjenestene ivaretar i større grad enn tidligere brukere/pasienter med sammensatt problematikk, og der er behov for mer spesialisert kompetanse. Det tilstrebes å gi helhetlige og sammenhengende tjenester til brukerne/pasientene.

Satsningsområder i hjemmetjenesten:

- Hverdagsrehabilitering.
- Velferdsteknologi og digitalisering.
- Pasientsikkerhet: eksempelvis legemiddelgjennomgang, ernæringskartlegging, brannforebygging, fallforebygging, samstemming av legemiddellister.
- Avklaringsleilighet – en møblert leilighet der pasienter/brukere kan prøve ut boevne før evt hjemreise fra institusjon.
- Økt kompetanse for alle ansatte: opprettelse av fagutviklingssykepleier, e-læring, veiledning, regelmessig internopplæring, øvingsavdeling.

15.0 Tidsbegrenset opphold i institusjon

Et tidsbegrenset opphold i institusjon med heldøgns helse og omsorgstjenester skal ta sikte på å brukes til utredning, behandling og rehabilitering, samt kartlegging av eventuell videre behandling og forsvarlig tjenestetilbud etter oppholdet. Utredning av rehabiliteringspotensialet hos bruker kan være en del av et slikt opphold. Det skal også kunne være mulig å kartlegge uavklarte problemstillinger knyttet til funksjonsnivå, mestringsevne, døgnrytme og kognitiv svikt. En vil ha fokus på å opprettholde eller forbedre funksjonsnivået og forebygge behovet for langtidsopphold gjennom for eksempel og tilby avlastning og rullerende opphold. Kriteriene for oppholdet er at pasienten selv må ønske og samtykker til å være hjemmefra en periode. Når pasienten ikke er samtykkekompetent vil en yte helsehjelp ut fra §4A i pasient og brukerrettighetsloven.

Det er økende kompleksitet og utfordrende problemstillinger i pasientgruppen siden de ofte har høy alder og er multimorbide. En ser også at det er en økende grad av antibiotikaresistente bakterier blant pasientene noe som igjen fører til et mer komplisert behandlingsforløp.

Lindrende enhet

Lindrende enhet har som formål å kunne tilby god helhetlig behandling, pleie og omsorg til pasienter med spesielt utfordrende symptomer ved kreft og annen alvorlig sykdom. Før det kan tildeles plass ved lindrende enhet må det foreligge en spesifikk problemstilling fra palliativ enhet på sykehuset og hjemmeboende må ha en vurdering av fastlege. Pasientene som er aktuelle for rehabilitering er de som har behov for stabiliserende behandling og symptomlindring, i etterkant av omfattende kreftbehandling. Rehabilitering av kreftpasienter dreier seg ofte om å redusere funksjonstap, for eksempel gjennom fysioterapi mot lymfeødem eller lokaliserte muskelskader etter strålebehandling.

Avklaring

Avklaringsplassene ved St. Hansåsen sykehjem ble opprettet i november 2017. Tjenestekontoret tildeler plassene, dette er plasser man ikke kan søke på. Pasientene kommer ofte fra sykehus for videre behandling og oppfølging. En skal i løpet av en uke vurdere pasienten sitt funksjonsnivå og sette i gang tiltak som sikrer pasienten et godt forløp videre. Det kan være å vurdere om pasientene trenger et rehabiliteringsopphold, tjenester fra hjemmesykepleie, tilrettelegging av hjemmet, annen type bolig, langtidsopphold eller at vedkommende reiser hjem etter endt behandling.. Det er et tverrfaglig samarbeid med ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier, helsefagarbeider og lege på avdelingen.

Satsningsområder

- Opprettholde faste fysio – og ergoterapiressurser i avdelingen.
- Fokus på pasientsikkerhetsarbeid innen områdene tidlig oppdagelse av forverret tilstand, fall, ernæring, trygg utskrivelse og legemiddelsamstemming.
- Føre statistikk over bruken av plassene for senere evaluering.

I tillegg til de overnevnte plassene er det mulighet for tidsbegrenset opphold ved Vestsiden sykehjem, Doktorløkka, Brevik og Borgehaven.

Døgnrehabilitering

Borgehaven døgnrehabilitering har 15 sengeplasser. Tverrfaglig personalgruppe: Sykepleier, vernepleier, hjelpepleier, lege, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Tilbyr rehabilitering til personer over 18 år. Personalet er delt inn i 3 fagteam: Ortopedi, hjerte/kols/cancer og nevrologi. Tilbud om oppfølgingsgruppe (torsdagsklubben) etter utreise. Avdelingen har flere korttidspasienter enn tidligere, grunnet kommunens retningslinjer for fleksibel bruk av institusjonsplasser. Det kan ta tid å få pasientene videre til ny bolig eller korttids/sykehjem. Det er økende brukergruppe med problematikk innenfor psykiatri (og i perioder rus) i forhold til hva vi har sett tidligere, samt flere pasienter med sykelig overvekt som gir utfordringer da hjelpemidler og møbler ikke passer.

Satsningsområder

- Fokus på legemiddelsamstemming (samkjøre medisinliste fra sykehus, fastlege).
- Prosjektgruppe om reduksjon av fall.
- Statistikk (antall liggedøgn, diagnose, Barthel, bergs balanseskala, hvor de kommer fra og hvor de reiser til, behandling under oppholdet, rehabiliteringspotensiale, alder, kjønn).
- Prosjekt om langvarig effekt av rehabilitering etter 3 og 6 mnd.
- Videreutdanning innen slagrehabilitering og sår (sykepleier).
- Samarbeid med rehabiliteringsavdeling på Skien helsehus og Presteløkka i Larvik.
- Økt fokus på brukermedvirkning.
- Nytt tilbud til personer under 67 år som ikke kan delta på ordinær balansegruppe.
(Trivelig torsdag)

16.0 Samarbeidsarenaer - Særskilte satsningsområder

Spesialisthelsetjenesten

Det foreligger gjeldende samhandlingsavtaler med spesialisthelsetjenesten, eksempelvis rundt utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Kommunen erfarer at det er svært ulikt hvor utfyllende og riktig informasjon som gis fra de ulike avdelingene på sykehuset. Informasjonen som gis er svært avgjørende for hva slags tilbud kommunen gir pasienten videre. Det er derfor vesentlig å fokusere på å videreutvikle dette samarbeidet, for å gi brukerne et forsvarlig, og så «riktig» tilbud som mulig.

Internt i helse og omsorg

Det foreligger samarbeidsrutiner internt i de ulike virksomhetene og mellom virksomhetene i helse – og omsorg. Det er allikevel behov for å styrke dette samarbeidet. Tverrfaglig

samarbeid bygger på ulik, men likeverdig kunnskap. De ulike fagpersonene er gjensidig avhengig av hverandre for å kunne møte utfordringene til brukers beste. Godt samspill avhenger av at man kan forstå og ta del i den andres virkelighetsoppfatning. En forutsetning for tverrfaglig samarbeid er at man må kjenne til og respektere hverandres rolle og arbeidsoppgaver. Det stiller krav om dialog og interaktiv involvering faggruppene imellom og med bruker. En forutsetning for å lykkes med det tverrfaglige samarbeidet er koordinering av tjenester – tilstrekkelig og i rett tid. Koordinering må ivaretas av hver enkelt ansatt, den som ser et koordineringsbehov må sørge for at dette gjøres, både løpende og «satt i system» ved behov.

Med andre kommunalsjefsområder

For å lykkes med rehabiliteringsarbeidet er det vesentlig med et tett samarbeid mellom virksomhetene i kommunen. For en familie som har et barn med behov for habilitering er det helt essensielt at helse- og omsorgstjenestene samarbeider med andre virksomheter som er sentrale i barnets liv, det kan eksempelvis være barnehage, skole eller PPT.

Det å ha en tilfredsstillende bolig er et grunnleggende behov, og en forutsetning for helse, utdanning, arbeid og samfunnsdeltakelse. Hjemmet er knyttet til en rekke andre sider ved livet, og har betydning for identitet og sosial tilhørighet. Hjemmet, og rammene rundt, er avgjørende for barns oppvekstvilkår, og for unges mulighet til å fungere i skole, fritidsaktiviteter og arbeidsliv. Bolig er også grunnleggende viktig i et folkehelseperspektiv. Boligsosiale utfordringer er ofte ikke bare relatert til lav inntekt, men også til helseproblemer, redusert funksjonsevne, rus og diskriminering. Det å ha en egnet bolig er grunnleggende i en rehabiliteringsprosess. I utgangspunktet har hver og en et ansvar for å tilrettelegge for sitt eget liv. Derfor stiller det offentlige krav til at folk må selv tilrettelegge sin egen bolig, slik at en kan bli boende eller finne et nytt sted å flytte til hvor en er i stand til å ta vare på seg selv. Det er i hovedsak to målgrupper for kommunens boligsosiale arbeid; bostedsløse og vanskeligstilte på boligmarkedet. Se temaplan 2013-2020 – boligsosialt arbeid.

Eksterne etater

Rehabilitering er et svært sammensatt og komplekst felt, og krever samarbeid med eksterne etater. Dette kan være 2. og 3. linjetjenesten, fylkeskommunale aktører og NAV. Samfunnsdeltakelse er en av målsettingene for den nasjonale satsningen på rehabilitering, og arbeid trekkes frem som et satsningsområde. Arbeid er i utgangspunktet en hverdagsaktivitet for alle i arbeidsfør alder. Hverdagsmestring handler om aktiviteter og gjøremål i hverdagen som har stor betydning for å bevare helsen og opprettholde funksjonsnivået. Det er gjennom disse aktivitetene vi knyttes til vårt sosiale nettverk, til familie, venner og kollegaer. Arbeidsdeltakelse har stor effekt på den enkeltes identitet og helse, og er et virkemiddel for å motvirke fattigdom og sosiale ulikheter. Fokus på arbeid og arbeidsdeltakelse er ofte en av flere målsettinger for habilitering og rehabilitering.

Pårørende

Kommunens får gjennom Prop. 49 L ansvar for å styrke pårørendestøtte. I denne sammenhengen fokuseres det på potensialet som ligger i å styrke samhandlingen mellom offentlige tjenester og pårørende. Pårørende kan trenge støtte i krevende situasjoner med sine nærmeste, det kan være enten en til en eller i form av pårørendekurs som arrangeres årlig. Det samtidig viktig at pårørende veiledes i hvordan de kan bidra inn i en rehabiliteringsprosess for best mulig å nå brukers mål; det kan være å aktivt bidra, men også å veiledes i at man skal forholde seg passiv og ikke tilby hjelp når bruker skal trene på ulike aktiviteter som er vanskelige.

Frivillige aktører

Kommunene oppfordres til å spille på lag med frivillige organisasjoner, og utnytte disse som en ressurs i rehabiliteringsarbeidet. Frivillige aktører som røde kors og frivillighetssentralen har mange ulike tilbud, som det er viktig at kommunen har kjennskap til. Mange brukere vil kunne benytte disse tilbudene, men samtidig er det viktig at de frivillige har fått god nok opplæring og oppfølging i arbeidet de skal utføre. Det kan være brukere i vanskelige livssituasjoner de møter, og det er da av stor betydning at de frivillige er godt «rustet» for å lykkes med dette arbeidet.

17.0 Mål og tiltak – revideres årlig

Tjenestekontoret og koordinerende enhet

	Tiltak	Når	Evaluering
1	Styrking av kartlegging og utprøving av tiltak tidlig i kontakten med brukerne	Kontinuerlig	Vår 2020
2	Sikre utredning av rehabiliteringspotensiale	Kontinuerlig	Vår 2020
3	Kurs – motiverende intervju	Mars/sept. 2018	Gjennomført
4	Opplæring og fagdager for koordinatorene	Mai/okt 2018	Gjennomført og videreføres
5	Gjennomføre brukerundersøkelse IP/koordinator	Høst 2018	Januar 2020
6	Videreutvikle informasjonsbanken for koordinatorene	Kontinuerlig	Vår 2020

Familiehelsetjenester

	Tiltak	Når	Evaluering
1	Utarbeide/evaluere tiltak rundt helsefremmende og forebyggende arbeid på helsestasjon, barnehage og skole i tråd med Nasjonale faglige retningslinjer for Helsestasjon og skolehelsetjenesten, helsedirektoratet.	Kontinuerlig	Desember 2018 Det jobbes kontinuerlig med tiltakene i tråd med retningslinjen for tjenesten.
2	Styrke skolehelsetjenesten i tråd med nasjonale føringer for normtall.	Kontinuerlig	Desember 2018. Det er fortsatt avvik i skolehelsetjenesten. Det jobbes videre med å styrke skolehelsetjenesten i tråd med nasjonale normtall.
3	Gjennomføre forskningsprosjektet «Et lag rundt eleven» på 4 barneskoler	Januar 2018- desember 2019	Desember 2019. Gjennomført i tråd med prosjektbeskrivelse, avsluttes 31.12.2019 etter plan.
4	Styrke foreldreveiledningstilbudet i tråd med satsning på universelle tiltak basert på folkehelseperspektivet.	April 2018	Desember 2018. Det jobbes kontinuerlig for å styrke dette tilbudet. Flere ansatte har fått opplæring og kursing i foreldreveiledningsmetoder. Videreføres.
5	Implementere og benytte «Bekymring til handling» i tråd med satsning på tidlig intervensjon.	Januar 2018	Mai 2019. Gjennomført gjennomgang for alle ansatte på personalmøte.
6	Godkjenning som Ammekyndig	Innen	Januar 2019 Gjennomført,

	helsestasjon ved hospitering og gjennomføring av kursrekke til Kompetansesenteret for amming.	utgangen av 2018	og godkjent.
7	Etablere tilbud om DU-kurs (depresjonskurs for ungdom) i tråd med satsning på psykisk helse blant ungdom.	August 2018	Februar 2019 Gjennomført etter plan. Fortsetter satsning på psykisk helse blant ungdom.
8	Systematisk og målrettet flyktningehelsetjeneste der vi følger nasjonal veileder for helseundersøkelse av flyktninger og familiegjennforente.	Kontinuerlig	Desember 2018 Gjennomføres kontinuerlig. Helsesykepleier er på voksenopplæringen ukentlig.
9	Søke på ekstratilskuddsordningen fra Imdi i samarbeid med andre instanser.	Kontinuerlig	Desember 2018 Gjennomføres kontinuerlig i samarbeid med instanser i kommunen. Virksomheten har egen ressurs.
10	Utrede – lavterskel ergoterapi i barnehagene	Januar 2018	Desember 2018 Barnehagene har mulighet til å ta kontakt med ergoterapeut mtp førskolegruppa. Er avhengig av kapasitet. Tilbuder er foreløpig lite kjent.
11	Utrede – lavterskeltilbud på barneskolene (fysio/ergo)	Januar 2018	Desember 2018 Fysioterapeut i teamet som har en 50% stilling rettet mot skolehelsetjenesten er i permisjon frem til april 2020. Vil da vurdere hvordan et slikt tilbud skal fungere. Skolestartundersøkelse med helsesykepleier og lege starter høst 2019 og fysioterapeut vil kunne være en støttespiller og samarbeidspartner i denne.
12	Utvikle faglige retningslinjer og prosedyrer (fysio/ergo)	Kontinuerlig	Desember 2018 Helsedirektoratet har ansvar for å utarbeide faglige retningslinjer for helsetjenesten. Fysio/ergo jobber videre med rutiner for drift.

Friskliv, læring og mestring

	Tiltak	Når	Evaluering
1	Opprettholde mestringskurs som før	Fortløpende	Høsten 2020
2	Oppstart pårørendekurs	August 2017	Feb/mars 2018

Hverdagsrehabilitering

	Tiltak	Når	Evaluering
1	Styrke samarbeidet med hjemmetjenestene ved å delta hyppigere på rapporter, ta med hjemmetrenerne på vurderingsbesøk samt tettere kommunikasjon rundt felles brukere	Kontinuerlig	Vår 2020. Forsøker ny modell med månedlig rapport i tillegg til deltagelse i rapport i alle felles saker
2	Frikjøping av 3 hjemmetrenerne (en i hver virksomhet) i en periode dersom finansiering fra Fylkesmannen	September 2018	Vår 2019 Gjennomført – ikke videreført
3	Beholde 3-4 hjemmetrenerne i de nye sonene	Januar 2018	Vår 2019 – gjennomført, videreføres
4	Motiverende intervju-kurs for hjemmetrenerne og fagledere	Mars + september 2018	Gjennomført
5	Revidering av inklusjons – og eksklusjonskriteriene	Kontinuerlig	Gjennomført Desember 2019,

Velferdsteknologi

	Tiltak	Når	Evaluering
1	Digitale trygghetsalarmer med mottak på responscenter	2017	Er i drift. Fortsette utviklingen
2	GPS – lokaliseringsteknologi	Ordinær drift fra 2018	Er i drift. Fortsette utviklingen
3	Mobilitetssensorer – institusjon og hjemmetjenester	Sommer 2017	Fortsette utviklingen
4	Sensorteknologi – institusjon	Høst 2017	Fortsette utviklingen
5	Aktivitetstavler	Kontinuerlig	
6	Medisindispensere	Kontinuerlig	
7	Digitalt tilsyn i institusjon og hjem	Kontinuerlig	

8	Videosamtale med hjemmeboende	Kontinuerlig	
9	Døralarmer i tilknytning til trygghetsalarm	Kontinuerlig	
10	Digitale samhandlingstavler	Kontinuerlig	
11	Elås	Kontinuerlig	

Kommunal fysioterapi

	Tiltak	Når	Evaluering
1	Utvikle samarbeid med Porsgrunn Psykomotoriske Senter – oppstart gruppebehandling	Desember 2017	Er i drift
2	Øke fallforebyggende arbeid gjennom balansegrupper. Opprette balansegrupper på et helse – og aktivitetscenter	2019	Juni 2020
4	Prioritere ressurser inn i det nye korttidssykehjemmet (Gamle St.Hansåsen) Vurdering og mål etter modell fra døgnrehabiliteringen.	Januar 2020	Januar 2021
5	Øke kompetanse innen rehabilitering og onkologi gjennom videreutdanning og kurs	2020	

Avtaleterapeuter

	Tiltak	Når	Evaluering
1	Økt kompetanse – undersøkelse/vurdering som konsekvens av direkte tilgang til fysioterapi	Innen 2018	Gjennomført
2	Økt samarbeid med fastlege/sykehus/andre henvisere via helsenett og elektroniske dialogmeldinger	Kontinuerlig	Gjennomført
3	Tilbud til overvektige/livsstils plager/psykosomatikk	2020	2022
4	Øke antall bassenggrupper	2020	2022
5	Utvikle samarbeid mellom avtaleterapeuter og Friskliv, læring og mestring	2020	2022

Ergoterapitjenesten

	Tiltak	Når	Evaluering
1	Delta i arbeidsgruppe for innsatsteam for voksne hjemmeboende funksjonshemmede	Høst 2017→	Gjennomført
2	Velferdsteknologi	Kontinuerlig	Gjennomført
3	Påvirke boligbyggerlag og andre private utbyggere til å bygge rimelige og tilgjengelige boliger	Kontinuerlig	

Avdeling for tekniske hjelpemidler og transport

	Tiltak	Når	Evaluering
1	Fortsette det gode samarbeidet med NAV hjelpemiddelsentral og hjelpemiddelleverandørene	Kontinuerlig	
2	Økt kompetanse innen elektronikk	Juni 2018	Gjennomført ved nyansettelse
3	Fortsatt fokus på gjenbruk/resirkulering	Kontinuerlig	

Miljøarbeidertjenesten/Borgehaven boliger

	Tiltak	Når	Evaluering
1	Øke antall VTA plasser	Kontinuerlig	Årlig
2	Ambulerende team	Jan 2018	Januar 2021
3	Øke bruken av velferdsteknologi	Fortløpende	
4	Lavterskeltilbud til personer med funksjonsnedsettelse som ikke har arbeid/dagtilbud	2020	2021

Psykisk helsetjeneste og rusomsorg

	Tiltak	Når	Evaluering
1	Heve de ansattes kompetanse innen pårørende/familiearbeid mot sertifisering som veiledere i Psykoedukativt kunnskapsbasert familiearbeid	Høsten 2016	Desember 2018 Pågår fortsatt, noen er sertifisert, ikke alle er ferdig.
2	Kurs i depresjonsmestring – utvide til kurs vår og høstsemester	September 2017	Gjennomført høst 2018.
3	Styrke lavterskel helsetilbud til rusmiddelmissbrukere ved tilbud om lege på feltpleien fra januar 2018	Kontinuerlig	Legetilbudet er midlertidig opphørt
4	Sammen med DPS-ROP etterstrebe og utarbeide et helhetlig og individuelt tilrettelagte rehabiliteringsløp for personer med kognitive vansker, gjennom å synliggjøre behov og utarbeide rutiner	2019	Arbeidet pågår
5	Styrke ettervernstilbudet for personer som har vært til rusbehandling ved å etablere «rusfritt hus»	Kontinuerlig	Rusfritt hus er etablert fra juni 2019

Hjemmetjenester

	Tiltak	Når	Evaluering
1	Hverdagsrehabilitering	Kontinuerlig	Årsskiftet
2	Velferdsteknologi og digitalisering	Kontinuerlig	Årsskiftet
3	Pasientsikkerhet	Kontinuerlig	Årsskiftet
4	Avklaringsleilighet	Høsten 2018	Årsskiftet
5	Kompetanseheving; opprette fagsykepleiere, e-læring, veiledning, internopplæring og øvingsavdeling	Kontinuerlig	Årsskiftet

Tidsbegrenset opphold i institusjon

Avklaringsavdelingen

	Tiltak	Når	Evaluering
1	Opprettholde fast fysio – og ergoterapiressurser på avdelingen	Kontinuerlig	
2	Pasientsikkerhetsarbeid innen; tidlig oppdagelse av forverret tilstand, ernæring, fall, trygg utskrivelse og legemiddelsammenstemming	Kontinuerlig	
3	Føre statistikk over bruk av plassene for senere evaluering	Kontinuerlig	
4	Tverrfaglig møte 1 gang per måned m/sykepleier, lege, fysioterapeut og ergoterapeut	Vår 2020	

Døgnrehabilitering

	Tiltak	Når	Evaluering
1	Legemiddelsammenstemming	06.2017 kontinuerlig	Gjennomført
2	Prosjekt – reduksjon av fall	01.2018	Gjennomført
3	Føre statistikk	kontinuerlig	
4	Prosjekt – langvarig effekt av rehabilitering etter 3 og 6 måneder	01.2017	Er i fast drift
5	Videreutdanning – slagrehabilitering sår (sykepleier)	08.2017- 06.2018 08.2018- 06.2019	Gjennomført
	Etablere samarbeid med rehabiliteringsavdelingen ved Skien Helsehus og Presteløkka i Larvik	03.2018 Kontinuerlig	
7	Økt fokus på brukermedvirkning	Kontinuerlig	

8	Etablere treningsleilighet i 3 etg ved ledighet	2020	2022
---	---	------	------