



Handlingsplan for habilitering og rehabilitering 2019 - 2022



Sola
kommune

Innhold

1. Innledning	3
1.1 Bakgrunn	3
1.2 Formål med handlingsplanen	3
1.3 Rammer	3
2. Habilitering og rehabilitering i kommunen	4
2.1 Formål med tjenestene	4
2.2 Koordinering av tjenestene	4
3. Status og utfordringer i Sola kommune	5
3.1 Sentrale aktører i habilitering og rehabilitering	5
3.2 Habiliteringstjenester for barn og unge	6
3.3 Habiliteringstjenester for voksne	6
3.4 Rehabiliteringstjenester for voksne og eldre	6
3.5 Helhetlige, samordnede og koordinerte tjenester til rett tid og rett sted	7
3.6 Legge til rette for at innbyggerne aktivt deltar i utformingen av tjenestene og tar medansvar	8
3.7 Heve faglig kompetansemål	8
4. Tiltak	10
5. Referanser	12

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Habilitering og rehabilitering er et viktig satsningsområde, og regjeringen la frem en opptrappingsplan i 2017. Planen skal bidra til at brukerne mottar gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester der de bor. Samtidig skal planen bidra til å styrke brukerperspektivet. Regjeringen vil hindre nedbygging av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten før tilsvarende kapasitet og kompetanse er bygget opp i kommunene.

Erfaringene i Sola kommune understøtter behovet for satsing på habilitering og rehabilitering. Dette innebærer også en kompetanseheving, spesielt på tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid. Denne handlingsplanen er knyttet opp til Kommunedelplan for tjenesteutvikling i helse- og velferdstjenesten 2017-2029. Handlingsplanen inneholder en beskrivelse av eksisterende behov og tjenester samt ønskede satsingsområder og tiltak fremover.

Sola kommune ønsker økt fokus på at innbyggerne er aktive deltakere i å utforme kommunens tjenester og i eget liv. På habilitering og rehabiliteringsområdet kan dette innebære å ta i bruk den enkeltes ressurser på en annen måte enn tidligere. Dette innebærer at innbyggerne selv definerer sine behov og mål, og at kommunen bistår i prosessen med å finne veien til å nå disse målene. Fokuset skal endres fra passiv mottaker av hjelp, til egenmestring så langt dette er mulig. Innbyggerne skal møtes med spørsmålet «Hva er viktig for deg og hvordan kan vi sammen legge en plan for å nå disse målene?» heller enn «Hva kan vi hjelpe deg med?».



1.2 Formål med handlingsplanen

Formålet med handlingsplanen er at innbyggerne i Sola kommune med behov for langvarige og koordinerte tjenester, skal motta og være aktivt deltagende i et eget habiliterings- og/eller rehabiliteringstilbud i kommunen.

Aktuelle tjenester på tvers av tjenesteområdene og nivå skal bidra til at innbyggerne får mulighet til å leve et aktivt og mest mulig selvstendig liv til tross for sykdom og/eller funksjonstap. Det innebærer å ta i bruk brukernes ressurser på nye måter, med økt fokus på mestring i hverdagslivet.

Erfaringskompetanse til bruker er viktig for utviklingen av kommunens tjenester. Tilbudet skal være teambasert med god brukermedvirkning, og ha et godt samarbeid på tvers av aktuelle sektorer og tjenestenivåer. Det skal ytes systematisk oppfølging, tjenestene skal være koordinerte, og ha faglig bredde.

En forutsetning for et godt habiliterings- eller rehabiliteringstilbud er koordinering og samarbeid mellom tjenestene. Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering viser til at et godt kommunalt tilbud og et godt tilbud for brukerne i planperioden ikke bare vil kreve større kapasitet, men også utfordre til å endre arbeidsformer og innretning av tjenestetilbudet både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det henvises også til at det er behov for større faglig bredde og bred kompetanse på et høyere faglig nivå hos tjenesteyterne i kommunene. Tjenestene må støtte opp under, og utløse alle de ressurser som ligger hos brukerne, deres familier og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet.

Habilitering og rehabilitering bør i størst mulig grad tilbys der livet leves; i hjem, barnehage, skole, fritidsarenaer, bo- og nærmiljø og på arbeidsplassen. Det er derfor et mål at hovedtyngden av innsatsen skal skje i kommunen hvor brukeren bor. Alle som yter tjenester som inngår i en brukers habiliterings- eller rehabiliteringsprosess, er i utgangspunktet å betrakte som aktører innen dette feltet.

Handlingsplanen skal bidra til at kommunen settes i stand til å gi et godt tilrettelagt habiliterings- og rehabiliteringstilbud for og sammen med sine innbyggere.

1.3 Rammer

I henhold til lov om helse- og omsorgstjenester skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunen skal bl.a. ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Koordinerende enhet skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator utdyper kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering. Formålet med forskriften er å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som skal bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjon- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse.

Habiliterings- og rehabiliteringsprosessene skal være tilpasset den enkelte og kunne gis på ulike arenaer til brukers beste. Kommunen bør også legge til rette for at brukerrepresentant deltar i planlegging, utvikling og evaluering av habilitering- og rehabiliteringsvirksomheten. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig tilbud. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ved behov samarbeide med andre tjenesteområder. Kommunen skal også sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte. Dette er også hjemlet i folketrygdloven og tilhørende forskrift.

I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene er det påpekt at spesialisthelsetjenesten skal legge til rette for mer ambulant virksomhet og veiledning overfor kommunen innen rehabilitering. Opptrappingsplanen har som utgangspunkt at rehabiliteringstilbud til store pasient- og brukergrupper som hovedregel bør utvikles i kommunene. Helseforetak og kommune har et felles ansvar for å utvikle lærings og mestringstilbud på anbefalt nivå. Dette gjelder alt fra individuell bruker- og pårørendeopplæring til gruppetilbud og likemannsarbeid.

2. Habilitering og rehabilitering i kommunen

2.1 Formål med tjenestene

Formålet med både habilitering og rehabilitering er at den enkelte 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 god funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.

Habilitering og rehabilitering er ulike målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom bruker, pårørende og tjenesteytere som har som mål å gjenopprette viktige funksjoner eller etablere nye, slik at man i større grad kan mestre daglige aktiviteter og leve et uavhengig liv. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Fokus på brukermedvirkning og den enkeltes ressurser står sentralt i arbeidet med å kunne tilby gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester.

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

Habilitering og rehabilitering flytter fokus fra sykdom til fokus på aktivitet og deltakelse.

Habilitering og rehabilitering handler om å lære seg å leve et godt og selvstendig liv på tross av sykdom eller skade. Det innebærer blant annet at aktører både innenfor og utenfor helse- og omsorgstjenesten kan være sentrale i samarbeidet.

Habilitering

Brukere med behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelser. Brukerne innen habilitering trenger bistand til å oppøve nye funksjoner og ferdigheter som de utgangspunktet ikke har hatt. Det er også behov for vedlikehold av innlærte funksjoner og ferdigheter. Tiltakene som iverksettes har som mål å utvikle funksjons- og mestringsevnen for å nå størst mulig grad av selvstendighet. Tidlig innsats og forebyggende tiltak for å bevare eksisterende funksjoner og bremse utvikling av funksjonstap er viktig.

Rehabilitering

Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander ervervet senere i livet. Rehabilitering er prosesser som foregår mellom brukere, pårørende og tjenesteytere på ulike arenaer. Eksempelvis i hjemmet, på institusjon, hos fysioterapeut/ergoterapeut, på skole eller jobb. Rehabiliteringen kan foregå individuelt og/eller i grupper. Målet med disse prosessene er å gjenvinne funksjoner som har gått tapt på grunn av fysisk, sosial eller kognitiv sykdom eller skade. Med rehabilitering menes det at man jobber med tverrfaglig innsats mot et eller flere felles mål, basert på den enkeltes mål, ønsker og forutsetninger. Dette gjelder for brukere eller personer som har eller står i fare for å bli begrenset på grunn av sykdom eller skade. Hensikten er at disse skal få muligheten til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, samt kunne delta i samfunnet for øvrig gjennom utdanning, arbeidsliv og sosial deltakelse.

Når en bruker kun trenger bistand fra én tjeneste/ykesgruppe er det ikke rehabilitering.

Målgruppen for rehabilitering kan grovt deles i to kategorier etter hvor hovedtyngden av utfordringer ligger; somatisk rehabilitering og rehabilitering innen psykisk helse og rus.

2.2 Koordinering av tjenestene

I henhold til helse og omsorgstjenesteloven skal det etableres en koordinerende enhet for habilitering- og rehabiliteringsarbeid i kommunen. I Sola kommune er det Tjeneste- og koordineringskontoret (TKK) som har denne rollen. TKK skal bidra til å sikre et godt tilbud til brukere med sammensatte og langvarige behov for tjenester. TKK mottar henvendelser fra hjelpeinstanser, brukere eller pårørende/foresatte angående individuell plan og koordinator. I tillegg mottar og behandler virksomhetsleder ved fysio- og ergoterapiavdelingen noen henvisninger.

Individuell plan, forkortet til IP, og koordinator er verktøy som blir brukt for samhandling og forutsigbarhet i forløpet. Vedtak om IP og koordinator innvilges av TKK. IP er et dynamisk verktøy og innvilges brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester.

IP og/eller koordinator har til hensikt å skape kontinuitet i oppfølgingen av barn, ungdom eller voksne med habilitering- eller rehabiliteringsbehov. Dette arbeidet innebærer en forpliktende handlingsplan med delansvar, hvor man arbeider med brukerstyrte mål i et lengre tidsperspektiv.

Barnevernloven sier at barneverntjenesten skal utarbeide en individuell plan for barn med behov for langvarige og koordinerte tiltak eller tjenester dersom det anses nødvendig for å skape et helhetlig tilbud for barnet, og det foreligger samtykke. Barneverntjenesten skal samarbeide om planen med andre instanser barnet mottar tiltak fra.

Opplæringsloven sier at ansatte i skolen skal delta i samarbeid om utarbeidelse og oppfølging av tiltak og mål i individuell plan når dette er nødvendig for å ivareta elevenes behov for et helhetlig, koordinert og individuelt tilpassa tjenestetilbud.

Personell som jobber innen habilitering- og rehabilitering bør ha et minimum av felles grunnleggende kompetanse ut over den felles helsefaglige og fagspesifikke kompetansen.

3. Status og utfordringer i Sola kommune

Helse- og omsorgsdepartementets opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering beskriver at de føringer som gis skal bidra til:

- At kommunen settes i stand til å gi et godt rehabiliteringstilbud til innbyggerne og over tid overta flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten
- At innbyggerne mottar gode habilitering og rehabiliteringstjenester der de bor
- Å styrke brukerperspektivet og bedre kvaliteten i tjenestene

Det vil under bli beskrevet hvilke aktører som er viktige i habilitering og rehabiliteringsarbeidet og litt om tjenesten. For å beskrive hvordan det kan jobbes målrettet med føringene er det tatt utgangspunkt i Kommunedelplan for tjenesteutvikling i helse- og velferdstjenesten 2017-2029, hvor det er identifisert følgende delmål som habiliterings- og rehabiliteringsområdet er knyttet opp mot:

- Helhetlige, samordnede og koordinerte tjenester til rett tid og rett sted

- Legge til rette for at innbyggerne aktivt deltar i utformingen av tjenestene og tar medansvar
- Heve faglig kompetansemål

3.1 Sentrale aktører i habilitering og rehabilitering

Fysio- og ergoterapitjenesten har særlig kompetanse innen habilitering og rehabilitering for brukere i alle aldre. Tjenesten gis som behandling individuelt eller i gruppe, trening i dagliglivets aktiviteter, tilrettelegging av bolig og tilpassing av tekniske hjelpemidler. Tjenesten gjennomføres på ulike arenaer som i skole, barnehage, rehabiliteringsavdeling, i brukers hjem, i kommunens lokaler eller på institutt. Kommunens hjelpemiddellager for korttidsutlån og formidling av hjelpemidler er lagt under tjenesten, det samme er Team hjemmehabilitering som består av fysioterapeut, ergoterapeuter, hjelpepleier og sykepleier.

Fastlegene diagnostiserer, følger opp og behandler brukere med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer. Fastlegen er en viktig del av det samlede helsetilbud i kommunen. Fastlegen har en medisinskfaglig koordineringsrolle, og skal identifisere brukere som har behov for habilitering og rehabilitering. Fastlegen skal delta i arbeidet med å fastsette habilitering og rehabiliteringsmål.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har barn, unge, gravide og foreldre som målgruppe. Formålet med tjenesten er å fremme fysisk og psykisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold i tillegg til å forebygge sykdom og skader. Tjenesten har en viktig oppgave å fange opp barn og unge med behov for mer omfattende hjelp og oppfølging på grunn av funksjonsnedsettelse, problemer i familien, psykiske plager eller andre sammensatte, langvarige hjelpebehov.

TKK mottar alle henvendelser fra spesialisthelsetjenesten, fastleger og andre aktører som vil i kontakt med kommunens helse og omsorgstjenester. TKK kartlegger og fatter vedtak om tjenester til brukere som har behov for det. TKK fungerer som koordinerende enhet.

Hjemmetjenesten har en viktig rolle i å oppdage begynnende funksjonsfall hos hjemmeboende brukere og følger opp dette. Hjemmetjenesten skal kartlegge og vurdere behov for tilrettelegging av brukers hjem, motivere og følge opp brukere med mål om å mestre hverdagen. Ha fokus på egen læring, økt funksjon- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse.

Sykehjem har en viktig rolle å ivareta brukers behov som er i institusjon enten for kort eller lang tid. Avdelingene skal motivere og følge opp brukere med mål om å mestre hverdagen. Ha fokus på egen læring, økt funksjon- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse.

Barnehage og skole er de viktigste daglige arenaene for barn og unge. Barn og unge med

funksjonsnedsettelse og kronisk sykdom har rett til et individuelt tilpasset og likeverdig tilbud som bidrar til en meningsfull oppvekst uansett funksjonsnivå. Mange barn og unge har behov for samtidige tjenester fra helse- og utdanningssektoren, noe som stiller krav til samordnet innsats.

Frivillige aktører består av et mangfold av organisasjoner, lag og foreninger som på ulike måter bidrar til og legger til rette for at brukere med ulike funksjonsnedsettelse får mulighet til å være aktive, oppleve mestring og delta sosialt i samfunnet. Kommunen har en ansatt i frivillighetssentralen som skal koordinere og utvikle frivillighetsarbeidet i helse og omsorgstjenesten.

Pårørende er ofte brukers viktigste støtte og ønsker ofte å være en ressurs for brukeren. Pårørende kjenner bruker godt, og har erfaring med hva som kan bidra til å hjelpe. Samtidig må ansatte være bevisst på at pårørende kan ha behov for faglig veiledning, avlastning og støtte.

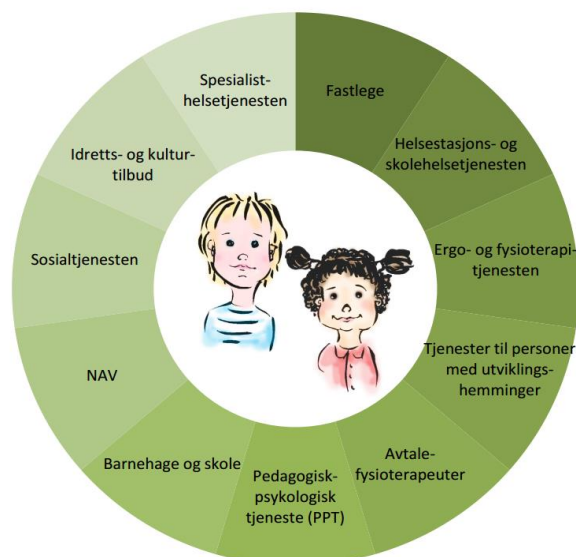
3.2 Habiliteringstjenester for barn og unge

Barn og unge med habiliteringsbehov har ulike medisinske tilstander eller kroniske sykdommer. Det berører ofte samspillet i familie og nettverk og det kan være behov for tjenester som fritidskontakt og avlastning, samt veiledning. Det er viktig å få avklart tilstand/diagnose tidlig, og sette inn relevante tiltak for den enkelte og familien.

Mange av barn og unge med deres familier har behov for tverrfaglige og tverrsektorielle tjenester helt fra småbarnsalder til voksen alder, eller hele livet. Det er snakk om samarbeid mellom fastleger, helsestasjon- og skolehelsetjeneste, fysio- og ergoterapitjenesten, tjenester til personer med utviklingshemming, avtalefysioterapeuter, pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), barnehage/skole, NAV med flere.

Barn og unge med funksjonsnedsettelse har ofte behov for tjenester fra helse- og skolesektoren samtidig. Sektorene har ulike oppgaver og ansvar, men har felles mål om at barn og unge med nedsatt funksjonsevne skal kunne delta i samfunnet på lik linje med jevnaldrende. Mange foreldre opplever samarbeidet og koordineringen med hjelpeapparatet som krevende og belastende. Et fragmentert tjenesteapparat gjør det ofte vanskelig for barn og familier å vite hvor de kan finne riktig hjelp.

Det er behov for en tydeligere avklaring av tjenestenes roller, funksjon og ansvar, for eksempel gjelder dette når barn og unge har behov for helserelaterte tiltak i barnehage og skole. For barna og familien er det viktig å ha størst mulig kontinuitet i oppfølgingen, og at verktøy som ansvarsgrupper, koordinator og IP benyttes for å få til en målrettet og samordnet innsats.



Illustrasjon: Bergen kommune/ Anette Servan

3.3 Habiliteringstjenester for voksne

Voksne personer med habiliteringsbehov er en sammensatt gruppe med svært ulike behov, både knyttet til innhold, omfang og intensitet i oppfølgingen. Funksjonsnedsettelsen vil imidlertid oftest være varig og habiliteringsbehovet vil derfor vare livet ut. Brukerne bor i bofellesskap, i foreldrehjem eller i selvstendige leiligheter. Habiliteringstiltakene skal bidra til å fremme mestringsevne og understøtte brukerens innsats for best mulig funksjonsevne, selvstendighet og deltakelse. Viktige samarbeidspartnere i habiliteringsarbeidet er blant annet miljøtjenesten, fastleger, NAV, idrettslag kultur/fritid og arbeidsmarkedsbedrifter.

3.4 Rehabiliteringstjenester for voksne og eldre

Kommunen har ulike rehabiliteringstilbud i og utenfor institusjon for voksne og eldre personer. Sentrale samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten for kommunens rehabiliteringstjenester er ulike avdelinger ved Stavanger universitetssykehus, Lassa og IKART, i tillegg til private opptreningsinstitusjoner som har avtale med Helse Vest.

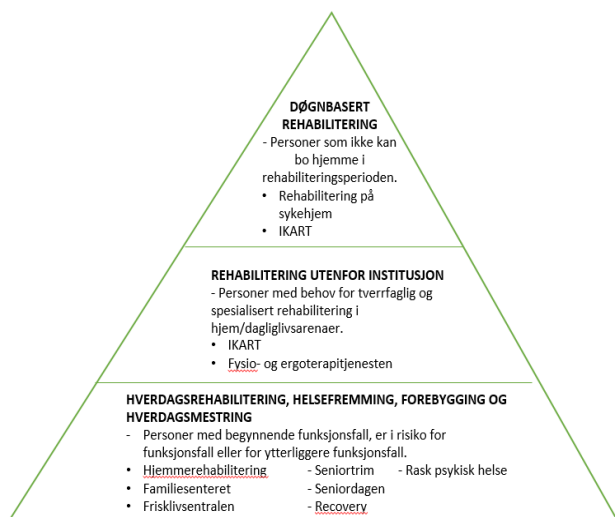
Rehabilitering i institusjon

Tverrfaglig og tidsavgrenset rehabiliteringsopphold gis til personer med behov for oppfølging og rehabilitering hele døgnet. Sola sykehjem har en avdeling for rehabilitering. Antall plasser varierer ut ifra behov. Målet med rehabilitering i institusjon er god utnyttelse av tiden bruker er på rehabiliteringsopphold og trygg overgang for bruker mellom rehabiliteringsavdeling og hjem. Det er utarbeidet rutiner for å sikre god flyt i brukerforløp og riktig bruk av rehabiliteringsplasser.

Rehabilitering utenfor institusjon

Rehabilitering utenfor institusjon omfatter alle rehabiliteringstiltak som gjennomføres for hjemmeboende personer; enten i brukers hjem, nærmiljø eller i kommunens lokaler. Kommunen har et hjemmerehabiliteringsteam som har rehabilitering som sin kjernevirksomhet.

Trekant skisserer de ulike rehabiliteringsnivåene og innhold i de forskjellige. Den øverste delen skisserer stort behov for rehabilitering og nederst del lavt behov for rehabilitering.



3.5 Helhetlige, samordnede og koordinerte tjenester til rett tid og rett sted

En forutsetning for et godt habilitering og rehabiliteringstilbud for kommunens innbyggere er at det foreligger koordinering og samarbeid mellom tjenestene. Dette gjelder både internt i kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering viser at et godt tilbud for innbyggerne med behov ikke bare krever god kapasitet, men også endrede arbeidsformer og innhenting av tjenestene både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Det henvises også til at det er behov for større faglig bredde og bred kompetanse på et høyt faglig nivå hos tjenesteytere i kommunene. Tjenestene må støtte opp under og utløse alle de ressurser som ligger hos innbyggerne, deres familier og sosiale nettverk, i nærmiljøet og i lokalsamfunnet.

Videre i handlingsplanen kommer det blå og grå tekstbokser. De blå tekstboksene beskriver en utfordring i kommunen. De grå tekstboksene eksempler på tiltak.

Det skal foregå mer habilitering og rehabilitering i kommunene. Sola kommune skal sikre helhetlige, samordnede og koordinerte tjenester.

Et tiltak for å ivareta opptappingen på feltet i kommunen er å være del av det interkommunale teamet, IKART hvor prosjektledelsen er i Stavanger kommune. IKART ble etablert som et prosjekt i 2018 med fokus på helhetlige, samordnede og koordinerte tjenester for våre innbyggere med store og sammensatte rehabiliteringsbehov.

Samhandling og koordinering av tjenester til innbyggere med sammensatte behov og tjenester er utfordrende. Spesielt utfordrende er det der samarbeidspartnerne lovverk hører utenfor helse- og omsorgstjenesten og ikke er tydelig på ansvar og oppgaver når det kommer til tverrfaglig samarbeid.

Det er utarbeidet flere tiltak for å sikre samhandling og koordinering til innbyggere med sammensatte behov og tjenester. Tiltakene er:

- Plansamarbeid for elever som trenger helsetjenester i skolen implementeres
- Utarbeide klare retningslinjer for ansvarsfordeling i ASK arbeidet og implementering
- Samarbeidet på tvers av tjenesteområdene videreutvikles

IP er et godt verktøy for systematisering og dokumentering av det tverrfaglige samarbeidet som er rundt et menneske med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Verktøyet er elektronisk med sikker pålogging og gjør kommunikasjonen mellom samarbeidspartnerne enkel. Planeier har stor styringsrett i forhold til hva de andre samarbeidspartnerne skal ha innsyn i og tilgang til.

Koordinator for IP har ofte to roller. Han/ hun skal både være fagperson og koordinator. Det erfarer å være utfordrende med to roller. I tillegg kan ansvarsgruppemøtene oppleves å ha liten fremdrift.

Et tiltak er å avklare krav og forventninger til deltakerne i møtene. Det er også behov for å drøfte utfordringen med være koordinator og tjenesteutøver.

Et annet tiltak for å sikre fremdrift i ansvarsgruppemøtene er å ta en gjennomgang av rutiner for ansvarsgruppemøter.

Sola kommune er en kommune i vekst og det er en forventet befolkningsvekst med 17 % de neste 16 årene.

Innbyggertall og -prognose for Sola kommune:

Alder	2019		2022		2035		Endring 2019 - 2035	
0 – 5	2252	8,5 %	2232	8,2 %	2499	8 %	247	-8 %
6 – 15	3733	14,1 %	3810	13,9 %	3991	12 %	258	-11 %
16 – 22	2268	8,5 %	2264	8,3 %	2559	8 %	291	-6 %
23 – 66	15334	57,8 %	15794	57,7 %	17851	56 %	2517	-3 %
67 – 79	2116	8,0 %	2318	8,5 %	3363	11 %	1247	32 %
80 – 89	684	2,6 %	786	2,9 %	1335	4 %	651	62 %
90 +	157	0,6 %	182	0,7 %	382	1 %	225	102 %
Totalt	26528	100 %	27386	100 %	31979	100 %	5451	17 %

Kilde: HØP 2019 - 2022

Til tross for at de eldre stort sett er friske eldre er det en forventning om at kommunen vil ha økt behov for innsats på habilitering og rehabiliteringsområde. Liten tilgang på kompetanse i årene fremover vil kreve at nye arbeidsmetoder tas i bruk.

Det forventes at opptrappingsplanen i tillegg til befolkningsvekst vil utløse mer behov for tjenester.

Et tiltak vil være å bygge opp noen tjenester når andre bygges ned.

3.6 Legge til rette for at innbyggerne aktivt deltar i utformingen av tjenestene og tar medansvar

Sola kommune ønsker økt fokus på at innbyggerne er aktive deltakere i å utforme kommunens tjenester og i eget liv. På habilitering og rehabiliteringsområdet kan dette innebære å ta i bruk den enkelte innbyggers ressurser på en annen måte enn tidligere. En ønsker å fokusere på mestring i hverdagslivet med utgangspunkt i den enkeltes behov og ressurser. Dette innebærer at innbyggerne selv definerer sine behov og mål, og at kommunen bistår i prosessen med å finne veien til å nå disse målene. Fokuset skal endres fra passiv mottaker av hjelp, til egenmestring så langt dette er mulig. Innbyggerne skal møtes med spørsmålet «Hva er viktig for deg – og hvordan kan vi sammen legge en plan for å nå disse målene?» heller enn «Hva kan vi hjelpe deg med?».

Sola kommune ser en utfordring i at kommunen ikke har noe dagtilbud til yngre personer med funksjonsnedsettelse på grunn av ervervet sykdom eller skade som for eksempel Multippel Sklerose (MS), slag, Parkinson, Kols etc. Mange brukere i denne kategorien har falt ut av arbeidslivet, og tilbringer hverdagen i hjemmet, og blir gradvis mer passive.

Et tiltak vil være å etablere et dagaktivitetstilbud med mulighet for å treffe andre i samme situasjon. Tilbudet kan kombinere det sosiale aspektet ved å treffe andre i samme situasjon, med aktiv rehabilitering innenfor fysisk og kognitiv aktivitet, trening i hverdagsmestring etter eget behov, alt med fokus på hva som er viktig for den enkelte. Det vil ved et slikt tilbud være fokus på å finne ressursene til den enkelte, og å kunne benytte disse på en god måte, for eksempel i form av frivillig arbeid, selvhjelpsgrupper etc.

Kommunen har et tverrfaglig hjemmerehabiliteringsteam. Brukergruppen her er Innbyggere som har hatt et funksjonsfall etter sykdom eller skade, og i forlengelsen av rehabiliteringen vil også denne brukergruppen være aktuelle for dagaktivitetstilbudet.

3.7 Heve faglig kompetansemål

Nye arbeidsmåter og økt fokus på innbyggerinvolvering krever økt kompetanse hos ansatte i kommunen. Målsetningen om helhetlige og samordnede tjenester krever økt tverrfaglig samarbeid, noe som krever god kunnskap både om andres fagfelt og arbeidsrutiner for å fungere.

Kommunen har potensial i å samordne tjenestene på tvers av tjeneste og virksomhetsområde.

Gode hospiteringsordninger internt med utveksling av kompetanse er et tiltak for å øke kunnskap.

Behov for kompetanse i organisasjonen må vurderes på tvers av tjenesteområdene.

Et tiltak er å legge til rette for formelle utdanninger og delta i kunnskapsnettverk. Det er utarbeidet en kompetanseplan og det søkes Fylkesmannen årlig om kompetanse og innovasjonsmidler for realisering og gjennomføring av viktige kunnskapsløft.

Flere innbyggere velger å ta imot undervisning på nærskolen i større grad enn tidligere, noe som medfører at flere barn med behov for habilitering har skolehverdagen på sin nærskole. Grannes forsterket skole vil fortsatt være et senter med spesialkompetanse. PPT er en viktig ressurs for å kartlegge barns utvikling i barnehage og skole. PPT gir i tillegg til å råd og veiledning til barnehagene og skolene i kommunen.

Det vil være behov for økt kompetanse i nærskolene inkludert Grannes forsterket skole.

Spesialkompetansen i skolen kan samles på Grannes forsterket skole. Et viktig tiltak vil være at forsterket skole sikrer at nærskolene får veiledning og støtte. Det vil fortsatt være behov for å bygge opp tverrfaglige kompetansenettverk. På sikt kan vi her sikre en felles kompetanse for barnehage og skole.

4. Tiltak

Tiltakene er i tråd med kommunedelplan for tjenesteutvikling i helse- og velferdstjenesten 2017-2029.

Delmål	Tiltak	Ansvar	Tidsramme
Helhetlige, samordnede og koordinerte tjenester til rett tid og rett sted	Plansamarbeid for elever som trenger helsetjenester i skolen implementeres. Erfaringer fra dette arbeidet deles med barnehage og ses i tråd med barnehageloven.	Oppvekst ved fagstab	Høsten 2019
	Utarbeide klare retningslinjer for ansvarsfordeling i ASK arbeidet og implementering.	Oppvekst for tiden Grannes skole	Pågå
	Hospiteringsordning internt settes i system.	Levekår ved fagstab	Våren 2020
	Delta i IKART (Interkommunalt ambulerende rehabiliteringsteam).	Levekår ved Fysio- og ergoterapiavd.	Pågå
	Vurdere behov for koordinator for habilitering og rehabilitering.	Levekår ved TKK	Våren 2020
	Etablert forbedringsteam (gode pasientforløp) med egen tiltaksplan.	Levekår ved Sola bo- og hj.tj	Pågå
	Gjennomgang rutiner for IP ansvarsgruppemøter (forventningsavklaringer mm).	Levekår ved TKK	Våren 2020
	Gjennomgang av IP `er. Kan noen planer erstattes med Acos enkel samspill.	Levekår ved TKK	Våren 2020
	Øke antall øremerkede institusjonsplasser til avlastning, korttid og rehabiliteringsplasser.	Levekår ved TKK	Høsten 2021
	Revidere rutiner og implementere for samhandling mellom voksenopplæringen, PPT og tjenestene i levekår.	Oppvekst ved voksenopplæringen	Høsten 2019
	Kartlegge behov og mulighet for bofellesskap ved Tabo.	Levekår ved fagstab	Høsten 2019
	Økt innbyggertall og etterspørsel på habilitering og rehabilitering.	Levekår ved Fysio- og ergoterapiavd.	Høsten 2019

Delmål	Tiltak	Ansvar	Tidsramme
Legge til rette for at innbyggerne aktivt deltar i utformingen av tjenestene og tar medansvar	Boligprosjekt (unge innbyggere med tjenester fra miljøtjenesten).	Levekår ved TKK	Drift 2022
	Dagrehabilitering (sammen med frivillige).	Levekår ved Fysio- og ergoterapiavd.	Pågår
	Aldersvennlig samfunn. Invitere alle 60 åringer til temadag.	Levekår ved samfunnsutv./ Folkehelse rådsgiver	Våren 2020
	Hva er viktig for deg dagen markeres.	Levekår ved virksomhetene	Pågår
	Utvikle flere differensierte lavterskeltilbud ved Frisklivsentralen. Gjerne i samarbeid med nabokommune.	Levekår ved Psykisk helse og rus/ Frisklivsentralen	Våren 2020
	Aktiv læringshverdag for elever som ikke kan være tilstede i skolen.	Oppvekst ved fagstab	Høsten 2019
	Prosjekt: tilrettelagt arbeid, kombinert med aktivitetssenter.	Levekår ved Miljøtjenesten	Våren 2020
	Nytt varmtvannsbasseng i Sola.	Samfunnsutvikling	Våren 2021
Heve faglig kompetansemål	Bygge flere tverrfaglige nettverk i barnehage/skole der barna/elevne har behov for habilitering.	Oppvekst ved fagstab	Høsten 2019
	Kompetanseplan evalueres og rulleres Legge til rette for e-læringsverktøy for opplæring i habilitering/rehabilitering.	Levekår ved fagstab	Våren 2020

5. Referanser

[Barn og unge med habiliteringsbehov, veileder IS-2396 Helsedirektoratet 2015. Lastet ned 27.3.19](#)

[Flere år – flere muligheter. Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn 2016. Lastet ned 27.3.19](#)

[Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter, Meld. St. 19 \(2014-2015\). Lastet ned 27.3.19](#)

[Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Lastet ned 27.3.19](#)

[Kartlegging av helse- og omsorgstjenestetilbudet til voksne med habiliteringsbehov, rapport Helsedirektoratet 2017. Lastet ned 27.3.19](#)

[Kommunedelplan for tjenesteutvikling i helse- og velferdstjenesten 2017-2029. Lastet ned 27.3.19](#)

[Lærelyst – tidlig innsats og kvalitet i skolen, Meld. St. 21 \(2016-2017\). Lastet ned 27.3.19](#)

[Omsorg 2020, Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Lastet ned 27.3.19](#)

[Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov. HelseDirektoratet. Lastet ned 27.3.19](#)

[Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019. Særtrykk til Prop. 1 S Helse- og omsorgsdepartement. Lastet ned 27.3.19](#)

[Regional plan for habilitering og rehabilitering 2016-2020, vedtatt av styret i Helse Vest RHF nov.2015. Lastet ned 27.3.19](#)

[Regjeringens handlingsplan for universell utforming 2015-2019 Handlingsplan. Lastet ned 27.3.19](#)

[Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, veileder IS-2651. Lastet ned 27.3.19](#)

[Undersøkelse om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering, rapport IS-0429. Lastet ned 27.3.19](#)

[Utvikling av en ny brukerrolle i helse og omsorgstjenesten – en beskrivelse av suksessfaktor. Notat om kvalitetsutvikling nr. 5 Folkehelseinstituttet 2016. Lastet ned 27.3.19](#)



Sola kommune

Arbeidsgruppa for planen har bestått av Gunn Laila Dahlseng Hope (virksomhetsleder fysio- og ergoterapi), Ann Christin Sæland Rødne (avdelingsleder team hjemmerekabilerer), Tone Raastad Kjellsen (ergoterapeut og HTV), Siri Eiane Henrichsen (rådgiver levekår), Berit Rosså Eie (virksomhetsleder TKK), Liv Tjelta (virksomhetsleder Sola sykehjem), Tom Laab (virksomhetsleder Tananger bo- og hjemmetjenester), Inger Flood-Engelbretsen (virksomhetsleder Sola bo- og hjemmetjenester) Siv Reidun Meling (virksomhetsleder miljøtjenesten), Helge Røysland (rådgiver oppvekst skole), Gyrd Siren Lidsheim (rådgiver oppvekst barnehage) og Reidun Vigdel Ølberg (rådgiver levekår).