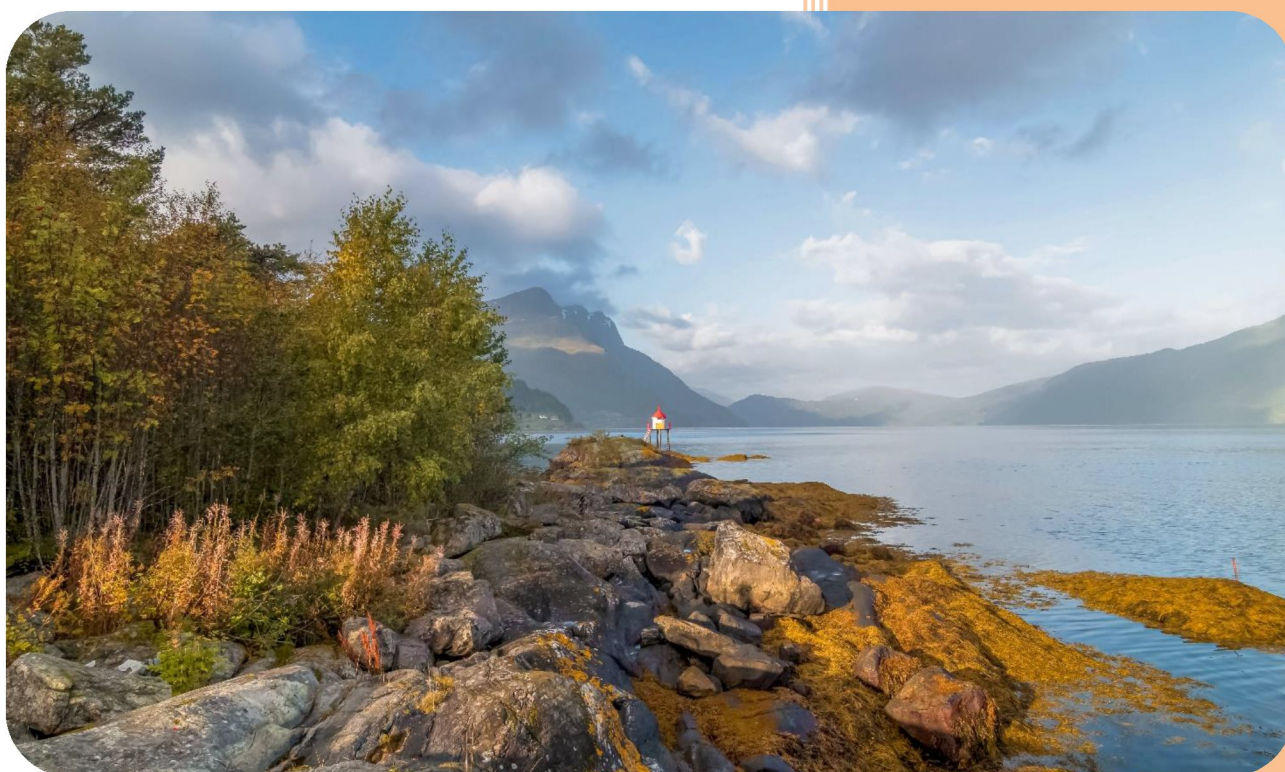
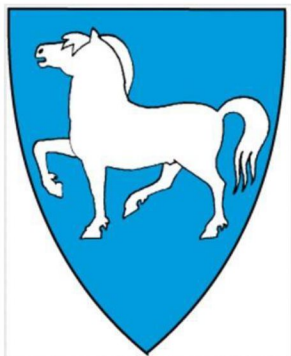




Plan for habilitering og rehabilitering i Gloppen 2020 - 2030

Helse- og omsorgsutvalet 5. november 2020

Innhold

1	Bakgrunn og mål for planen	2
1.1	Definisjon	2
1.2	Målgruppa	3
1.3	Kommunale føringar for planen	3
1.4	Andre føringar for planen	5
1.5	Prosjektgruppa	5
2	Status	6
2.1	Koordinerende eining, koordinator og individuell plan	6
2.2	Tverrfagleg og tverrsektorielt samarbeid	6
2.3	Brukarmedverknad	7
2.4	Habilitering	7
2.5	Rehabilitering	8
3	Oppgåvefordeling mellom kommune og spesialisthelsetenesta	10
3.1	Spesialisthelsetenesta sitt ansvar	10
3.2	Kommunen sitt ansvar	10
4	Heilskapeleg forløp	11
4.1	Overgangar	11
4.2	Pakkeforløp og faglege retningslinjer	11
5	Kompetanse og ressursar	12
6	Handlingsplan 2019 – 2023	13

Foto på framsida: Eyolf Johnsen

Foto der fotograf ikkje er oppgitt er henta frå Colourbox.com



Habilitering- og rehabiliteringsplan Gloppen

1 Bakgrunn og mål for planen

Målet med habilitering og rehabilitering er å styrke individet sin moglegheit for å oppretthalde eller gjenvinne funksjonsevne, og bidra til sjølvstende og meistring i eige liv.

Målet med denne planen er å førebu for, og ha kunnskap til å møte framtidige utfordringar når det gjeld behov, oppgåver og organisering knytt til rehabilitering. Vi har beskrive status og identifisert utfordringar og behov.

Planen skal vere eit verktøy for dei ansvarlege for tenestene, og for tilsette som har dette som arbeidsområde. Planen skal også synleggjere for innbyggjarane i Gloppen kommune korleis vi skal yte tenester innan habilitering og rehabilitering.

Dette er ein plan for struktur og utvikling av habiliterings- og rehabiliteringstenester. Korleis planen skal realiserast kjem fram i handlingsplanen, og må sjåast i samanheng med økonomiplan og årlege budsjett.

1.1 Definisjon

Habilitering og rehabilitering er målretta samarbeidsprosessar på ulike arenaer mellom pasient, brukar, pårørande og tenesteytarar. Kjenneteikna på prosessane er koordinerte, samanhengande og kunnskapsbaserte tiltak frå aktørane.

Kjelde: ["Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator"](#), kap 2.

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den einskilde pasient og brukars livssituasjon og mål. Formålet er at brukeren, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal få moglegheit til å oppnå best mulig funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.

Rehabilitering er tenester og støtte til brukar/pasient i form av strukturerte tiltak over ein tidsperiode for å få tilbake eller erstatte tapte funksjonar. Brukar/pasient er hovudaktør i prosessen. Målet er å betre brukar/pasient si evne til å meistre eige liv.



Habilitering er relatert til funksjonsnedsettjing som skuldast medfødde og tidleg erverva tilstandar. Habilitering består ofte av fleire prosesser gjennom heile livsløpet, og startar for mange tidleg i barndommen.

Det er fleire faktorar som påverkar ein habiliterings- og rehabiliteringsprosess enn dei som er omtalt i denne planen, til dømes:

- Universell utforming
- Tekniske hjelpemidler
- IKT og [velferdsteknologi](#)
- Fysisk aktivitet
- Sosiale møteplassar
- Frivilleg innsats

1.2 Målgruppa

Målgruppa er personar med funksjonsnedsettjing og samansette tenestebehov.

Eksempel på diagnosar hjå pasientgrupper som har behov for habilitering kan vere: utviklingshemming, autismspekterforstyrningar, multifunksjonshemming, cerebral parese, nevrologiske sjukdomar og skader, muskelsjukdommar og sjeldne syndrom.

Eksempel på ulike diagnoser hjå pasientgrupper med behov for rehabilitering kan vere: hjerneslag, nevrologiske lidningar eller hjerneskader, sansetap, brot eller andre skader, langvarige eller kroniske sjukdommar, f.eks kols, diabetes, hjertekarsjukdom, kreft, reumatiske lidningar, sosiale problem, åtferdsproblem, psykiske lidningar og rusproblematikk, eldre med samansett sjukdomsbilete og funksjonstap, muskel- og skjelettplager.

1.3 Kommunale føringar for planen

Kommunestyret i Gloppen vedtok i april 2018 "Kommunedelplan for helse- og omsorg 2018-2030". Plan for habilitering og rehabilitering er forankra i [helse og omsorgsplanen](#), og er ein underplan av denne. I helse- og omsorgsplanen står mellom anna dette om rehabilitering og habilitering:

Rehabilitering

I Gloppen kommune har rehabilitering vore eit satsingsområde sidan slutten av 80-talet, der kommunen har hatt fokus på habilitering og rehabilitering til pasientar som bur heime, er på skule og på andre arenaer. I 1996 oppretta vi eigne rehabiliteringsplassar på Gloppen omsorgssenter.

I tråd med Samhandlingsreforma starta vi opp med kvardagsrehabilitering i 2013, og dette er no implementert i tenestene. Nasjonale føringar tilseier at endå fleire pasientar skal få rehabilitering ute i kommunane. Helse- og omsorgsdepartementet har omtala dette i «Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-2019)». I planen er det eit

uttalt mål at kommunane skal setjast i stand til å gje eit godt rehabiliteringstilbod til innbyggjarane, og over tid overta fleire rehabiliteringsoppgåver frå spesialisthelsetenesta. Tiltak frå regjeringa er kompetansekrav og kompetanseheving, brukarmedverknad, koordinering, samarbeid og tenesteutvikling.

Dette fører til at kompleksiteten i sakene kommunane får vert større, og det vil vere avgjerande å ha nok personell som har oppdatert kompetanse.

Vår erfaring er at godt tverrfagleg samarbeid mellom dei ulike yrkesgruppene og pasient er ein føresetnad for å få til gode habiliterings- og rehabiliteringsprosessar. Dette er tidkrevjande arbeid og krev ofte mykje koordinering.

I helse- og omsorgsplanen er desse tiltaka og behova identifisert for å kunne møte framtidige utfordringar på rehabiliteringsfeltet:

- Utvikle rehabiliteringstenestene med fokus på samarbeid, overgangar mellom ulike nivå/tenester i kommunen og mellom kommune og spesialisthelsetenesta.
- Legge til rette for både fagspesifikk og felles opplæring, samt kompetansemobilisering og kompetanseheving.
- Legge til rette for at personell med spesiell kompetanse på rehabilitering kan halde seg oppdatert.
- Sikre at vi har nok fagpersonell til å kunne gje rehabilitering til dei som har behov for dette til rett tid.
- Sikre at vi har tilgang til logoped.
- Halde fokus på bustadtilrettelegging, og oppdatert fagkunnskap på tekniske hjelpemiddel.

Habilitering

Barn og unge med nedsett funksjonsevne har behov for tenester både frå oppvekst og helse- og omsorgssektoren. Dette krev godt tverrsektorielt samarbeid, og her er det behov for ei betre samordning. Det er utarbeida ein delplan om dette, [«Plan for samordning av tenester og opplæring til barn og unge»](#) Del 1 i denne planen omhandlar tilbodet til barn og unge med nedsett funksjonsevne. Viktig er også at barn og unge med nedsett funksjonsevne vert inkludert i fritidsaktivitetar, dette er ofte meir utfordrande jo eldre dei blir.

Hovudpunkta i plan for samordning av tenester og opplæring til barn og unge er:

- Ei styrka koordinatoropplæring
- Betre tverrsektoriell samordning
- Auka fokus på kvalitet og inkludering i barnehage og skule
- God planlegging av overgangar mellom barnehage og skule, og mellom ulike skuleslag
- God og langsiktig planlegging av bustad og arbeid/aktivitet etter avslutta skulegang. Dei som ikkje kan ha eit arbeidsretta tilbod skal få tilbod om anna meningsfull aktivitet på dagtid.

I tillegg skal vi:

- Fremje inkludering i fritidsaktivitetar gjennom å tenke nytt om bruken av støtte-, fritids- og treningskontakt.
- Vidareutvikle kulturskulen sine tilbod til barn og unge med nedsett funksjonsevne, både gruppetilbod og individuelle tilbod, jmf. fylkeskommunen sin kulturstrategi 2015-2018. Eit viktig mål er å legge til rette for auka deltaking og inkludering i lag med jamgamle.

1.4 Andre føringar for planen

Nasjonale føringar:

[«Stortingsmelding 26 \(2014-2015\) Fremtidens primærhelseteneste»](#)

[«Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering \(2017-2019\)»](#)

[Stortingsmelding 15 \(2017 -2018\) «Leve hele livet»](#)

[Pakkeforløp for enkeltdiagnoser](#)

Regionale føringar:

I [«Samarbeidsavtala med Helse Førde»](#) er fylgjande punkt spesielt aktuelt:

- [«Retningslinjer for å sikre heilskaplege og samanhengande helse- og omsorgstenester til pasientar med behov for koordinerte tenester»](#)

[«Regional plan for folkehelse 2015 -2025 –saman for god helse»](#)

1.5 Prosjektgruppa

Prosjektgruppa som har arbeidd med planen og prosjektet rehabilitering 2018/2019:

Brukarrepresentant	Steinar Sandnes
Brukarrepresentant	Hilde Hogrenning
Einingsleiar	Elsa Hjorteseth
Einingsleiar	Kari-Ann Krogh
Frisklivrettleiar	Jannike Felde
Rådgjevar	Anita Lothe
Einingsleiar	Iren Utheim
Prosjektleiar	Margot Andenes

2 Status

2.1 Koordinerende eining, koordinator og individuell plan

Tenestemottakar som har trong for langvarige tenester frå fleire aktørar har rett til å få oppnemnt koordinator, og skal få tilbod om å få utarbeidd ein individuell plan ([Lov om kommunale helse- og omsorgstenester, §7](#)). Målet er å bidra til at tenestemottakarar som har trong for langvarige tenester frå fleire aktørar skal få eit heilskapleg tenestetilbod. Dette inneber å sørge for at det er kontinuitet i tiltaka over tid, uavhengig av kven som har ansvaret.

I Gloppen kommune er koordinerende arbeid og ordninga med koordinator og individuell plan etablert på tvers av etatane. Helse- og omsorgssjef er leiar for koordinerende eining, som i tillegg består av oppvekstsjefen. Koordinerende eining (KE) har mynde til å oppnemne koordinator, og har overordna ansvar for opplæring og rettleiing av koordinatorane. KE har vidare ansvar for å sette i verk system for koordinering mellom tenester, og for å utvikle system for koordinering i høve pasientar og brukarar (§ 7.1, 7.2 og 7.3). KE er såleis ein viktig pådrivar- og kontaktpunkt for samarbeid internt og eksternt.

[Koordinerende eining, oppgåver og prosedyrer.](#)

2.2 Tverrfagleg og tverrsektorielt samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er samarbeid mellom ulike profesjonar. Ulike profesjonar ser ulike samanhengar og moglegheiter. Samordning og samarbeid inneber ikkje at fagfolk skal gjere kvarandre sine oppgåver, men at dei skal utfylle kvarandre og gjere seg nytte av andre sin kompetanse og erfaring. Tverrfaglig samarbeid krev meir tid enn andre former for samarbeid, og aukar gruppa sin samla kompetanse.

Rehabilitering og habilitering er per definisjon tverrfagleg, og dette stiller krav til system for samarbeid på tvers av einingar i kommunen. Kommunen er relativt liten og oversiktleg, noko som gjer at det kan vere lettare å ta kontakt på tvers av einingar. Legetenesta, fysio- og ergoteripitenesta inklusiv private fysioterapeutar, psykisk helse og NAV er organisert under helse- og omsorgssektoren i lag med dei tradisjonelle pleie- og omsorgstenestene. Gloppen kommune har satsa på kommunalt tilsette fysioterapeutar, og har hatt ergoterapeutar i lang tid. Samla sett har dette vore ein styrke for å få til tverrfaglig samarbeid i mange ulike samanhengar. Rehabilitering handlar også om til dømes fritid og skule. Det er derfor også viktig med godt samarbeid på tvers av sektorane, både oppvekst, kultur og teknisk. Dette er viktig å ha med seg i arbeidet med rehabilitering.

Samarbeidarenaer:

- Årlege samlingar for koordinatorar
- Faste og sporadiske samarbeidsmøter på rehabiliteringsavdelinga. Fagmøter, målmøter og utskrivingsmøter
- Faste tverrfaglege team og møter knytt til dei ulike heimetenesteområdene
- Ansvargrupper, samarbeidsmøter og fagmøter rundt enkeltpersonar

- Samarbeidsmøte mellom helsestasjon og fysioterapitenesta
- Samarbeidsmøte med psykisk helsevern for barn og unge (BUP)
- Gloppen Kommune arbeider med å utvikle [«Betre tverrfagleg innsats \(BTI\)»](#) i arbeidet retta mot barn, unge og familiar som ein er uroa for
- Einingsleiarmøter i helse- og omsorgssektoren
- Møte mellom sektorleiarane i rådmannen si leiargruppe
- Leiarforum for alle eingsleiarar i kommunen to gongar i halvåret

Teieplikt

§ 13 i [forvaltningslova](#) gjev alle i den kommunale organisasjonen teieplikt om det vedkommande får kjennskap til i samband med tenesta. [Lov om helsepersonell § 21](#) gjev teieplikt i eigenskap av å vere helsepersonell. Teieplikta skal ikkje vere til hinder for samarbeid. Helsepersonell kan vidareformidle opplysningar til samarbeidande helsepersonell når det er nødvendig for å kunne gi forsvarleg helsehjelp, og så lenge ikkje tenestemottakar motsett seg dette. Ved samarbeid på tvers av einingar må ein som hovudregel innhente samtykke frå tenestemottakar for å kunne utveksle opplysningar underlagt teieplikt.

2.3 Brukarmedverknad

Brukarmedverknad i tenestene er ein lovfesta rett, og inneber at tenestemottakaren blir sett på som ein likeverdig part i diskusjonar og avgjersle som vedkjem han eller ho. Individuell plan er ein reiskap for å sikre brukarmedverknad. Denne skal utarbeidast i lag med brukaren og spegle brukaren sine behov, ressursar, ønskjer og mål. Brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester skal få tilbod om ein koordinator, men også andre kan ha behov for ein fast kontaktperson i tenesteapparatet. Koordinatoren skal jobbe med å etablere ein god relasjon og eit godt samarbeid med bruker. Han skal vidare etablere gode samarbeidsrutinar mellom ulike faggrupper og brukaren/føresette, avklare ansvarsfordeling og formidle kontakt med rette instans når ulike behov oppstår.

Brukarmedverknad på systemnivå skal sikrast i kommunal planlegging, og i utvikling av tenestetilbodet, då gjerne gjennom brukarorganisasjonar.

2.4 Habilitering

Barn og unge med nedsett funksjonsevne har ofte behov for tenester frå både oppvekstsektoren og helse- og omsorgssektoren på same tid. God kvalitet i det samla tilbodet krev eit strukturert samarbeid. Ein sentral aktør i dette arbeidet vil vere koordinator for barnet og familien, og derfor er arbeidet med koordinering vektlagt i dette arbeidet. I [plan for samordning av tenester og opplæring til barn og unge](#) er det beskrevet korleis vi skal arbeide for å få til god samordning og samarbeid til det beste for brukar og familie.

2.5 Rehabilitering

Under er dei ulike rehabiliteringstilboda i kommunen vist i pyramiden og beskrive.



Rehabiliteringsavdeling:

I Gloppen har vi ei kortids- og rehabiliterings avdeling på Gloppen Omsorgssenter. Det er fire institusjonsplassar som til ei kvar tid er sett av til rehabilitering. Pasienten får eit tverrfagleg tilbod der det vert jobba målretta i lag med pasienten fram mot heimreise, for å betre funksjonar som er viktige i livet til pasienten. Ut i frå diagnose og funksjonsnivå kan opphaldet vare frå nokre dagar til fleire veker. Det er flest eldre med samansette problemstillingar som nyttar tilbodet, men det er også eit tilbod til yngre personar med til dømes nevrologiske tilstandar.

Spesialisert rehabilitering:

Rehabilitering med tettare oppfølging av personell som har spesialisert kompetanse. Målgruppa er pasientar med behov for tilrettelegging, opptrening eller behandling i samband med sjukdom eller skade, som krev spesialisert kompetanse. Det kan vere personar som har behov for oppfølging i heimen med tilrettelegging og spesifikk trening, eller personar som treng tilrettelegging i heimen, men kan ta den spesifikke treninga/behandlinga utanfor heimen. I denne gruppa er det mange ulike diagnosegrupper. Her kan vere behov for spesialisert kompetanse som ergoterapeut, fysioterapeut, logoped, sjukepleiar med rehabiliteringskompetanse med fleire. I Gloppen har vi kombinert spesialisert rehabilitering med kvardagsrehabilitering der det har vore hensiktsmessig. I tillegg har vi dei private fysioterapeutane og pasientgrupper som naturleg får oppfølging der.

Kvardagsrehabilitering:

Er eit tilbod til dei som nyleg har hatt eit funksjonsfall, har falltendensar eller har slutta med å gjere aktivitetar som har vore viktige for dei.

Pasientane får gjennom ei kartleggingssamtale høve til å legge vekt på kva aktivitetar som er viktige i livet. Dette blir pasienten sine mål, og styrande for korleis ein legg opp treninga.

Kvardagsrehabiliteringa vert utført av eit tverrfagleg team som har utgangspunkt i heimetenestene. Det tverrfaglege teamet består av heimetrenar, sjukepleiar, fysio- og ergoterapeutar. Fokuset er på tidleg innsats ved funksjonsfall, rehabiliteringa går føre seg i pasienten sin heim, der ein øver konkret på oppgåver som er viktige for pasienten å meistre. Heimetenesta gjennomfører tiltaksplanen i lag med pasienten, og i samarbeid med fysio- og ergoterapeutane. Les meir om [kvardagsrehabilitering](#) på kommunen si nettside.

Kvardagsmeistring

I Gloppen kommune skal vi ha fokus på kvardagsmeistring der den enkelte si meistring i kvardagen skal vektleggast uansett funksjonsnivå. Den enkelte sine ressursar og deltaking skal stå sentralt, i tillegg skal den enkelte ha styring i eige liv. Vi skal gje støtte til meistring av ønska aktivitet framfor å sette inn tiltak for å kompensere. På denne måten vil tenestemottakar kunne oppretthalde funksjonen sin lengre, og dermed vere sjølvstendig i eige liv lenger.

Vi skal bruke kvardagsmeistring om meistring i kvardagen på mange område, for eksempel om det er det å ta vare på eiga helse, ta vare på barnet sitt, gå på skule eller arbeid, lage middag eller å hente posten. Kvardagsmeistring bør derfor vere grunnleggande i ei rekkje kommunale tenester.

Frisklivsentral med fokus på førebygging og læring- og meistringstilbod

Gloppen kommune har [Frisklivsentral](#) som er ein arena for alle som ynskjer ei livsstilsendring. Her møter ein rettleiarar som kan gje råd, og legge til rette for aktuelle aktivitetar. Her har vi tilbod om hjelp til endring og oppfølging med tanke på kosthald, fysisk aktivitet eller tobakk. Frisklivsentralen har fleire tilbod i Trivselsbadet, og kommunen sine tilbod om læring og meistring er knytt til frisklivsentralen



Mange lever med helseutfordringar over tid. Når nokon vert ramma av skade, sjukdom eller får nedsatt funksjonsevne, kan mykje dreie seg om utredning, diagnose, behandling og rehabilitering. For dei fleste handlar det også om korleis helseutfordringane påvirkar ulike deler av livet og grip inn i kvardagen. Å handtere livet med helseutfordringar dreiar seg i stor grad om kjenne at ein har krefter til å møte utfordringar, og kjenne at ein har kontroll over eige liv. Deltaking i lærings- og meistringstilbod i grupper er derfor eit viktig bidrag i rehabiliteringsarbeidet. Døme på tema i tilboda er handartrose, diabetes, "Bra Mat" og "Aktiv Ung". I 2020 er det starta eit arbeid for å utvikle diagnoseuavhengige meistringstreff. I første omgang er målgruppa ungdom, og tilbodet heiter «Heilt sjef».

3 Oppgåvefordeling mellom kommune og spesialisthelsetenesta

Ansvars- og oppgavefordeling skal avklarast i dialog mellom helseføretak og kommunar, og nedfellast i samarbeidsavtalar.

3.1 Spesialisthelsetenesta sitt ansvar

Behovet for spesialisert kompetanse, kompleksitet og intensitet er avgjerande. I [«Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator»](#) er det gitt anbefaling på når ulike tilbod og diagnoser bør bli handtert i spesialisthelseteneste:

- Når behovet for spesialisert kompetanse er større enn det som er naturleg å bygge opp i kommunane.
- Når tenester må knytast nært opp til, og eventuelt samtidig med, spesialisert medisinsk behandling, også i akutt fase. Dette gjeld for alle aktuelle pasientgrupper.
- Behov for brei tverrfaglig funksjonskartlegging, inkludert eventuelle spesialtestar og utredningar som krev spesialkompetanse.

Spesialisthelsetenesta bør vidare:

- Styrke tilbod knytt til å bistå kommunane med utredning av behov for behandling, habilitering og rehabilitering.
- Vidareutvikle og spisse sine tilbod til pasientar med behov for rehabilitering av særlig kompleks art, til dømes til pasientar med progredierende nevrologiske tilstandar samt andre nevrologiske tilstandar. Til dømes: CP, hjerneslag med komplekse utfall av f.eks. kognitiv art, spinalskade, traumatisk hodeskade, amputasjonar, multitraumer og sjeldne diagnoser og tilstandar.
- Tilby utredning og nødvendig oppfølging i akutte faser og ved betydelige endringer i funksjonsnivå til pasienter med kroniske sjukdomar.
- Styrke ambulant verksemd, herunder teenester til pasientar og rettleiing til personell i kommunane både innan habilitering og rehabilitering.

3.2 Kommunen sitt ansvar

Anbefaling på ulike tilbod og diagnoser som bør handterast i kommunane:

- Pasientar og brukarar med kroniske sjukdomar og tilstandar innan dei store diagnosegruppene bør som hovedregel få tilbodet i kommunane. Døme på områder er muskel- og skjelettsjukdomar, livstilsjukdomar, lettare psykiske lidningar, diabetes, KOLS og lungesjukdomar, kreft og rehabilitering i seinare fase innan hjerte- og karsjukdomar, herunder hjerneslag. Tilbodet må inkludere læring og mestring.
- Rehabilitering ved mindre omfattande behov etter ortopedisk behandling.

Kommunen bør vidare:

- styrke habiliterings- og rehabiliteringstilbodet til personar med sanseapar, herunder logopedi og syns- og audiopedagogikk.
- styrke sine tilbod innan læring og mestring og endring av levevanar.

- Kommunane sitt heilskaplege koordineringsansvar for barn og unge med nedsett funksjonsevne, herunder fastlegen sitt medisinskfaglige koordineringsansvar, bør tydeliggjerast i dialogen mellom nivåa.

Kommune		Spesialisthelsetjeneste
Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø?		Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for kompleksitet?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for intensitet?
Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.		

Modell for avklaring av ansvar og oppgåver. Kjelde: ["Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet"](#), Helsedirektoratet 2012

4 Heilskapeleg forløp

Behovet for heilskapeleg forløp er uttrykt i mange samanhengar. I ulike nasjonale føringar er dette vektlagt. Blant anna er dette trekt fram i stortingsmeldinga [«Leve hele livet»](#). Dette er også noko vi i kommunen ser er viktig. Vi har erfaring med at overgangane mellom kommune og spesialisthelsetenesta, og internt i kommunen mellom ulike einingar er sårbare. Dette gjeld for alle aldersgrupper.

4.1 Overgangar

Våre erfaringar tilseier at livsfaseovergangar, t.d. overgangen mellom barnehage og skule eller skule og arbeidsliv, er særskilt sårbare fasar med auka behov for tverrfageleg samarbeid og koordinering. Vidare har vi erfaring med at overgangar mellom nivåa både innad i eigen kommune og mellom 1. og 2.linjetenesta kan vere sårbare. Sameleis er det viktig å tidleg avdekke behov for oppfølging og tverrfagleg samarbeid

4.2 Pakkeforløp og faglege retningslinjer

Dei seinare åra er det laga nasjonale retningslinjer for korleis ulike diagnosegrupper skal følgast opp. I dette ligg det faglege standardar for behandling og pakkeforløp med tidsfristar og ansvar for oppfølging. Desse faglege standardane og fristane skal følgast opp av ansvarlege einingsleiarar i kommunen. Kompetanseheving for å sikre dette må prioriterast.

5 Kompetanse og ressursar

I Gloppen kommune har vi klart å rekruttere fagfolk med relevant kompetanse på rehabiliteringsfeltet. Vi har ergoterapeutar, fysioterapeutar (kommunale og private), helsefagarbeidarar, legar, logoped, psykisk helsearbeidarar, pedagogar, sjukepleiarar, sosionomar og vernepleiarar. Fleire har relevant vidareutdanning.

Det er utfordrande å planlegge/dimensjonere behovet for dei ulike profesjonane for framtida. Vi veit at kapasiteten i dag er pressa, og at oppgåvene til kommunen innan habilitering og rehabilitering vil auke i åra framover. Her må det gjerast eit planleggingsarbeid. Vi er også usikre på om dei med spesialisert kompetanse og vidareutdanning er tilgjengelege når behova oppstår.



Foto: Eyolf Johnsen

6 Handlingsplan 2019 – 2023

Under er tiltaka frå helse- og omsorgsplan 2018-2030 lista opp. Under kvart punkt er meir konkrete tiltak og ansvarlege for tiltaket sett opp. Formelt sett er ansvaret for alle punkta lagt til kommunedirektøren, som igjen har delegert oppgåvene til dei som står under «ansvar».

1. Utvikle rehabiliteringstenestene med fokus på samarbeid, overgangar mellom ulike nivå/tenester i kommunen og mellom kommune og spesialisthelsetenesta.

- Delta på årlige erfaringskonferansar mellom kommune og spesialisthelsetenesta. Temaene skal vere sak på einingsleiar møte i helse og omsorg i etterkant.
Ansvar: Sektorleiar, einingsleiar for fysio- ergoterapitenesta, heimetenestene og Gloppen omsorgssenter 1 etg.
- Sikre kjennskap til, og oppfølging av relevante pakkeforløp på området rehabilitering.
Ansvar: Sektorleiar, einingsleiar for fysio- ergoterapitenesta.
- Nytte avvikssystemet mellom kommune og spesialisthelsetenesta.
Ansvar: Sektorleiar, einingsleiar for fysio- ergoterapitenesta, heimetenestene og Gloppen omsorgssenter 1 etg.
- Halvårlege møter mellom einingsleiarane for fysio- ergoterapitenesta, heimetenestene og Gloppen omsorgssenter 1.etg. Tilsette-representantar bør også vere med. Rutiner og samarbeid skal evaluerast.
Ansvar: Einingsleiar Gloppen omsorgssenter 1 etg.
- Utarbeide rutiner og sjekkliste der ansvar i overgangane mellom heimetenestene og Gloppen omsorgssenter 1.etg er tydeleggjort.
Ansvar: Einingsleiar fysio- og ergoterapitenesta.
- Gjere kjent tilboda vi har for tilsette, fastlegar og pasientar. Dette skal gjerast i møte med pasientar, leiarmøter, avdelingsmøter, på fagdagar, informasjon på heimesida og kommunale informasjonsskjermer, annonsere i avisa.
Lage ei enkel og oversiktleg liste til dei tilsette over tilboda.
Ansvar: Sektorleiar, einingsleiar for fysio- ergoterapitenesta, heimetenestene og Gloppen omsorgssenter 1 etg.

2. Legge til rette for både fagspesifikk og felles opplæring, samt kompetansemobilisering og kompetanseheving.

- Felles fagopplæring/fagdagar lokalt i kommunen ein gong per år.
Ansvar: fysio- ergoterapitenesta og omsorgssenteret har ansvar anna kvart år. I 2020 har omsorgssenteret ansvaret.
- Legge til rette for at tilsette i heimetenestene og Gloppen omsorgssenter kan hospitere hos kvarandre og i spesialisthelsetenesta. Hospitering i spesialisthelsetenesta og også aktuelt for fysio- og ergoterapeutane.
Ansvar: Einingsleiar for fysio- ergoterapitenesta, heimetenestene og Gloppen omsorgssenter 1 etg.
- System for å kunne nytte tilsette med spesiell kompetanse på tvers i kommunen. Lage ein oversikt over ressurspersonar og kompetanse. Klargjere korleis ein kan nytte kompetansen på tvers av sektorar og einingar.
Ansvar: Sektorleiar, Einingsleiarane i aktuelle einingar.

3. Legge til rette for at personell med spesiell kompetanse på rehabilitering kan halde seg oppdatert.

- Lage oversikt over kompetanse og kompetansebehov.
Ansvar: Sektorleiar og einingsleiarar
- Prioritere fagområde og tidfeste med årstall
Ansvar: Sektorleiar og einingsleiar i aktuell eining.
- Legge til rette for at ressurspersonar kan treffast jamleg i lokale fagnettverk.
Ansvar: Einingsleiar i aktuell eining

4. Sikre at vi har nok fagpersonell til å kunne gje rehabilitering til dei som har behov for dette til rett tid.

- Starte arbeidet med å kartlegge, framskrive og dimensjonere behovet for tilsette og private helseaktørar, med aktuell kompetanse.
Ansvar: Sektorleiar

5. Sikre at vi har tilgang til logoped.

- Dekke utdanning av eigen tilsett.
Ansvar: Sektorleiar oppvekst.
- Avklare bruk av kommunal logoped som er tilsett i oppvekst.
Ansvar: Sektorleiar helse- og omsorg og oppvekst
- Opprettholde samarbeidet med privatpraktiserande logopedar.
Ansvar: Rådgjevar helse- og omsorg

6. Halde fokus på bustadtilrettelegging, og oppdatert fagkunnskap på tekniske hjelpemiddel.

- Fortsatt prioritere å delta på NAV hjelpemiddelsentral sine kurs
Ansvar: Kontaktperson for Hjelpemiddelsentralen.
- Sikre lokal opplæring i søknad om og bruk av hjelpemiddel. Alle som er aktuelle for å søkje må gjennomføre e-læringskurs. Arrangere interne kurs for ressurspersonar ein gong per år.
Ansvar: Kontaktperson for Hjelpemiddelsentralen og aktuelle einingsleiarar.

