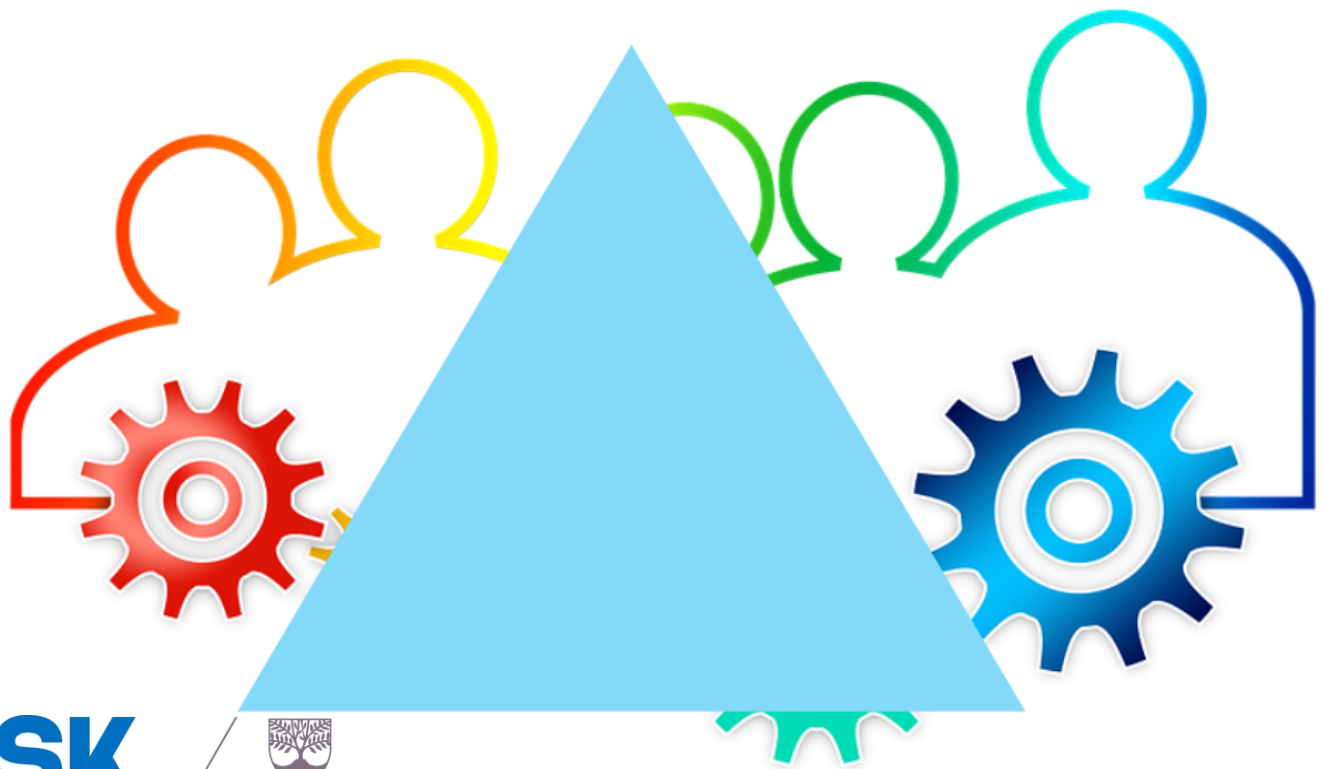


Plan for habilitering og rehabilitering Askøy kommune

2018-2022



**ASK
ØY**



KOMMUNE

Innhold

1. Innledning.....	3
1.1. Bakgrunn og formål med planarbeidet.....	3
1.2. Prosess og organisering og medvirkning.....	3
2. Føringer for planarbeidet.....	4
2.1. Statlige føringer.....	4
2.2. Regionale føringer.....	4
2.3. Kommunale føringer.....	4
3. Presiseringer og avgrensninger.....	4
3.1. Definisjon.....	4
3.2. Målgruppe.....	5
3.3. Kommunens ansvar og oppgaver.....	5
3.4. Forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.....	5
4. utfordringer og muligheter.....	6
4.1. Generelt.....	6
4.1.1. Befolkningsutvikling.....	7
4.2. utfordringer barn og unge med funksjonsnedsettelse.....	8
4.3. Habilitering voksne.....	8
4.4. Rehabilitering voksne og barn.....	9
4.5. Koordinerende enhet (KE).....	9
5. Mål og satsingsområder.....	10
5.1. Hovedmål.....	10
5.2. Satsingsområder.....	10
5.2.1 Medvirkning.....	10
5.2.2 Koordinerende enhet (KE).....	11
5.2.3. Mestring.....	11
5.2.4. Helhetlig rehabilitering og habiliteringstilbud.....	11
5.2.5. Koordinerte tjenester.....	12
5.2.6. Trygge og gode boforhold.....	12
5.2.7. Fremtidsrettede tjenester.....	12

1. Innledning

1.1. Bakgrunn og formål med planarbeidet

Habilitering og rehabilitering er tjenester rettet spesielt mot personer med funksjonsnedsettelse og behov for langvarige, sammensatte og koordinerte helsetjenester. Målet er at også mennesker med en funksjonsnedsettelse skal kunne fungere godt og oppleve mestring, selvstendighet og deltagelse sosialt i samfunnet.

En del av kommunens innbyggere lever med sykdom og redusert funksjonsnivå av ulik grad. Det er viktig å kunne leve godt med sykdom og funksjonsnedsettelse, og det vil være behov for å lære å mestre livet med denne situasjonen. Brukerens behov, ressurser og mål skal være utgangspunkt for tiltak og tjenester i en habiliterings- og rehabiliteringsprosess og arbeidet med individuell plan og koordinator.

På samme måte som annen helsehjelp, skal hovedtyngden av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet gis av kommunene. Spesialisthelsetjenesten skal bidra med spesialkompetanse hvor tilbudet vil være i kortere perioder.

Det er i kommunene livet leves; i bo og nærmiljø, barnehage, skole, fritidsarenaer og på arbeidsplassen. Gode rehabiliterings- og habiliteringstjenester skal være der brukerne bor, og det er viktig å styrke brukerperspektivet og bedre kvaliteten i tjenestene.¹

Rehabiliteringsområdet har et vidt spenn som omfatter både somatisk og psykisk helse, arbeidsrettet rehabilitering, rehabilitering av rusavhengige og sosialt liv. Rehabilitering er et felt som i stor grad forutsetter samhandling mellom brukeren og tjenesteutøvere fra flere ulike fagfelt. Det er kjent at tidlig igangsetting av rehabiliteringstiltak kan bedre funksjon, mestring og deltagelse.

Hovedmålet med denne handlingsplanen er å gi et overblikk over det samlede arbeidet og satsingen innen habilitering og rehabilitering i Askøy.

1.2. Prosess og organisering og medvirkning

Kommunen har etablert et gjennomgående planarbeid gjennom kommunens planstrategi. Plan for rehabilitering og habilitering bygger på kommunens øvrige planer som Kommuneplanens samfunnsdel 2015 – 2030 og Kommunedelplan Helse og livskvalitet 2017 – 2030 samt fagavdelingenes Handlingsplaner. Planen skal være overgripende for alle fagavdelinger i kommunen.

Proessen med en samlet og overgripende handlingsplan for habilitering og rehabilitering i Askøy, startet opp høsten 2017 med bakgrunn i føringer fra Helsedirektoratet om at alle kommuner skal ha en oppdatert plan for habilitering og rehabilitering innen utgangen av 2017.

Ledergruppen Levekår opprettet en gruppe bestående av rådgiver i Barn og familie, leder fysio/ergo/servicetjenesten, systemkoordinator koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering(KE), leder bolig psykisk helse og rådgiver i helse og omsorg som fikk i oppgave å koordinere arbeidet med planen.

Arbeidet med planen baserer seg på arbeid gjort i andre handlingsplaner. Medvirkning er beskrevet i disse.

¹ Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017 – 2019)

2. Føringer for planarbeidet

2.1. Statlige føringer

- LOV-2011-06-24-30, Lov om helse- og omsorgstjenester m.m.
- LOV- 1999 – 07-02-61, Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
- FOR-2011-12-16-1256 Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Helse- og omsorgsdepartementet, «Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering» (2017 – 2019)
- Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator – sist endret 6.7.2017.
- Meld. St. 26 (2014 – 2015), «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet»
- Veileder IS-2396 «Barn og unge med habiliteringsbehov.». Samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger bistand.
- Helsedirektoratet - Kartlegging av helse- og omsorgstjenestetilbudet til voksne med habiliteringsbehov. (Rapport Helsedirektoratet mars 2017)

2.2. Regionale føringer

- Regional plan for habilitering og rehabilitering 2016 – 2020, Helse Vest
- Samarbeidsavtaler Helse Bergen HF og Bergensregionen:
 - Tjenesteavtale 2 - Retningslinjer for samarbeid knytt til innlegging, utskriving, habilitering, rehabilitering og lærings- og meistringstilbud til pasientar som har behov for koordinerte tenester.
 - Tenesteavtale 10 – samarbeid om førebygging

2.3. Kommunale føringer

- Kommuneplanens samfunnsdel 2015 – 2030
- Kommunedelplan Helse og livskvalitet 2017 - 2030.
- Tema- og handlingsplaner:
 - Morgendagens Omsorg i Askøy,
 - Et verdig liv
 - Barn og unge med spesielle utfordringer – funksjonsnedsettelse, psykisk helse og rus.
 - Temaplan Barn og familie.

3. Presiseringer og avgrensninger

3.1. Definisjon

Denne planen legger til grunn følgende definisjon av habilitering og rehabilitering:

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og

brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet. ²

I opptrappingsplanen legger regjeringen til grunn en bred forståelse av habilitering og rehabilitering som inkluderer alle brukere av helse- og omsorgstjenesten som har behov for en målrettet innsats for å opprette, gjenopprette, vedlikeholde og bedre funksjon, forebygge funksjonsfall og lære og mestre livet med sykdom og funksjonsnedsettelse.³

3.2. Målgruppe

Habilitering

Pasienter og brukere med behov for habilitering har funksjonsnedsettelse som skyldes medfødte eller tidlig (før 18 år) ervervede tilstander. For mange innebærer dette at de ikke følger et forventet utviklingsforløp. Behovet for habilitering varer ofte livet ut.

Målgruppen innen habilitering trenger bistand til å oppøve nye funksjoner og ferdigheter som de i utgangspunktet ikke har hatt samt vedlikehold av ferdigheter.⁴

Rehabilitering

Pasienter og brukere som har behov for å gjenvinne tapte funksjoner etter sykdom, skade eller rusavhengighet hvor målgruppen kan deles inn i målgruppe somatisk rehabilitering og målgruppe psykisk helse og rus.⁵

Denne planen vil ikke omhandle re-/habiliteringsbehov som primært skyldes rusproblemer og/ eller psykisk sykdom. Likevel vil det være personer med rusproblemer eller psykisk sykdom som vil komme inn under planen ved at de får behov for rehabilitering pga annen sykdom/tilstand.

Rehabilitering og habilitering p.g.a. rusproblemer eller psykisk lidelse vil bli beskrevet i Rus og psykiatriplan som er under utarbeidelse.

3.3. Kommunens ansvar og oppgaver

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.⁶

Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering⁷

Tilbudet skal gis uavhengig av pasienten eller brukerens diagnose, alder og boform, men med utgangspunkt i brukernes funksjon og behov.⁸

3.4. Forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene

Både kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å sørge for at brukere får nødvendig re-/habilitering og helhetlige tjenester.

² Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator §3

³ Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017 – 2019) s. 14

⁴ Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator

⁵ Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator

⁶ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator §5

⁷ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 1 og §3

⁸ Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

Tilbud som bør ytes i kommunene

Tilbud til pasienter og brukere med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene, f.eks.:

- Muskel- og skjelettsykdommer
- Livsstilssykdommer
- Lettere psykiske lidelser
- Diabetes
- Kols og lungesykdommer
- Kreft
- Rehabilitering i senere fase innen hjerte og karsykdommer, herunder hjerneslag
- Rehabilitering ved mindre omfattende behov eller ortopedisk behandling

Tilbud som bør ytes i spesialisthelsetjenesten

Rehabilitering av særlig kompleks art, og i akutte faser og ved betydelig endring i funksjonsnivå, f.eks. til pasienter med:

- Progredierende nevrologiske tilstander
- Ved betydelige endringer og i akutte faser
- Nevrologiske tilstander som CP, hjerneslag med komplekse utfall, spinalskade, traumatisk hodeskade
- Amputasjoner
- Multitraumer
- Sjeldne sykdommer og tilstander

Videre anbefales at kommunene styrker tilbudet innen sansetap, læring og mestring og endring av levevaner

Tiltak fra spesialisthelsetjenesten må omfatte både utredning, behandling, veiledning og opplæring

9

Mange pasienter vil ha behov for tjenester på begge nivåer, og overgangen mellom spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten vil kunne være en utfordring i rehabiliteringsforløpet.

Helsedirektoratet foreslår at den avgjørende faktoren for hvorvidt re-/habilitering bør foregå i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen er *hvilke behov brukeren har* for spesialisert medisinsk kompetanse.

Den endelige konkretiseringen av ansvarsfordelingen, må skje lokalt, gjennom de lovpålagte samarbeidsavtalene etter helse- og omsorgstjenesteloven § 6- 1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e.

Samarbeidsavtalene mellom kommunene og helseforetakene skal gi rammer for samarbeid og overføring av aktiviteter og oppbygging av tjenestetilbudet i kommunene. Det skal være tydelige rammer for samarbeid om utviklingsoppgaver, gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling mellom forvaltningsnivåene.¹⁰

4. utfordringer og muligheter

4.1. Generelt

Kommunen sitt ansvar for habilitering og rehabilitering er nedfelt i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator:

« Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i

⁹ Helsedirektoratet 2015

¹⁰

kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud»¹¹

I innspill fra brukere som er innhentet nasjonalt i arbeidet med blant annet primærhelsemeldingen og brukt i opptrappingsplanen for rehabilitering og habilitering er sentrale tilbakemeldinger: «at tjenestene oppleves som fragmenterte, at det er i overgangen mellom primær- og spesialisthelsetjeneste at det for ofte svikter, og at det er for lite brukerinvolvering.

Mange opplever at de for tidlig blir overlatt til seg selv med ansvar for å koordinere egen oppfølging. Samtidig blir den enkeltes ressurser for lite brukt. Brukerne gir et tydelig signal om at tjenestene må legge mer vekt på det friske, og på hva den enkelte klarer og ønsker, enn på sykdom.

Det må etableres flere lokale tilbud om opplæring og mestring. Alle med langvarig sykdom bør også få tilbud om å møte en likeperson. Tjenestene må organiseres slik at den som registrerer begynnende funksjonssvikt, tar ansvar for at dette blir fulgt opp tverrfaglig.»¹²

Tilbakemeldingene fra brukere og deres organisasjoner viser at brukermedvirkning fortsatt er mangelfull i tjenestene. Det svikter i involveringen av den enkelte i beslutninger om eget liv. Det sviktes også i involvering av brukerrepresentanter på systemnivå.

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste som innebærer at pasienten får delta aktivt i rehabiliteringen, og mestrer livet med de helseutfordringer han eller hun har.¹³

4.1.1. Befolkningsutvikling

Askøy kommune mangler i likhet med mange andre kommuner, en total oversikt over behov for re-/habiliteringstjenester.¹⁴ Det føres ingen samlet statistikk over antall personer med funksjonsnedsettelse i Norge, men anslagene varierer fra rundt 10 til 30 % av befolkningen.¹⁵

Kommunenes befolkningsprognose anslår at kommunen vil nå 40 000 innbyggere i 2037 basert på SSB sin framskrivning – alternativt middel. Det er en ung befolkning og lav gjennomsnittsalder, og det er en relativ jevn fordeling av menn og kvinner.¹⁶

Utvikling aldersgruppe 2017-40 (samlet begge kjønn)

	2017	2018	2019	2020	2025	2030	2035	2040
0-17 år	7726	7889	7988	8070	8529	8781	9183	9602
18-49 år	12656	13194	13480	13719	14577	15703	16416	16901
50-66 år	5051	5177	5373	5532	6492	7341	8059	8445
67-79 år	2547	2698	2761	2885	3329	3382	3766	4555
80-89 år	682	703	739	772	987	1484	1769	1852
90+	159	167	166	173	200	258	353	569

¹¹ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

¹² Handlingsplan barn og unge med spesielle utfordringer – funksjonsnedsettelse, psykisk helse eller rus.

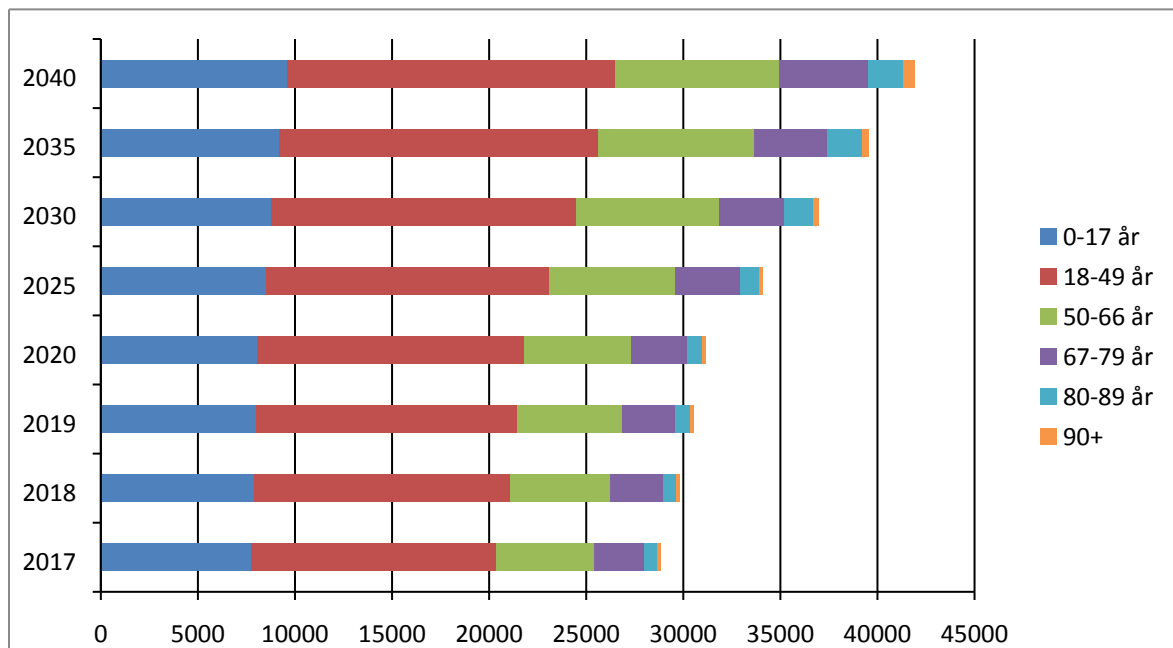
¹³ Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019

¹⁴ «Kommunenes tilbud om habilitering og rehabilitering» Resultat fra spørjeundersøking gjennomført i 2015, Fylkesmennene i Rogaland, Sogn og Fjordane og Hordaland.

¹⁵ Knudsen, Andreas Høy (2008 1.10): Hva er funksjonshemming. forskning.no

¹⁶ Kommunedelplan Helse og livskvalitet 2017 - 2030

Sum 28 821 | 29 828 30 507 31 151 34 114 36 949 39 546 41 924



Utvikling funksjonelle aldersgrupper i Askøy kommune i perioden 2017 - 2040¹⁷

4.2. Utfordringer barn og unge med funksjonsnedsettelse

Det er pekt på at det er behov for et bedre og mer tilgjengelig tilbud som kan gi støtte og veiledning til foresatte til barn med funksjonsnedsettelse. De veiledningstilbud til foreldre som finnes i kommunen i dag, har i all hovedsak ikke denne gruppen som målgruppe. En del av dette utfordringsbilde er også at spesialisthelsetjenesten er inne, men i mange tilfeller er det kun helt i starten i forbindelse med fastsettelse av diagnose. I etterkant følger ikke spesialisthelsetjenesten opp veiledningsbehovet over tid og kommunen har heller ikke et godt/tilstrekkelig tilbud. Veiledningen til foreldre handler også om å få overblikk over muligheter og rettigheter og få hjelp til å kontakte, søke og koordinere tjenester.

Helhetlig og koordinert oppfølging og det å sikre ivaretagelse av rettigheten til en individuell plan er en kjerneutfordring. Erfaringen er at når koordinering fungerer, når tjenestene samhandler i ansvarsgrupper og individuell plan og alle bruker de tverrfaglige samhandlingsverktøy, så gir det gode forløp og utvikling både for barn og pårørende. En av de store utfordringene i koordinering av arbeidet rundt barn med funksjonsnedsettelse kan være å finne egnet koordinator. I en del tilfeller er det fastlege og spesialisthelsetjeneste som følger opp barnet. I tillegg til at barnet går i barnehagen eller på skolen. Disse tjenester påtar seg imidlertid sjeldent koordinatoransvar. Det betyr at koordinator for individuell plan blir en fagperson som ikke har direkte oppfølging av barnet og koordineringsarbeidet blir en krevende bijobb i tillegg til alle andre oppgaver og dette gir ikke den ønskede kvaliteten i koordinatorarbeidet.

4.3. Habilitering voksne

I følge veileder om «rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator» skal det tilstrebes et likeverdig tilbud uavhengig av bosted, alder, kjønn, etnisitet, forutsetninger og

¹⁷ SSB hovedalternativ (MMMM) pr. 27.10.17 (SSB tabell: 11168)

behov. Prinsippet om likeverd må forstås slik at tilbudet er likeverdig når mennesker med funksjonsnedsettelse har samme sjanse til å nå de målene som er realistiske for han/henne som andre.¹⁸

Voksne personer med et habiliteringsbehov er en sammensatt gruppe med svært ulike behov. Tjenester til utviklingshemmede gis ofte i hele livsløpet. Dette innebærer at vi må håndtere de ulike livsfasene og overgangene mellom dem.¹⁹

Kartlegging viser at et flertall norske kommuner i liten grad legger til rette for tidsavgrensede, planlagte og målrettede innsatser over målgruppen.²⁰

4.4. Rehabilitering voksne og barn

Askøy kommune har utfordringer knyttet til manglende felles kultur og struktur på rehabiliteringstilbudene. Felles forståelse for hva rehabilitering er, hvor rehabiliteringen skal foregå og hvordan de ulike faggruppene skal jobbe sammen, er spesielt utfordrende slik tilbudene er organisert i dag.

Askøy kommune tilbyr i for liten grad et helhetlig rehabiliteringstilbud, spesielt med tanke på psykososiale behov.

Overføringen/videreføringen mellom ulike nivåer av rehabilitering, samt manglende kultur for bruk av Individuell plan (IP) er også en utfordring

Dette gjelder både barn og voksne.

4.5. Koordinerende enhet (KE)

Det skal finnes en koordinerende enhet (KE) for habiliterings-og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen.²¹ KE skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Videre skal KE ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan(IP) og for oppnevning og veiledning av koordinator. Overordnet ansvar for IP innebærer bl.a. at enheten skal motta meldinger om behov for IP og sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeidet med IP.²²

Det må sikres god lederforankring av koordinering og samhandling, helt fra øverste ledelse i organisasjonen ned til utøvende ledd. En helhetlig struktur for koordinering kan visualiseres slik ²³

¹⁸ Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator

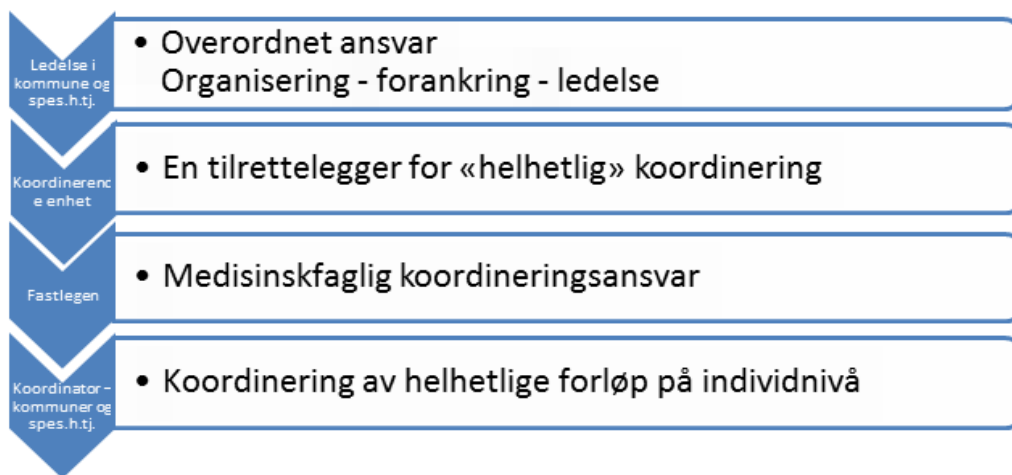
¹⁹ Temaplan Et verdig liv

²⁰ Helsedirektoratet. Kartlegging av helse-og omsorgstjenestetilbudet til voksne med habiliteringsbehov

²¹ Helse- og omsorgstjenesteloven §7-3.

²² Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator

²³ Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator



I Askøy kommune er KE organisert som et tverrfaglig team bestående av fagpersoner eller ledere fra ulike fagavdelinger og systemkoordinator.

Utførelser som har kommet fram i evalueringen av organisering og mandat for KE, viser at KE ikke har en tydelig og synlig plass i organisasjonen.

Selv om det er en økning i både koordinatorene og individuelle planer, er det fortsatt en utfordring at alle som skulle hatt koordinerte tjenester over tid, ikke får det. En annen utfordring er å få alle tjenesteytere - som er involvert i en individuell plan (IP) - til å bruke den slik at en kan hente ut de samhandlings- og koordineringsgevinster som ligger i en IP. Kommunen bruker IKT- verktøyet Visma SamPro som er et nettbasert samarbeids- og koordineringsverktøy for IP.

5. Mål og satsingsområder

5.1. Hovedmål

Innbyggerne i Askøy skal få re-/habiliteringstjenester som tilfredsstillende nasjonale krav og føringer, og som fremmer medvirkning og mestring i hverdagen. Tjenesten skal styrke pasienten og brukerens muligheter for å opprettholde og/eller gjenvinne sin fysiske, sosiale og/eller psykiske mestringsevne.

5.2. Satsingsområder

5.2.1 Medvirkning

Framtidens helse- og omsorgstjenester skal utvikles sammen med pasienter, brukere og deres pårørende. Brukerne skal ha større innflytelse over egen hverdag gjennom mer valgfrihet og større mangfold av tilbud. Dette skal nås gjennom:

- Den enkeltes rettighet til å ha innflytelse på sitt individuelle støtte- eller behandlingstilbud.
- Både barnet og de foresatte sin stemme, ønsker og behov skal komme tydeligere frem og bli tatt hensyn til
- Brukerrepresentanter går inn i et likestilt samarbeid med fagpersoner fra tjenesteapparatet.
- Arbeidsform hvor brukergrupper og brukerorganisasjoner involveres i planlegging av ulike tjenester og deltar i råd og utvalg på styringsnivå.

5.2.2 Koordinerende enhet (KE)

KE skal være en pådriver og ha en koordinerende funksjon for systemrettet arbeid med rehabilitering/habilitering i kommunen. Dette skal nås gjennom:

- Ha systemfokus innenfor koordinerte tjenester, ikke individfokus med mindre dette er prinsipielle saker
- Ta opp – og bidra til å få frem – viktige saker som fremmer koordinering og rehabilitering/habilitering.
- Ha et overordnet ansvar for individuell plan som innebærer:
 - sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeidet med individuell plan og vedlikehold av disse.
- Være en pådriver for brukermedvirkning og dialog.

Leder av KE skal delta på ledermøtene i kommunalavdelingen og styringsgruppe for barn og unge etter fastsatt plan for å sikre forankring samt at KE jobber med de rette systemsakene.²⁴

5.2.3. Mestring

Innbyggerne skal ha god livskvalitet, gjennom kontroll over eget liv og mestring av hverdagen. Dette skal nås gjennom:

- God dialog og reell brukermedvirkning
- Satsing på mestring av egen hverdag, og styrking av ressurser hos bruker og nettverk.
- Tilby velferdsteknologi der det gir rom for en tryggere og bedre hverdag.

5.2.4. Helhetlig rehabilitering og habiliteringstilbud

Det skal arbeides med å få til et helhetlig rehabiliterings- og habiliteringstilbud tilpasset brukers behov og livsfase. Dette skal nås gjennom:

- Styrke den tverrfaglige rehabiliteringskompetansen blant alle ansatte som jobber med brukere med hab-/rehabiliteringsbehov.
- Etablere en felles struktur og kultur for rehabilitering på tvers av fag og nivå
- Forebygge og utsette behov for kompensierende tjenester.
- Etablere en rehabiliteringsavdeling fremfor enkeltseger, der rehabiliteringstankegangen er forankret i hele avdelingen, 24 timer i døgnet.
- Styrke kompetansen/kvalitet i forhold til vedtak for rehabilitering
- Etablere sømløse overganger mellom nivåene (differensiert rehabiliteringstilbud) etter behov og hvor bruker oppholder seg.
- Starte rehabiliteringstilbud på gruppenivå for å ivareta både fysiske og psykososiale utfordringer.
- Tettere samarbeid med NAV med tanke på tilrettelegging for, og tilbakeføring til, arbeidslivet.

²⁴ Mandat koordinerende enhet Askøy kommune

5.2.5. Koordinerte tjenester

Tjenestene skal være koordinerte og oppleves som sømløse fra brukerens side. Dette skal nås gjennom:

- Tydelige retningslinjer for bruk av Individuell Plan og koordinator – lik praksis i de ulike avdelingen og på tvers av fag.
- Tilstrekkelig kapasitet hos koordinatorene
- Prøveprosjekt med ansettelse av 3 koordinatorene – hver i 50 % stilling.

5.2.6. Trygge og gode boforhold

Alle skal ha en trygg bosituasjon som er tilrettelagt den enkeltes funksjonsnivå.

En sikker bolig er en forutsetning for god livskvalitet, og for opplevelse av mestring i hverdagen. Dette skal nås gjennom:

- Øke veiledning til hjemmeboende om tilrettelegging av bolig ved å styrke boligrådgivningsgruppen.
- Mer fleksibel bruk av husbankens lån- og tilskuddsordninger.
- Utarbeide retningslinjer for universell utforming for å sikre god kvalitet på boliger og bomiljøer.

5.2.7. Fremtidsrettede tjenester

Velferdsteknologi skal være en integrert del av helse- og omsorgstjenestene. Tjenestene skal utvikles ved bruk av teknologi, der tidlig innsats, forebygging og rehabilitering på ulike nivå. Dette skal nås gjennom:

- Innføre ulike og prioriterte teknologi gradvis i tjenestene der nøye kartlegging og behovstilpassing er en viktig del av innføringen.
- Velferdsteknologi skal være et viktig middel i arbeidet med å legge til rette for helhetlige og brukerrettede tjenester, og opplevelse av mestring.



Askøy kommune

Kommunalavdeling levekår
Klampavikvegen 1
5300 Kleppestø

Sentralbord 56 15 80 00

e-post:

postmottak@askoy.kommune.no

Internett: askoy.kommune.no