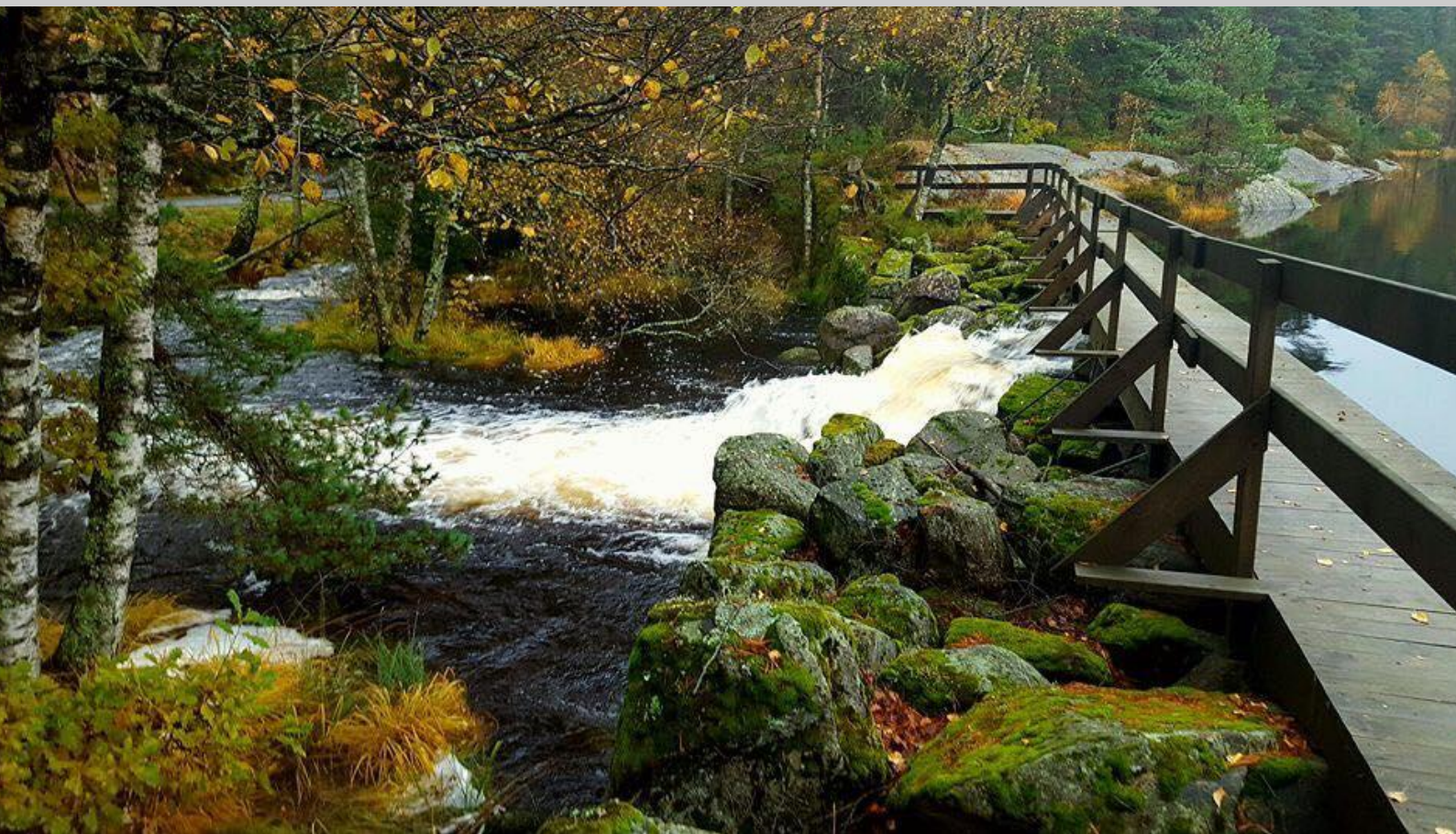




Vennesla kommune

Plan for Habilitering og Rehabilitering 2021– 2030



Forord

Regjeringens **Opptappingsplan for Habilitering og Rehabilitering** danner bakgrunnen for at Vennesla kommune utarbeider en ny plan for habilitering og rehabilitering.

Kommunalsjef for helse og omsorg opprettet en arbeidsgruppe i april 2018. Gruppen har bestått av:

- Gunhild Slettedal, Rådet for mennesker med funksjonsnedsettelse
- Irene Haugen Pettersen, Enhet for Barn og Familie
- Monica Eieland, Enhet for Livsmestring
- Agate Folgerø, Samhandlingskoordinator
- Kerstin Markwart, Koordinerende og Helsefremmende Enhet
- Rune Djupesland, Koordinerende og Helsefremmende Enhet

Gruppas mandat har vært å kartlegge dagens tilbud innenfor habilitering og rehabilitering i Vennesla kommune og fremskrive behovene for perioden. Dette er basert på tall om befolkningsutviklingen fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) og våre egne faglige vurderinger av innbyggernes behov i dag og fram mot 2030. Faktorene er usikre, men vi vet at andel eldre i befolkningen øker betydelig, vi vet gjennom Folkehelseprofiler hvilke helseutfordringer som finnes i kommunen i dag og vi vet at sentrale myndigheter arbeider for å overføre mer ansvar og oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.

Samhandling og samarbeid er sentralt i habilitering og rehabilitering. Planen er derfor delt i to hoveddeler; tiltak som går på tvers av enheter (sektorovergripende) og tiltak på enhetsnivå.

Noen forslag handler om organisering og samarbeid og andre forslag er mer konkrete på behov ut fra framskrivninger. Alle forslag må revideres jevnlig og tilpasses de reelle behov som oppstår.

Arbeidsgruppa har gjennomført 7 arbeidsmøter og deltatt på seminarer. Deltakerne har jobbet hver for seg mellom møter, og det er innhentet informasjon og råd fra kolleger og ledere. Et er også innhentet informasjon fra enheter som ikke har deltatt i arbeidsgruppen. Det har vært et nyttig samarbeid som øker kunnskapen og forståelsen mellom enheter, og ikke minst har det vært gjensidig nyttig å involvere brukerrepresentant.

Innhold

Innhold

Bakgrunn og lovgrunnlag.....	4
Definisjon og begrepsavklaringer:.....	4
Befolkningsutvikling og Folkehelseprofil.....	5
SEKTOROVERGRIPENDE TILTAK	8
Samhandling og oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.....	9
Samhandling med Sørlandet Sykehus HF	10
Individuell Plan (IP) og Koordinator	10
Brukermedvirkning	10
Universell utforming.....	11
Velferdsteknologi.....	13
Frivillighet i habilitering – og rehabilitering	14
Frisklivssentral	14
.....	15
Idrett og friluftsliv	16
Utdannelse og arbeid	17
NAV (Ny Arbeids-og velferdforvaltning)	18
Kompetansebehov	19
TILTAK PÅ ENHETSNIVÅ	20
Enhet for Barn og familie	21
Enhet for Livsmestring	24
Koordinerende og Helsefremmende Enhet	27
Hjemmetjenester.....	31
Institusjonstjenester	33
Oppsummering:	34

Bakgrunn og lovgrunnlag

Habilitering og Rehabilitering handler om individets innsats for å lære nye ferdigheter eller gjenvinne ferdigheter man har mistet. Enten man er født med en funksjonsnedsettelse eller man har pådratt seg nedsatt funksjon gjennom skade eller sykdom senere i livet, handler habilitering og rehabilitering om menneskers ønske om størst mulig grad av selvstendighet og selvhjelpenhet. I tillegg til egeninnsats kommer bidrag fra tjenesteytere innen kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten, og ikke minst tilrettelegging av det miljøet og samfunnet vi lever i (universell utforming).

Kommunen har en lovpålagt plikt til å tilby habilitering- og rehabilitering gjennom Lov om helsetjenester i kommunene. I 2017 lanserte regjeringen «**Opptrappingsplan for Habilitering og Rehabilitering 2017-2019**».

Opptrappingsplanens formål er bl.a.:

- Kommunene skal rustes opp til å ta et større ansvar for feltet og på sikt overta oppgaver fra spesialisthelsetjenesten
- Styrke brukerperspektivet
- Bedre kvalitet, samhandling, og koordinering mellom nivåene og innenfor disse

For å oppnå disse målene er det satt av stimuleringsmidler til tjenesteutvikling i kommunene. For å kunne søke på tilskudd kreves det en oppdatert plan for habilitering og rehabilitering, og denne planen må være politisk behandlet og vedtatt.

Ny definisjon av begrepene *Habilitering og rehabilitering* gir en bred tilnærming.

Kommunen må tenke overordnet og helhetlig samtidig som ressurser ned på de forskjellige tjenestenivå må vurderes. Det må henvises til eksisterende planer og pågående planarbeid på tjenesteområder som berører habilitering- og rehabiliteringsfeltet (se oversikt over tilstøtende planer i vedlegg).

I tillegg er **brukerperspektivet** svært viktig å ivareta; det er brukeren eller brukerens talsperson som definerer sine behov og mål. Kommunen skal bistå og tilrettelegge slik at bruker gjennom egeninnsats kan oppnå målene.

Definisjon og begrepsavklaringer:

Regjeringen har i sin Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019) foreslått endring av definisjonen på begrepene habilitering og rehabilitering.

Ny definisjon er som følger:

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i brukerens livssituasjon og mål.

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

Formålet er at brukeren, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet for til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt, og i samfunnet.

Begrepet **Habilitering** brukes oftest om personer som har en medfødt skade, sykdom, eller funksjonshemming, og som skal lære ferdigheter slik at de kan mestre livet best mulig. Dette gjelder f.eks utviklingshemmede og funksjonshemmede barn.

Begrepet **Rehabilitering** brukes om personer som har tapt etablerte funksjoner på grunn av skade eller sykdom. For disse handler det om innsats for å gjenvinne funksjon.

Ut i fra definisjonen handler habilitering og rehabilitering om å lære ferdigheter både innenfor fysisk bevegelsesevne, psykisk helse, kognisjon, og sosialt.

Målgruppen for rehabilitering- og habiliteringstjenester er alle innbyggere i kommunen som i en kortere eller lengre periode i sitt liv trenger dette.

Universell utforming er også viktig, det vil si at samfunnet tilrettelegges slik at konsekvensen av funksjonshemminger blir minimal.

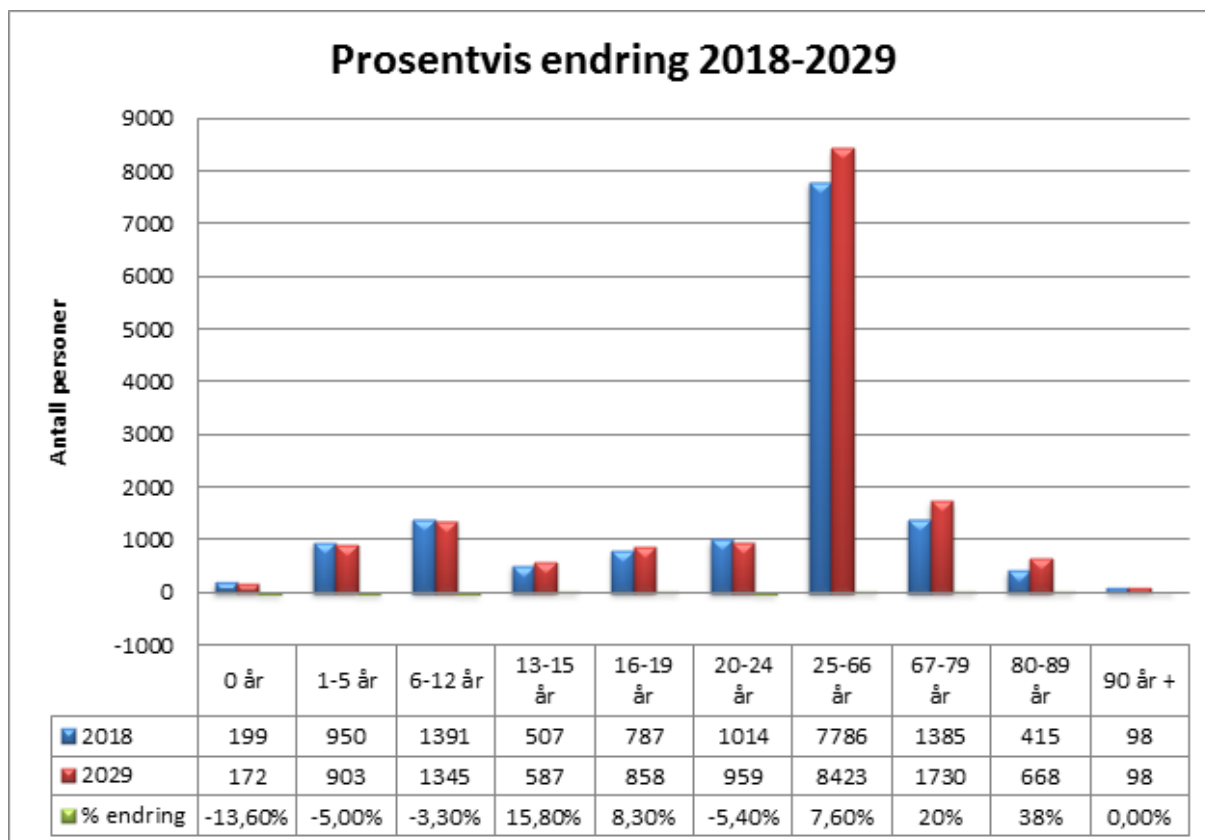
Bruker benyttes for å omtale den personen som mottar habilitering -eller rehabiliteringstjenester.

Befolkningsutvikling og Folkehelseprofil

Befolkningsutvikling 2018-2030:

Kommunen har de senere årene opplevd en betydelig folketallsøkning. I kommuneplanen legges det opp til en befolkningsvekst på 1 - 1,5 %, noe som samsvarer med den veksten kommunen har opplevd de siste år.

Størst prosentvis økning kommer i aldersgruppene 80-89 år med anslagsvis 38% økning.



Kilde: Per Gunnar Uberg, SSB

Folkehelseprofil:

Basert på tilgjengelige data på kommunenivå utarbeider Folkehelseinstituttet årlig en profil for kommunens folkehelse. Denne viser hvordan kommunen ligger an i forhold til landsgjennomsnittet på forskjellige områder som befolkning, levekår, miljø, skole, levevaner, og helse/sykdom.

Folkehelseprofilen viser at Vennesla har større andel når det gjelder sykdommer knyttet til lunge- hjerte-karsykdom, kreftsykdom, og psykiske lidelser.

Ungdata:

Ungdata er et kvalitetssikret system for gjennomføring av lokale spørreskjemaundersøkelser blant elever på ungdomsskoletrinnet og i videregående opplæring. Denne undersøkelsen viser at unge i Vennesla er noe mer inaktive enn landsgjennomsnittet og at færre er fornøyd med egen helse. Den viser også bekymringsfulle tall omkring unges psykiske helse; generelt er depresjon og angst de vanligste plagene blant ungdom. Tallene for Vennesla kommune indikerer at flere sliter med mental helse og har et forhold til rus som kan være bekymringsfullt.

Positive særtrekk ved Vennesla:

Vennesla har en lang og stolt historie som industri- og håndverkskommune, og andelen personer med høyere utdanning er lavere enn landsgjennomsnittet. Det

er ofte en sammenheng mellom lavere utdannelsesnivå, levevaner, og dårligere helsenivå.

Vennesla er inne i en positiv endringsprosess hvor stadig flere tar høyere utdanning og det er høyere kompetansekrav både innenfor industri- og håndverksfag.

Folkehelseprofiler sier ingenting om kultur og lokale forhold i en kommune. Selv om Vennesla scorer forholdsvis dårlig på folkehelseprofiler kan mye av dette kompenseres med en kultur som fremmer åpenhet, inkludering, og omsorg.

Uten å kunne dokumentere dette er det en oppfatning om at venndølen er uformell, åpen, og inkluderende. Dette gjør kanskje at mange venndøler ikke alltid kjenner seg igjen i dystre tall fra levokårsundersøkelser?

SEKTOROVERGRIPENDE TILTAK



Samhandling og oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten

Generelt kan man si at spesialisthelsetjenesten (sykehus/institusjoner) tar seg av akutt behandling, utredning, og habilitering/rehabilitering i akutt eller tidlig fase av en sykdom, skade, eller medfødt funksjonshemming. Varighet på opphold vil variere avhengig av alvorlighetsgrad og kompleksitet. Deretter forberedes tiltak i brukerens hjemkommune i tett samarbeid med kommune og bruker selv.

Habilitering og rehabilitering i kommunen:

- Kommunen skal ha en generell oversikt over behovet for habilitering og rehabilitering i kommunen.
- Kommunale habilitering -og rehabiliteringstjenester er i hovedsak organisert slik at de tilbys på, eller i tilknytning til arenaer der den enkelte lever livet sitt. Det vil si i eget hjem, i barnehage, på skolen, på arenaer for fritidsaktiviteter, samt i kommunale institusjoner.
- Kommunene har også ansvar for å identifisere behov for hjelpemidler, bistå i søknadsprosessen og i samarbeid med NAV bistå i bruk av hjelpemidler.
- Kommunen skal ha en synlig og lett tilgjengelig koordinerende enhet for habilitering-og rehabiliteringstjenester.
- Kommunen deltar i prosjektet Gode Pasientforløp. I denne forbindelse er det etablert et Forbedringsteam i helse-og omsorgssektoren som arbeider med å lage gode rutiner som sikrer gode overganger, for eksempel mellom sykehus og kommune og mellom korttids og hjemmetjenesten.

Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten:

- Spesialisthelsetjenesten består av regionale **helseforetak (sykehus i Helse Sør-Øst) og private rehabiliteringsinstitusjoner**. I tillegg til sykehusene i regionen fungerer Sunnås sykehus som eget helseforetak og som spesialsykehus innen fysikalsk medisin og rehabilitering for brukere med komplekse funksjonstap etter sykdom og skade.
- **Regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering** er organisert under Sunnås sykehus. Enheten har koordineringsfunksjon på systemnivå og har bl.a. ansvar for å inngå avtaler med private institusjoner.
- Spesialisthelsetjenesten skal sørge for nødvendig utredning og funksjonstrening som krever spesialisert tilrettelegging, overføre kompetanse til kommunen og samarbeide med kommunen om opplegg for enkeltbrukere.
- **Sørlandets sykehus** er kommunens nærmeste helseforetak og mest brukte samarbeidspartner. Det er inngått egne samarbeidsavtaler mellom kommunen og sykehuset (se neste kapittel).

Private aktører:

- De regionale helseforetakene vurderer behov for kjøp av tjenester fra private aktører. De mest aktuelle private rehabiliteringsinstitusjonene i vår landsdel er **Sørlandets rehabiliteringssenter (Eiken)** som har spesialisert seg på tilbud innenfor arbeidsrettet rehabilitering, kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME), kreft, og brudd/slitasjeskader.
- I tillegg har **Evjeklinikken** et spesialisert tilbud for brukere med sykkelig overvekt. (Når det gjelder tilbud innenfor psykiatri og rus henviser vi til kommunens Plan for rus og psykisk helse)

Samhandling med Sørlandet Sykehus HF

Samhandlingen mellom Vennesla kommune og SSHF oppleves å fungere godt på rehabiliterings-feltet. Elementer i samarbeidet er blant annet elektronisk meldingsutveksling, gjensidig hospitering, felles fagdager og fagutvikling, samarbeidsavtaler samt Fagråd for somatisk rehabilitering.

Fagråd Somatisk Rehabilitering:

Det er opprettet et fagråd for habilitering og rehabilitering somatikk med representanter fra kommunene i Agder, SSHF, Utviklingssykehjemmene, UiA og brukerutvalget. Fagrådet skal bla. se på anbefalinger knyttet til utvikling av ambulante rehabiliteringsteam, og bidra til effektive tjenester i et helhetlig pasientforløp gjennom godt samarbeid på fagområdet.

Individuell Plan (IP) og Koordinator

Bruker som mottar flere tjenester og har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan (jfr. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7). En individuell plan skal sikre at brukere av habilitering -og rehabiliteringstjenester blir koordinert i en helhetlig plan og at det etableres et samarbeid på tvers av sektorer, etater, og nivåer.

Enhetene innen helse og omsorg har ansvar for å tilby individuell plan og/eller koordinator til bruker samt å oppnevne koordinator.

Brukermedvirkning

Bruker er en fellesbetegnelse for en person som mottar bistand/tjenester fra offentlig eller privat tjenesteapparat. En *bruker* er en person som ikke bare passivt tar i mot tjenester, men som også deltar aktivt og samarbeider om tjenestene. Definisjonen signaliserer en mer aktiv rolle enn beslektede betegnelser som *pasient* eller *klient*.

Brukermedvirkning innebærer at brukere skal ha innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet. Dette er en generell rettighet i et demokratisk samfunn; mottakere av tjenester og ytelser har rett til

å medvirke og ta beslutninger i forhold som angår dem. Brukermedvirkning skjer når brukeren på individnivå og brukerorganisasjonene på tjeneste- og systemnivå deltar i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak.

Pårørende

Kommunen har plikt til å etablere systemer for innhenting av pårørendes erfaringer og synspunkter på ulike nivå, og gjøre bruk av disse erfaringene i sitt forbedringsarbeid. Pårørende kan ha verdifull informasjon til bruk i arbeidet med kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling.

Verge

Vergemål er et frivillig hjelpetiltak for personer som på grunn av en skade, sykdom eller funksjonsnedsettelse ikke kan ivareta interessene sine selv. Vergemålet kan omfatte personlige og økonomiske forhold, og vergens oppgave er hovedsakelig å disponere midler og ivareta rettigheter for vergehaveren. Vergemål baseres på frivillighet.

Hvordan ivaretar vi brukermedvirkning på individnivå?:

Alle tjenesteytere skal lytte til brukeren, motivere brukeren til å involvere seg, og tilrettelegge tjenestene slik at brukerens mål best mulig kan oppnås. Forutsetningen er at tjenestenes innhold og omfang er innenfor gitte rammer og lovverk.

Metodene som benyttes i habilitering- og rehabiliteringsarbeidet er:

- Motiverende intervju
- Gode pasientforløp- «Hva er viktig for deg?»
- Individuell plan, koordinator og ansvarsgruppe

Hvordan ivaretar vi brukermedvirkning på systemnivå?

Dette sikres blant annet gjennom brukerorganisasjonenes innflytelse i utforming og tilrettelegging av samfunnets felles arenaer. Dette er formalisert gjennom et kommunalt rådgivningsorgan; Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne som består av representanter fra brukerorganisasjoner og politiske representanter. Oppgaven er å gi kommunen råd, drøfte saker, informere og bidra til å gi funksjonshemmede en bedre hverdag. Rådet får blant annet kommunale plansaker til uttalelse.

Rådet kan også ta opp saker av eget initiativ. Det arbeides tett mot brukerorganisasjonene for å få best mulig kjennskap til hva som skal til for å sikre full deltagelse og likestilling for alle i Vennesla.

Universell utforming

Universell utforming er et begrep innen samfunnsplanlegging, IKT, design, arkitektur, tjeneste- og produktutvikling.

Den grunnleggende ideen bak universell utforming er å utfordre samfunnet slik at så mange som mulig kan delta aktivt uavhengig av funksjonsevne. Målet er at universelt utformede løsninger skal kunne brukes av alle, slik at

spesialtilpasninger unngås. Prinsippet anvendes ved utvikling av produkter, tjenester, bygg, og infrastruktur, m.v.

Eksempler på universell utforming:

- Synshemmede har behov for ledelinjer, punktskrift, høytalende informasjon, samt diverse markeringer
- Hørselshemmede kan trenge teleslynger i møte- og forsamlingslokaler, informasjonsskjermer, og akustikkutbedring.
- Bevegelseshemmede har behov for tilgjengelighet (planering av terreng, fjerning av terskler, montering av ramper, heis, automatiske døråpnere, snørydding/strøing m.m.)

Universell utforming er sterkt forankret i lovverket. Dette gjelder bl.a.:

- Plan- og bygningsloven
- Arbeidsmiljøloven
- Lov om grunnskolen (og universiteter/ høyskoler)
- Lov om valg til storting, fylkesting, og kommunestyre

Det er også utarbeidet flere faglige veiledninger til planlegging, prosjektering, og utførelse.

Vennesla kommune har høy bevissthet om universell utforming i sitt overordnede planarbeid og ved praktisk gjennomføring. Dette gjelder både reguleringsplaner, kommunale byggprosjekter, utbedring av eksisterende bygg, utearealer, og friluftsområder.

I tillegg følger man opp private utbyggere og entreprenører.

Brukerrådene representerer brukerne og deltar både på planstadiet og ved gjennomføring av prosjekter.



Foto: Karen-Anne Noer

Velferdsteknologi

Velferdsteknologi er bruk av teknologiske hjelpemidler eller løsninger som kan bidra til økt trygghet og bedre tjenester for brukere og pårørende.

Velferdsteknologi til bruk i habilitering/rehabilitering kan f.eks. være

- Hjelpemidler til daglige gjøremål, personlig hygiene, spiseredskaper
- Individuelle treningsprogrammer via skjerm i egen stue, trygghet, GPS/sporing av demente, alarmer, sensorer
- Videokommunikasjon, egenregistrering/overvåking av helsedata



Velferdsteknologi kan gi:

- Økt grad av selvhjelpenhet
- Økt livskvalitet
- Økt opplevelse av trygghet for bruker og pårørende
- Bidra til at bruker kan bo lenger hjemme
- Frigi ressurser i helse- og omsorgstjenesten

Et eksempel på velferdsteknologi innen rehabilitering kan være når fysioterapeuter tar i bruk datateknologi til å lage treningsprogrammer som bruker kan gjennomføre hjemme. Dette kan frigi ressurser og gi økt fleksibilitet for bruker ved at trening kan gjennomføres når bruker selv ønsker det. Terapeuter kan følge opp fra kontoret og gi nødvendige instruksjoner, korreksjoner og oppmuntringer.

Vennesla kommune vil i årene framover delta i utvikling og implementering av nye løsninger. Dette foregår i nært samarbeid med kommunene på Agder, leverandører, kompetansesentra nasjonalt og regionalt.

Se for øvrig [Vennesla kommunes brosjyre om velferdsteknologi.](#)

Frivillighet i habilitering – og rehabilitering



Vennesla har et rikt og variert utvalg av frivillige lag og foreninger. Disse bidrar både i kultur, idrett, menighetsliv, og andre sosiale aktiviteter. Helse- og omsorgstjenestene kan ikke dekke alle behov. Dette gjør det ekstra viktig å ha et godt og systematisk samarbeid mellom kommunen og *frivillige*.

Det sosiale nettverket er veldig viktig for de aller fleste mennesker. **Samarbeid med pårørende** kan ofte være avgjørende for å lykkes med habilitering og rehabilitering. Tiltak som settes i gang av fagpersoner må følges opp i dagliglivet. Derfor er det viktig med god informasjon slik at det oppnås en felles forståelse av tiltak.

Som en samlende drivkraft og paraply for frivillig arbeid har vi to Frivillighetssentraler; **Vennesla Frivilligsentral og Hægeland/Øvrebø Frivilligsentral**. Frivilligsentralene har som mål å motivere til frivillig arbeid, skape samarbeid mellom organisasjoner, kommune og enkeltmennesker. Frivilligsentralen har mange forskjellige tilbud og er i stor utvikling. I 2019 er det vedtatt å utarbeide en «Frivilligmelding» som skal vise retning og legge politiske føringer for hvordan kommunen og frivillig arbeid skal samarbeide og stimuleres til videre utvikling og vekst.

Frisklivssentral



Kroniske sykdommer som følge av uheldig livsstil er en økende utfordring i den vestlige verden. Eksempler på dette er overvekt/fedme, muskel-skjelettlidelser, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), diabetes, kreftsykdommer, lettere/moderate psykiske lidelser, m.m. Dette skyldes ofte inaktivitet, feilernæring, røyking, og stress.

En Frisklivssentral kan gi tilbud om livsstilsendring gjennom motiverende helsesamtale, treningstilbud på gruppenivå, og kompetanseheving gjennom kurs for brukergrupper. I Vennesla består tilbudet pr i dag av en fysioterapeut i 40 % stilling.

Brukerne er oftest personer med livsstilsrelatert helseutfordring hvor fokuset er på mestring av sykdom, øke funksjonsnivået, samt forebygge utvikling av andre helseutfordringer eller komplikasjoner.

Folkehelseprofilen viser tydelig at Vennesla har spesielt store utfordringer sammenlignet med landsgjennomsnittet. Vennesla kommune må ta stilling til om man vil satse på Frisklivssentral; dette fordi dagens tilbud med en 40 % stilling er langt fra nok til å gripe fatt i disse omfattende utfordringene.

Folkehelsearbeid (primærforebygging) og Frisklivsarbeid (sekundærforebygging) må sees i sammenheng. Kommunen har lagt til rette mye gjennom bygging av svømmehall/varmtvannsbasseng, bibliotek/kulturhus, skiløyper og nærmiljøanlegg. I tillegg er det igangsatt et stort arbeid for å utvikle turstier både sentralt i Vennesla (strandsti). Dette bør også legges til rette for i øvre Vennesla.

Tiltak/Ressurser:

Det må satses over lang tid på tvers av enheter og seksjoner for å oppnå resultater som gir utslag på folkehelseprofiler. Ledelsesforankring er også et nøkkelord. Som sektorovergripende tiltak vektlegges i hovedsak planarbeid og samfunnsutvikling på overordnet nivå. (f. eks. avstand mellom benker i sentrum slik at en person med rullator kan gå gjennom gågata med sittepauser).

I tillegg bør det tilstrebes et mer konkret samarbeid med frisklivsfokus i det daglige som kan være mellom f.eks helsesøstre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, ernæringsfysiolog, psykolog og andre, gjerne i en felles frisklivssentral. Foruten kommunens egne representanter vil det være naturlig å samarbeide med Frivillighetssentralene, idrettslag, treningssentrene i bygda, og andre frivillige lag/foreninger eller enkeltpersoner.

Det anbefales å søke prosjektmidler for å prøve ut ulike tiltak innen frisklivsarbeid og organisering av dette.



Idrett og friluftsliv

Erfaringsmessig har det vært mye fokus på universell utforming i forbindelse med bygninger, sentrumsnære utearealer, tjenester, kollektivtrafikk, osv. Det må imidlertid også settes fokus på funksjonshemmedes deltagelse i idrett og friluftsliv.

Vennesla er rik på lag og foreninger som driver aktiviteter innen idrett og friluftsliv. Spesielt nevnes **Sandripheia fritidspark** hvor det er tilrettelagt en asfaltert rulleskiløype som også kan benyttes for piggekjelker både på sommer- og vinterføre.

Frivillighetssentralen har også etablert en ordning som kalles **Fritid med bistand** hvor personer uavhengig av alder og funksjon kan få bistand av en ressursperson til å bli integrert i en aktivitet eller idrett.

Vennesla Helsesportlag driver også tilrettelagte aktiviteter for personer med nedsatt helse- og funksjonsnivå. Eksempler er varmtvannsbading og innebandy i gymsal.

Uterehabilitering er et forholdsvis nytt begrep som vektlegger frisk luft og natur som viktige elementer i en brukers rehabilitering. Å være i aktivitet utendørs gir ekstra stimulans til sansene, lyset stimulerer humøret, terrenget gir utfordringer for bevegelsesapparatet, og ikke minst er det ideelt for sosialt samvær. Rehabiliteringstjenesten i Vennesla kommune har etablert treningspark med uteapparater på stranda foran Venneslaheimen omsorgssenter.



Kommunedelplan for idrett, friluftsliv og fysisk aktivitet inneholder god oversikt over eksisterende tilbud - og forslag til nye idrettsanlegg, friområder, og friluftaktivitet. Kommunens visjon er at alle skal ha gode opplevelser gjennom idrett, friluftsliv og fysisk aktivitet. Planen sier også at man arbeider for å sikre universell utforming der det er mulig.

Aktivitetshjelpemidler:

Det finnes en ordning i NAV hvor personer med funksjonsnedsettelse har mulighet for å søke om **aktivitetshjelpemidler**. Nylig ble regelverk endret slik at det nå gis stønad til disse hjelpemidlene uansett alder (tidligere gjaldt dette kun barn og unge). Dette er tekniske hjelpemidler som er nødvendige for at personer med funksjonshemming kan drive aktivitet knyttet til idrett og friluftsliv. Eksempler kan være piggekjelker, sitski, terrengvogner, spesialsykler, innebandykjelker, m.m.

Tiltak/ressurser:

- I forbindelse med utbygging av eksisterende og etablering av nye friområder må det være fokus på adkomst og mulighet for deltakelse av personer med funksjonsnedsettelser.
- Ved rehabilitering av eksisterende haller og ved nybygg av haller bør garderobeforhold og adkomst tilrettelegges iht. kravene om universell utforming.
- Sikre vedlikehold av aktivitetsparken ved Venneslaheimen, denne er mer sentral enn noen gang nå som strandstien gir adkomst helt fra sentrum.

Utdannelse og arbeid

Velferdssamfunnet er basert på at flest mulig er i arbeid for å skape verdier og bidra til fellesskapet. For individet er arbeid i seg selv en verdi – det å oppleve at man er til nytte og kan bidra til fellesskapet gir følelse av mestring, selvtillit, og glede. Det trenger ikke alltid være ordinært lønnet arbeid; det kan være varig tilrettelagt arbeid, ulønnet frivillig arbeid, eller bare en tilrettelagt aktivitet som gir hverdagen innhold.

Veien til arbeid går som regel gjennom utdanning og/eller kvalifisering. Av ulike årsaker er det ikke alle som følger den tradisjonelle vegen gjennom grunnskole og videregående. Det må derfor være økt fokus på alternative løp samt økt grad av inkludering og tilrettelegging i arbeid og utdanning.

Vennesla voksenopplæring:

Vennesla voksenopplæring er et kommunalt voksenopplæringscenter med 300 studenter på forskjellige kurs på grunnskole, videregående skole, samt norskopplæring for minoritetsspråklige. Felles mål for alle studentene er å kvalifisere seg for arbeid.

Logopedi:

Vennesla voksenopplæring har 60 % stilling for logoped. Logopeder utreder og gir trening for mennesker som har ulike former for kommunikasjonsvansker, stemmevansker, språk -og talevansker, taleflytvansker (stamming), og svelgvansker. Behov for logopedi kan være medfødt eller bli nødvendig etter en skade eller sykdom.

Tiltak/ressurser:

Logopedistillingen på 60 % er ikke besatt. Arbeidsgruppa anbefaler kommunen å se på tiltak for å rekruttere og beholde logopeder. Vennesla voksenopplæring har selv foreslått en mulig plassering hos PP-tjenesten for å tilby et sterkere fagmiljø.

NAV

NAV forvalter velferdsordninger for alle norske innbyggere. Dette gjelder stønadsordninger som dagpenger, arbeidsavklaringspenger, sykepenger, pensjon, barnetrygd og kontantstøtte og tjenester etter Lov om sosialetjenster i NAV.

I forhold til habilitering og rehabilitering er NAV en svært viktig samarbeidspartner på mange områder. Det er grunnleggende for alle å ha en sikkerhet for at man har stønad til nødvendig livsopphold. Lokalt har NAV har hovedfokus på å hjelpe brukere ut i arbeid, gjennom arbeidsrettet brukeroppfølgning. Enten man er sykemeldt i et eksisterende arbeidsforhold eller står utenfor arbeidslivet pga helseutfordringer, har NAV tilbud om arbeidsrettet brukeroppfølgning. Dette skal styrke den enkelte brukers arbeidsevne ved å mestre helserelaterte og sosiale problemer som holder vedkommende borte fra arbeidslivet.

Arbeidsmarkeds-bedriften A3 Ressurs:

A3 Ressurs Vennesla er en virksomhet som eies av Vennesla kommune og finansieres både gjennom tilskudd fra Arbeids- og velferdsdirektoratet, Vennesla kommune, og egen produksjon og salg. Bedriften gir tilbud til mennesker i Vennesla som står utenfor arbeidslivet av helsemessige og andre årsaker. A3 Ressurs har til sammen 47 plasser:

- Arbeidsforberedende Trening (AFT) 27 plasser:
AFT skal bidra til å utvikle og styrke arbeidssøkerens muligheter for å få ordinært arbeid. Tiltaket skal gi tilbud om arbeidsrettet opplæring og mulighet for fagopplæring. Arbeidstrening vil skje både internt hos A3 Ressurs og eksternt i andre bedrifter.
- Varig tilrettelagt arbeid (VTA) 20 plasser:
Dette er et tilbud til personer med uføretrygd. Sosialt fellesskap med hyggelige kolleger. Arbeidet tilpasses den enkelte. Eksempler er snekker- og malerarbeid, lagerarbeid, butikk, kafe, vaktmestertjenester, m.m.

Frivillige:

Det finnes flere frivillige privatpersoner, lag/foreninger, og bedrifter som tar inn brukere til arbeidstrening. Den innsatsen mange gjør er av stor verdi både for den enkelte og for fellesskapet.

Varig tilrettelagt arbeid (VTO):

Dette er et varig tilrettelagt arbeid i ordinær bedrift for personer med nedsatt funksjonsevne.

Kompetansebehov

Det er stort fokus på habilitering og rehabilitering i Helse-Norge og det foregår mye forskning og fagutvikling på ulike områder innen fagfeltet. Definisjonen av begrepet rehabilitering er også utvidet, noe som fører til et kompetansebehov

Det ligger i Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering at kommunene må forberede seg på å overta oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Stadig mer av tjenestene skal foregå nærmere brukerens arenaer. Dette vil innebære at det må settes av mer ressurser til kompetanseheving.

Vennesla kommune er i ferd med å utarbeide kompetanseutviklingsplan, herunder dekkes også fagfeltet rehabilitering.

Kommunen vil ha blant annet ha behov for økt kompetanse innen:

- Faglig oppdatering på konkrete diagnoser og behandlingsmetoder, f. eks. nevrologi, amputasjoner, hodeskader, ME, ryggmargskader, m.m.
- Brukere med sammensatte lidelser. Det er økning i antall rehabiliteringsbrukere som sliter med problemer innen rus og psykiske lidelser
- Tverrfaglig tilnærming og samarbeid på tvers av nivåer
- Bruk av dataverktøy, elektronisk samhandling og velferdsteknologi
- GDPR personvernlovgivning- hvordan implementere dette i praksis

TILTAK PÅ ENHETSNIVÅ



Foto: Paal Martin Harket, Vennesla Kommune

Enhet for Barn og familie

Enhet for Barn og Familie ble opprettet i 2007 med primær lokalisering i Helsehuset. Enheten består av PPT (Pedagogisk-psykologisk tjeneste), spesialpedagoger, helsestasjon, familiesenter, spesialpedagog-teamet, fysioterapeuter, jordmortjeneste, barneverntjeneste, og habiliteringstjeneste. Etter hvert som enheten har vokst har flere tjenester blitt spredt på ulike lokalisasjoner i kommunen. Høsten 2019 blir hele enheten samlokalisert på nytt, da på Hunsøya.

Habilitering for Barn og Unge:

Habiliteringstjenesten følger pr. i dag opp ca. 56 barn og unge med ekstra behov. Det har vært en jevn økning i antall barn de siste 5 årene (det var 37 barn i 2014). Kontakten med den enkelte familier varierer mye. Målet er å være et bindeledd for familiene mot det øvrige hjelpeapparatet; både lokalt i kommunen og nasjonalt mot spesialisttjenester.

Retten til tjenester hjemles i Pasient- og brukerrettighetsloven og Helse- og omsorgstjenesteloven.

Habiliteringstjenesten består i dag av 2 stillinger à 60 %.

Tiltak/ressurser:

Det er vanskelig å forutsi framtidige behov. Det ser ut til at antall barn er nokså stabilt, men at oppgavene knyttet til disse barna legges mer over på kommunale tjenester og er stadig mer sammensatte. Det ligger et mulighetsrom i å utvide de to 60% stillingene ut fra behovet fremover.

Det anbefales også at saksbehandlerfunksjonen for habilitering slås sammen med saksbehandling i Koordinerende og helsefremmende enhet. Dette for å sikre en helhetlig og sømløs overgang fra barn til voksen og likhet i tjenestetildelingen.

Helsestasjonen:

Helsestasjonen består i dag av 9,55 årsverk som yter forebyggende helsearbeid og helsetjenester 0-18 år. I dette ligger også skolehelsetjeneste til og med videregående skole.

Det er et forsterket tilbud med helsesøster på Paviljongen ved Moseidmoen skole; et tilrettelagt tilbud til barn med særskilte habiliteringsbehov.

Tilbud innen psykisk helse for de under 18 ligger primært på Helsestasjonen. Helsesøstre deltar i forebyggende prosjekter på skolene, og i tillegg drifter de helsestasjon for ungdom 1,5 timer pr.uke.

Helsesøster har ofte et koordineringsansvar ifm Individuell Plan og ansvarsgrupper.

Tiltak/ressurser:

Helsestasjonen har tilfredsstillende bemanning ut fra dagens behov og lovverk. Ut fra befolkningsfremskrivning ser det ikke ut til å bli en økning i antall barn samlet sett frem mot 2030.

Jordmortjeneste:

Vennesla har 2 hele jordmorstillinger som følger opp gravide i svangerskapet og den første tiden etter fødsel ved behov. De samarbeider tett med andre faginstanser i kommunen, og der det eksisterer kjent rusproblematikk eller psykiske utfordringer gir de ekstra oppfølging.

Tiltak/ressurser:

Dagens jordmortjeneste gir et tilfredsstillende tilbud og oppfyller kravene i lovverket.

Barnevernstjeneste:

Barnevernstjenesten er en interkommunal tjeneste med kommunene Iveland og Evje/Hornes. De jobber med barn og unge mellom 0-23 år, og er pr. i dag den eneste kommunale tjenesten om følger opp rusavhengige under 18 år. De samarbeider tett med andre faginstanser internt i kommunen og på spesialistnivå i andrelinjetjenesten.

Det oppleves en markert økning i barn og unge som sliter med egen mental helse. Også antall unge med rusproblemer er i økning.

Tiltak/ressurser:

Ferdigstille den påbegynte prosessen rundt organisering av psykisk helsetjeneste til dem mellom 14 og 23 år. Dagens organisering med brudd i oppfølging mellom barn og voksen (17-18 år) er sårbar.

Det bør etableres en fast samarbeidsarena for samhandling mellom barne- ungdoms- og voksentjenesten på tvers av sektor og enheter.

Barnevernstjenesten opplever økende krav til dokumentasjon, noe enkelte kjente barnevernssakene med fatale resultater den siste tiden belyser. **Med bakgrunn i dette er det allerede nå behov for styrking av personell.**

Familiesenteret:

Familiesenteret består av 3 faste ansatte og en prosjektstilling. De driver lavterskeltilbud for barn, ungdom, og foreldre, som i en vanskelig periode trenger veiledning, samtale, eller oppfølging. De samarbeider med barnehager og skoler, og gir også veiledning til flere andre samarbeidspartnere.

Tiltak/ressurser:

Det er behov for økt satsning på forebyggende tiltak som foreldregrupper, informasjon på foreldremøter i skole/barnehager, organisere samtalegrupper for ungdom etc. Det er også behov for å jobbe med familiemodellen COS (Circle of Security) – en metodikk som fremmer trygg tilknytning mellom barn og foreldre (omsorgsperson).

Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT):

PPT har 8 ansatte som har som hovedoppgave å foreta en sakkyndig vurdering av barn som blir henvist fra barnehage og skole pga lærevansker og/eller adferdsvansker. Disse vurderingene danner grunnlag for tiltak og tilrettelegging. PPT i Vennesla kommune har fokus på inkluderende læringsmiljø; mest mulig av tilretteleggingen skal foregå i fellesskapet uavhengig av årsaken til behovet. PPT jobber også på systemnivå; de veileder skoler og barnehager, samt at de samarbeider tett med andre avdelinger i enheten og 2.og 3.linjetjenesten (fylkestat).

PPT jobber også med voksne som av ulike årsaker har behov for bistand og kommer inn under Opplæringsloven § 4A2.

Tiltak/ressurser:

Det er behov for et fulldigitalisert fagsystem. Dette kan være med å effektivisere dagens gammeldagse og tidkrevende dokumentasjonsform, samt frigjøre ressurser i et svært travelt fagmiljø.

Det er nødvendig med en gradvis oppbemanning i perioden (med totalt **4 nye stillinger i perioden** fram mot 2030). **Skal dette stå så presist?**

Spesialpedagoger:

5 spesialpedagoger utgjør «spes.ped teamet» som før skolealder følger opp barn med ekstra behov og utfordringer. De jobber både hjemme hos familien før barnehagestart og i barnehagen. I tillegg til individuell oppfølging, veileder de barnehager og spes.ped assistenter. De jobber med inkluderende læringsmiljø; dvs. mest mulig av oppfølgingen og tilretteleggingen skal skje i fellesskapet i barnehagen. Spesialpedagogisk kompetanse ut i barnehagene er en stor del av satsingen på inkluderende arbeidsmiljø.

Tiltak/ressurser:

Det er behov for flere spesialpedagoger som kan veilede og gi personalet økt kompetanse til å tilrettelegge for alle barn i barnehagen.

Psykologtjeneste:

Psykologtjeneste blir lovpålagt fra 2020. Vennesla kommune har allerede vedtatt å opprette en full stilling i Enhet for Barn og familie. Stillingen har vært utlyst, men er foreløpig ikke besatt. Det er i budsjett 2019 også innvilget midler til psykolog for voksne innen enhet for Livsmestring. Det viser seg utfordrende å rekruttere en enkelt psykolog i en enhet. Vennesla kommune bør derfor se på ulike tiltak som kan bidra til rekruttering. Kan for eksempel psykologen for barn og familie og psykologen for voksne ansettes i samme enhet for å skape mer robusthet og et fagmiljø?

Fysioterapitjeneste/Ergoterapitjeneste:

Det er øremerket 3 hele stillinger til arbeid med barn og unge; både på helsestasjon, i barnehager, og i skolehelsetjenesten. Fysioterapeutene driver både forebyggende helsearbeid og kurativ virksomhet for funksjonshemmede barn. De foretar undersøkelser, setter inn tiltak/behandling, veileder foreldre,

veileder andre samarbeidspartnere/fagpersoner, koordinerer og/eller deltar i ansvarsgrupper. De samarbeider tett med alle avdelinger innen enheten, barnehager, skoler, fastleger, m.fl.. I tillegg kommer kontakten med spesialisthelsetjenesten i forhold til utredninger og kompetanseoverføring. I tillegg til kommunale fysioterapeuter har en privatpraktiserende fysioterapeut tatt videreutdanning innen barnefysioterapi og tilbyr kurativ fysioterapi. Dette er formalisert som en tilpliktning i vedkommendes driftsavtale med kommunen.

Kommunefysioterapeutene har også ansvar for formidling av tekniske hjelpemidler og evt. boligtilpasning til funksjonshemmede barn. Dette er en svært tidkrevende tjeneste, og det etterspørres ofte ergoterapeut på dette området.

Tiltak/ressurser:

Opprette 100 % stilling for ergoterapeut til formidling av tekniske hjelpemidler, boligtilpasninger, samt direkte habilitering for funksjonshemmede barn og unge. Dette har vært meldt som et behov i mange år.

Enhet for Livsmestring

Enhet for livsmestring er en av fem enheter i seksjon for Helse og omsorg i Vennesla kommune. Tjenester hjemles i pasient- og brukerrettighetsloven og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Enheten er organisert med en enhetsleder og 4 avdelingsledere for hver sine fagområder. Totalt er det 151 ansatte fordelt på 105 årsverk. Målgruppen er mennesker med psykiske lidelser, og/eller rusproblemer, og personer med utviklingshemming.

Enheten yter psykiatrisk hjemmesykepleie, praktisk bistand og opplæring, veiledning, koordinering, dagaktivitet på dagsenter, bofellesskap, støttekontakt, brukerstyrt personlig assistanse, og individuell plan.

Enheten yter også avlastningstjeneste for barn og unge med utviklingshemming.

Enheten legger vekt på bruker- og mestringsperspektiv. Vi møter mennesker i alle aldersgrupper og i alle livsfaser. Enkelte kan ha et begrenset og kortvarig behov for hjelp, andre har behov for langvarig og livslang oppfølging.

Habilitering for voksne:

Tjenesten omfatter individuell oppfølging av brukerne med vekt på opplæring og praktisk bistand. Målet er at alle uansett funksjonsnivå skal kunne leve et fullverdig liv ut ifra egne forutsetninger.

Det er 59 personer som bor fordelt på 8 bofellesskap. Bofellesskap for utviklingshemmede består av ett bygg med flere individuelle leiligheter, fellesrom, og fasiliteter for personal som yter tjenester til den enkelte beboer.

Omsorgsbolig er en bolig som er tilrettelagt slik at beboeren skal kunne motta heldøgns omsorg etter behov. Det innebærer bl.a. at boligen er tilrettelagt for bevegelses- og orienteringshemmede, og at det er tatt høyde for at boligen skal

være arena for omfattende tjenesteyting gjennom hele livsløpet. Arbeidsmiljøkrav for personale er også ivaretatt.

Omsorgsboligen i bofellesskapet er å regne som et privat hjem der beboerne skal gis mulighet for selvråderett, innflytelse på eget liv og medbestemmelse. Personalet i bofellesskapet yter både individuelle og felles tjenester som blant annet omfatter praktisk bistand, opplæring, og nødvendig helsehjelp.

Læring og utvikling er en viktig bestanddel av tjenestene. Bofellesskap fungerer derfor som en læringsarena der trygge og forutsigbare rammer bidrar til utvikling, mestring og sosialt fellesskap for den enkelte beboer.

Tiltak/ressurser:

I løpet av perioden frem mot 2030 er det meldt om 56 nye brukere som skal over i voksenhabiliteringen. Behov for utbygging av bolig for denne gruppen vil belyses i boligpolitisk handlingsplan som skal bli ferdig i 2019. Behov for økte personalressurser må ses i sammenheng med utbygging av boliger.

Dagsenter/aktivitet/arbeid:

Måneglytt Håndverk-og dagsenter er både et dagtilbud og en arbeidsplass for mennesker med ulike bistandsbehov. Per dags dato har Måneglytt 35 brukere. Andre viktige aktører enheten har samarbeid med er A3-ressurs og Frivillighetssentralen. Det er viktig å se brukerperspektivet, derfor tilstreber enheten å finne tilpassede aktiviteter til brukergruppen.

Tiltak/ressurser:

Brukerne i habiliteringstjenesten blir ikke pensjonert når de blir 67 år. Dette gjør at gruppen som trenger et tilrettelagt dagtilbud stadig øker da det er lite utskifting. Økende levealder for brukergruppen medfører også at de blir værende i dagsentertilbudet i mange, mange år. **Med bakgrunn i dette er det behov for økning i antall dagsenterplasser, flere arbeidsrom og tilrettelegging av oppholdsrom.**

Det er avsatt midler i neste budsjettperiode til et forprosjekt for å utrede behovet og planlegge en utvidelse av dagtilbudet.

Avlastning for barn:

Avlastning for barn er et tilbud for å avlaste pårørende som har barn med spesielle behov boende hjemme. I 2019 er det 6 familier som har et tilbud om avlastning i avlastningshjemmet i Døblebakken 6.

Tiltak/Ressurser:

Plan for nytt avlastningshjem er vedtatt og ligger inne i økonomiplan 2018-2021. Det er viktig med en god faglig arealplanlegging slik at tilbudet blir godt tilrettelagt til formålet. Obs! at det legges til rette for et tilpasset uteareal som gir mulighet for lek og bevegelsesutvikling.

Det vil være behov for våken nattevakt i det nye avlastningshjemmet. Dette spilles inn i budsjettprosess av aktuell enhet før avlastningshjemmet skal settes i drift.

Rehabiliteringstjenester innen psykiatri og rus:

Foruten habiliteringstjenester for voksne har Enhet for Livsmestring også ansvar for tjenesteområdene psykisk helse og rus. Enheten ble opprettet i 2017 etter en omorganisering med fokus på bedre samhandling rundt brukere som har sammensatte utfordringer både med psykisk lidelse og rusproblematikk.

Både **Boligpolitisk handlingsplan** og **Rusmiddelpolitisk handlingsplan** er planlagte å ferdigstilles og godkjennes politisk i løpet av 2019. Våren 2019 ble også **Brukerplan** gjennomført. Dette er et omfattende kartleggingsverktøy av brukere som sliter med rus og/eller psykisk helse.

UngData undersøkelsen gjennomføres også hvert år i kommunen. Både Brukerplan og UngData viser at kommunen har forholdsvis mange personer med utfordringer knyttet til rus og/eller psykisk helse (jfr. også Folkehelseprofil fra SSB). Undersøkelsene viser en stor økning spesielt innen milde/moderate psykiske lidelser. Økningen er tydelig størst blant yngre aldersgrupper. Dette kan også henge sammen med større åpenhet og lavere terskel for å søke hjelp. Samtidig er det en del komplekse saker som er krevende for kommunen.

Når det gjelder barn med psykiske utfordringer ligger ansvaret på Helsestasjonen i samarbeid med Barne- og ungdomspsykiatrien på sykehuset (BUP). Skillet mellom tjenester for barn og tjenester for voksne ved 18 år oppleves som sårbart og kommunen har bestemt at det skal utredes om enhet for barn og familie skal øke sin aldersgrense innen psykisk helseoppfølging slik at ikke det blir behandlingsbrudd i en sårbar alder.

Tiltak/ressurser:

Tiltak og behov for ressurser innen rus og psykisk helse må ses i sammenheng med planene som er under utarbeidelse. Likevel nevnes noen forhold som kan være viktige ift rehabilitering:

- Samlokalisering
- Økt bruk av individuell plan, koordinator og ansvarsgrupper
- Økt samarbeid på tvers mellom enheter i kommunen slik at ressurser kan samordnes og utnyttes bedre. Spesielt gjelder dette lavterskeltilbud som Frisklivssentral, kurs i mestring, hverdagsrehabilitering og frivillighetssentralene. Det anbefales at tilbudene er under stadig evaluering og endring slik at de tilpasses behovet i befolkningen. Med bakgrunn i den store økningen bør det i større grad benyttes gruppetilbud med fokus på mestring og brukerens ressurser.
- Økt samarbeid med frivillig sektor. Dette er spesielt viktig i ettervernet for å skape sosialt nettverk og livskvalitet.
- Tilpassede boligtilbud til den enkelte (jfr. Boligpolitisk handlingsplan)
- Tidlig intervensjon og økt kontinuitet til aldersgruppa 15-25 år
- Styrking av tilbud til flyktninger med psykiske traumer

Koordinerende og Helsefremmende Enhet

Dagens rehabiliteringstjenester organiseres av Helse-omsorgsseksjonen, herunder utøves hovedtyngden gjennom **Koordinerende og Helsefremmende Enhet**. Enheten fungerer også som lovpålagt koordinerende enhet for rehabiliteringstjenester og består av saksbehandlersteam, rehabiliteringsteam, hverdagsrehabiliteringsteam, hjelpemiddelformidling, private og kommunale fysioterapitjenester, boligformidling, hukommelsesteam, kreftkoordinator, syn- og hørselskontakt samt Frisklivssentral. Legetjenesten og kommunelegen er direkte organisert under Helse- og omsorgssjef. Fastlegene er svært viktige samarbeidspartnere, og deltar ofte i ansvarsgrupper for brukere som trenger habilitering/rehabilitering.

Saksbehandlersteam:

Fungerer som mottak for alle henvendelser, og kan på bakgrunn av en individuell kartlegging foreta vedtak for brukere som trenger helse-omsorgstjenester.

Tiltak/ressurser:

Med bakgrunn i forventet økning av flere pasientgrupper vil det bli behov for å øke saksbehandlerressursene i perioden. Det kan nevnes forventet økning innen rus- og psykiske lidelser og med økende alder og flere eldre vil det bli mer demens, kreft og hjerte-kar sykdommer. Mange av disse vil på et tidspunkt få behov for kommunale tjenester.

Rehabiliteringsteam:

Består i dag av en ergoterapeut i 80% stilling og en fysioterapeut i 60% stilling. Teamet tilbyr kartlegging og individuell rehabilitering av brukere som er innlagt i korttidsavdelingen. I tillegg følges enkelte brukere opp med rehabilitering i eget hjem en periode etter utskrivelse. Dette er i hovedsak brukere med alvorlig skade eller sykdom og som trenger oppfølging over en lengre periode. Rehabiliteringsteam samarbeider med spesialisthelsetjenesten ved overføring av brukere til kommunen.

Tiltak/ressurser:

Det bør vurderes å starte opp dagrehabilitering for brukere som ikke ønsker korttidsopphold. Da kan brukerne bo hjemme og møte opp til et rehabiliteringstilbud på dagtid, noe som gjør at fagpersoner sparer reisetid, rehabiliteringen blir intensiv, og effektiviteten øker ved å samle brukere i grupper.

Med bakgrunn i befolkningsøkningen er det et antatt behov for økning av fysioterapi- og ergoterapiressurser i perioden.

Hverdagsrehabilitering:

Team Hverdagsrehabilitering (HDR) består av rehabiliteringssykepleier (100 %), fysioterapeut(100 %), og ergoterapeut(100 %). Tilbudet gis i all hovedsak i brukernes eget hjem.

Hverdagsrehabilitering handler om intensiv trening av hjemmeboende (eldre) som har begynt å få litt dårligere funksjon. Det er snakk om tidlig innsats for raskt å komme opp igjen på et nivå man var på før sykdom, skade, eller generell funksjonsfall.

Målet med tilbudet er at den enkelte kan bo lengst mulig i eget hjem, være mest mulig selvhjulpen, samt kunne mestre livet sitt. Teamet samarbeider med hjemmesykepleie, fastleger, frivillighetssentral (Aktivt seniornettverk), og ikke minst pårørende som blir involvert i første møte med bruker.

Team Hverdagsrehabilitering har hatt en relativt stabil pågang av aktuelle brukere de siste årene. De kan gi tilbud til inntil 10-12 brukere av gangen.

Tiltak/ressurser:

Økning i antall eldre medfører økt press på sykehjems plasser og hjemmesykepleie. Team hverdagsrehabilitering jobber forebyggende og bidrar til at innbyggere kan fungere i egen bolig. Det er sannsynlig at pågang til hverdagsrehabilitering vil øke i årene som kommer og kommunen må da vurdere om dette tilbudet skal utvides.

Fysioterapitjeneste:

Fysioterapitjenesten består av kommunalt fastlønnede fysioterapeuter (5) og privatpraktiserende fysioterapeuter (7) med kommunal driftsavtale.

De **fastlønnede fysioterapeutene** består av de kommunale fysioterapeuter engasjert i rehabiliteringsteam (60 %), hverdagsrehabilitering (100 %), og Frisklivssentral (40 %).

De resterende 3 er stasjonert på Venneslatunet og har som hovedoppgaver hjemmebehandlinger, hjelpemiddelformidling, og boligtilpasning. Brukergruppen er alle innbyggere fra 18 år og oppover. De som mottar fysioterapi i hjemmet er i hovedsak eldre personer som er for dårlig fungerende til å få behandling på fysikalsk institutt. Det er også en del kreftpasienter som mottar lindrende behandling i livets siste fase.

I tillegg kommer treningsgruppe for hjerte-lungepasienter, treningsgruppa «Sprek og Stødig» for eldre med nedsatt balanse, rådgivning/veiledning, administrasjon, og planarbeid.

Det er 5 **privatpraktiserende fysioterapeuter** i Vennesla som har 100% driftstilskudd, og 2 som har deltidsavtaler (80% og 60%). Disse fysioterapeutene er organisert under Koordinerende og Helsefremmende enhet og gjennom driftsavtalen gjelder en egen forskrift som regulerer tjenesteytingen for å sikre innbyggerne nødvendig fysioterapi av god kvalitet.

Privatpraktiserende fysioterapeuter driver åpen praksis hvor brukerne står fritt til å ta direkte kontakt med den fysioterapeuten de ønsker. På grunn av stor etterspørsel og press på tjenesten er det blitt utarbeidet en **prioriteringsnøkkel** basert på alvorlighetsgrad og behov for rask hjelp. Spesielt prioriteres rehabilitering etter akutte skader og kirurgiske inngrep. Det oppleves en betydelig økning i henvendelser fra personer som får operasjon på ledd (ortopediske inngrep). Samtidig øker også antall henvendelser om opptrening som alternativ til operasjoner.

Tall fra 2017 viser at de privatpraktiserende fysioterapeutene behandlet 1252 personer fordelt på totalt 26.311 behandlinger. Det er fortsatt noe lang ventetid for mange brukere.

5 av 7 privatpraktiserende fysioterapeuter driver i dag Skansenklinikken. På klinikken arbeider også **kiropraktor og psykolog**; begge faggrupper som kan bidra ift rehabilitering.

I tillegg er det en kiropraktor som arbeider i lokaler på Vikeland.

Tiltak/ressurser:

Fysioterapeut med driftsavtale:

Normen for driftsavtaler innen fysioterapi tilsier at det er behov for 1 årsverk per 1000 innbyggere. Per i dag har kommunen 14,8 årsverk inkludert de kommunale fysioterapeutene. Økning innen driftsavtaler må ses i sammenheng med befolkningsutviklingen i kommunen generelt.

På sikt er det også et ønske om å samlokalisere alle de private fysioterapeutene i Skansenklinikken. Dette for å bygge opp kompetanse, samordne prioriteringer og ventelister, samt utvikle felles rutiner for kvalitetssikring og elektronisk samhandling.

Kommunefysioterapeuter:

For kommunalt ansatte fysioterapeuter innen hjelpemiddelformidling og hjemmebehandling mener vi bemanningen vil være tilstrekkelig under forutsetning av at hjelpemiddellageret blir styrket med teknikker og ekspedisjon (se avsnitt om Hjelpemiddelformidling).

Ergoterapitjeneste:

Ergoterapi blir en lovpålagt tjeneste fra 2020. Men de fleste kommuner har allerede etablert tjenesten i flere år som en nødvendig og særdeles viktig kompetanse innen habilitering-og rehabiliteringsområdet.

I Vennesla har vi dag to hele stillinger for ergoterapeut i henholdsvis Team Hverdagsrehabilitering og Rehabiliteringsteam/hukommelsesteam. Dette er en klar underdekning ift behov og innbyggertall. Tall fra SSB (2016) viser at Vennesla har 0,14 årsverk ergoterapi pr.1000 innbyggere. Landsgjennomsnittet er 0,4 årsverk.

Tiltak/ressurser:

Viser til foreslått tiltak om økning innen Enhet for Barn og Familie.

Hjelpemiddelformidling:

Formidling av hjelpemidler er en lovpålagt kommunal rehabiliteringstjeneste. Tjenesten er i tillegg regulert i egen Samarbeidsavtale med NAV Hjelpemiddel-sentral. Alle innbyggere har gjennom Lov om Folketrygd en rettighet på tekniske hjelpemidler hvis de har fått en varig nedsatt funksjon på grunn av skade, sykdom, eller medfødt funksjonshemming. Dette gjelder både, syn, hørsel, bevegelse, eller kognisjon.

Ved **varig** behov gis det stønad gjennom Folketrygden. Kommunens formidlere foretar kartlegging av behov og søker/bestiller nødvendige hjelpemidler fra NAV - Hjelpemiddelsentral. Tall fra 2017 (NAV) viser at det er 1572 brukere i Vennesla, og det ble utlevert 2983 hjelpemidler til en samlet verdi av over 10 millioner kroner.

Ved **midlertidig** behov for tekniske hjelpemidler ligger hele ansvaret på kommunen. Fysioterapitjenesten og syn/hørselskontakt forvalter eget lager til dette.

Pr.01.01.18 har Vennesla kommune følgende bemanning på hjelpemiddelformidling:

- 3 kommunale fysioterapeuter som bruker ca 2 årsverk totalt på formidling
- Syn/hørselskontakt i 50% stilling
- 2 Teknikere i henholdsvis 70 og 60 % stillinger

I tillegg har ekspedisjonen og lager vært bemannet med 3 personer på arbeidsavklaring gjennom NAV.

Tiltak/Ressurser:

Presset på hjelpemiddelformidling er sterkt økende. Bemanningen i dag har ikke kapasitet til å utføre de lovpålagte oppgavene som kreves. Ved kortere liggetid på sykehus/institusjon og fokus på at flere eldre vil/må bo hjemme, vil behovet for tekniske hjelpemidler øke ytterligere.

Eksisterende underdekning blir delvis kompensert ved at fysioterapeutene gjør en relativt stor andel av transport og reparasjon av hjelpemidler.

- Teknikerstillingene bør økes med henholdsvis 30% og 40% slik at det blir to hele stillinger.
- Med bakgrunn i demografiske framskrivninger er det sannsynlig med behov for økning av syn- og hørselskontakt i løpet av perioden. Ved oppøkning bør det opprettes ny hjemmel for å sikre en økt robusthet og for å sikre kapasitet ved ferieavvikling og fravær.

Hukommelsesteam:

Består av en 20 % ergoterapeut- og en 20 % sykepleierstilling. Teamet foretar kartlegging/utredning ved mistanke om demens sykdom, og kan sette inn tiltak for den enkelte bruker gjennom tilrettelegginger, hjelpemidler, og veiledning til

pårørende. Den enkelte bruker får tilbud om oppfølging etter 6 måneder (samtale/veiledning), og de fleste takker ja til dette. I 2017 hadde tjenesten 46 aktive brukere.

I tillegg arrangeres egne kurskvelder for pårørende i grupper, og teamet har deltatt prosjektgruppe for velferdsteknologi.

Henvendelser kommer fra pårørende, hjemmesykepleie, saksbehandlerteam, og fastleger. Alle henvendelser avklares med fastlege før kartlegging foretas.

Tilbudet fra Hukommelsesteamet blir begrenset av svært knappe ressurser. Og arbeidet blir ekstra vanskelig når de ansatte har redusert tilgang på bil ifm hjemmebesøk. Teamet disponerer heller ikke felles kontor eller samtalerom.

Tiltak/ressurser:

I følge tall fra SSB vil Vennesla innen 2030 få en økning på 39 % i antall personer med en demensdiagnose. Dette utgjør 77 personer i tillegg til eksisterende gruppe på nærmere 200 personer. Dette danner også grunnlaget for bygging av demensboliger og det planarbeidet som pågår.

Hukommelsesteamet er en svært viktig faginstans både i kartlegging og diagnostisering, samtidig som de setter inn tiltak for å bedre livssituasjonen til den enkelte bruker og deres nærmeste. Dagens bemanning er allerede underdimensjonert, og det vurderes at teamets stillinger for ergoterapeut og sykepleier snarest må økes til 50% hver.

Hjemmetjenester

Det er to enheter for hjemmetjenester i kommunen, en i øvre og en i nedre Vennesla. I øvre Vennesla har Enhet for Hægeland omsorgssenter og hjemmetjenester xx årsverk fordelt på xx stillinger hvor xx årsverk er tilknyttet hjemmetjenesten. I nedre Vennesla er det to avdelinger hvor hjemmetjenesten Venneslavegen har xx årsverk fordelt på xx stillinger og hjemmetjenesten Sentrumsvegen har xx årsverk fordelt på xx stillinger.

Hjemmetjenestene tilbyr blant annet hjemmesykepleie, hjemmehjelp og praktisk bistand. De har fokus på å gi innbyggerne i kommunen en omsorgstjeneste med høy faglig kvalitet som legger vekt på brukermedvirkning, respekt og styrking av den enkeltes ressurser.

Hjemmetjenesten har som målsetting å gi brukere muligheten til å bo hjemme så lenge de ønsker det og å forebygge behov for heldøgns pleie og omsorg.

Hjemmetjenesten samarbeider tett med de andre enhetene innen Helse- og omsorgssektoren og er en svært viktig samarbeidspartner for rehabiliteringstjenesten og hverdagsrehabilitering.

Hjemmetjenesten har også et bredt samarbeid med andre instanser i kommunen, blant annet saksbehandlerne for helse- og omsorgstjenestene, korttidsavdelingen, ansatte på det kommunale hjelpemiddellageret og fastlegene.

Hjemmesykepleie tilbys blant annet ved behov for hjelp til grunnleggende egenomsorg med hensyn til mat, ernæring og personlig hygiene, ved behov for rehabilitering/ habilitering i samarbeid med rehabiliteringsteam, ved behov for bistand til medisiner og sårbehandling med mer.

Hvem kan få hjemmesykepleie?

For å få hjemmesykepleie må søker av tjenesten ha rett på tjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1. Denne retten utløses typisk ved at vedkommende har sykdom eller funksjonshemming som gjør at han/hun trenger nødvendige helse- og omsorgstjenester. Personen må bo eller oppholde seg i kommunen og må selv ønske hjelpen da tjenesten er basert på frivillighet. Noen trenger oppfølging i kort tid, mens andre har behov for bistand i lengre tid.

Krav om tilrettelegging

Av hensyn til arbeidsmiljøet for de ansatte kan det være behov for å stille som vilkår at hjemmet blir fysisk tilrettelagt med utstyr og hjelpemidler.

Hjemmehjelp

Personer som har sykdom eller funksjonshemming og har nedsatt evne til praktiske gjøremål i hjemmet, kan du få praktisk bistand. Det er også mulig å innvilge praktisk opplæring i dagliglivets gjøremål slik at den det gjelder kan få hjelp til å bli mest mulig selvhjulpent i dagliglivet. Hjelpen gis med utgangspunkt i hva personen selv kan gjøre. Typiske hjemmehjelpsoppgaver er vask av gulv, støvsuging, støvtørking, sengeskift og klesvask. Renhold utføres bare i rom som er i daglig bruk. For å få tjenesten må den som søker bo og oppholde seg i kommunen og personen må være berettiget hjelp etter pasient- og brukerrettighetslovens § 2 - 1 a. Forutsetning for hjemmehjelp er at vedkommende selv ønsker hjelpen. Det kreves vederlag for tjenesten.

Dagsenter

Tjenesten dagsenter kan i mange tilfeller være et viktig tiltak i en rehabilitering. Tilbudet kan blant annet bidra til sosial aktivitet for eldre, hjemmeboende og legge til rette for kontakt med andre. Tilbudet kan også fungere som avlastning for pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver. Det er en forutsetning at den som søker tjenesten kan nyttiggjøre seg tilbudet.

Tiltak/ressurser:

Kommunen har blant annet mål om at innbyggerne skal få bo hjemme så lenge som mulig og være mest mulig selvstendige i dagliglivets gjøremål. Med bakgrunn i den demografiske utviklingen med flere eldre, mer demens, mer kreft og hjerte- karsykdommer samt at flere overlever alvorlig sykdom er det sannsynlig med behov for økning i antall årsverk i hjemmesykepleien. Det er også forventet ytterligere oppgaveoverføring fra sykehus til kommunene, noe som både krever tilstrekkelige ressurser, men også fagkompetanse. Samtidig må kommunen se på muligheten for å løse oppgaver på nye måter og implementere velferdsteknologi i tjenesten i mye større grad.

Institusjonstjenester

I vennesla kommune er langtidsplassene i kommunen fordelt på Venneslaheimen omsorgssenter og Hægelandsheimen omsorgssenter. I tillegg til langtidsplassene har Venneslaheimen 12 korttidsplasser og 1 KØH (kommunal øyeblikkelig hjelp) plass. Det er planlagt utbygging av bolig for demente med inntil 30 plasser innen 2030. Venneslaheimen omsorgssenter har xx ansatte fordelt på xx årsverk. Hægelandsheimen omsorgssenter har xx ansatte fordelt på xx årsverk.

Det er ulike typer institusjonsopphold:

Langtidsopphold tilbys i hovedsak til personer med kognitiv svikt som er avhengig av tilsyn/trygge rammer og nærhet til hjelp over døgnet. Videre kan langtidsplass tildeles til personer med omfattende behov for hjelp og tilsyn grunnet somatiske sykdommer og funksjonssvikt og som ikke evner å tilkalle hjelp. I noen tilfeller kan langtidsplass også tildeles til eldre svært utrygge og engstelige personer med generalisert angst eller andre psykiske lidelser som bidrar til at de kan ikke være alene uten å få svært forringet livskvalitet. Det kreves vederlag for denne tjenesten.

Korttidsopphold kan tildeles til personer hvor det er uhensiktsmessig, umulig eller uønsket å tilrettelegge forholdene i hjemmet. Korttidsplasser tildeles i korttidsavdelingen på Venneslaheimen omsorgssenter. Det kan være mange ulike årsaker som legges til grunn ved tildeling av korttidsopphold og det kreves vederlag for tjenesten. Det kan være snakk om akutt funksjonsfall som medfører behov for tilsyn og hjelp over døgnet i større omfang enn det hjemmesykepleien kan ivareta. Det kan være behov for korttidsopphold for å gjenvinne funksjoner etter sykdom/skade. Det kan være behov for korttidsopphold for å kartlegge videre behov for omsorgstjenester, evt. eks. bolig med heldøgns bemanning eller langtidsplass. Det må i tilfelle presiseres i saken hvorfor kartleggingen ikke kan foretas i brukers hjem. Det er svingninger i antall bruker som trenger korttidsplasser og det kan være ulike grunner til at det blir «overligger» i avdelingen. Noen venter på ledig omsorgsbolig, noen venter på hjelpemidler og tilrettelegging av hjemmet, mens andre venter på ledig langtidsplass. For å sikre tilstrekkelig korttidsplasser har Vennesla kommune i flere år hatt samarbeidsavtale med Birkenes og Iveland om kjøp av plasser. På grunn av svingninger i antall brukere som trenger korttidsplasser er planlegging av eventuell utbygging i antall plasser utfordrende. Det vil kreve et tett samarbeid mellom koordinerende og helsefremmende enhet og ledelsen på Venneslaheimen omsorgssenter i en evt. planlegging av utbygging i antall plasser.

Avlastningsopphold kan tildeles i tilfeller hvor pårørende yter omfattende og særlig tyngende omsorgsarbeid hvor det samtidig er behov for avlastning. Enkelte ganger innvilges rullerende avlastningsopphold, i mange tilfeller kan denne tjenesten utsette behovet for langtidsplass. Det kreves ikke vederlag for denne tjenesten.

KØH opphold (kommunalt øyeblikkelig hjelp opphold) er et tilbud hvor pasienter med avklart diagnose og liten fare for forverring skal kunne få et kortvarig akuttopphold i egen kommune fremfor å måtte legges inn på sykehus. Et slikt tilbud kan være aktuelt for kronikere i ert rehabiliteringsløp hvor de slipper gjentatte innleggelser på sykehus.

Med bakgrunn i demografi, oppgaveoverføring fra sykehus til kommunen og flere som overlever alvorlig sykdom eller skade er det sannsynlig at det vil bli behov for ytterligere korttidsplasser i perioden. Dette må kartlegges og vurderes i et samarbeid mellom flere enheter i kommunen. Det må også ses i sammenheng med det tilbudet som kan gis i hjemmetjenesten. Vi må anta at en del av de pasientene som behandles i sykehus i 2019 i fremtiden skal behandles i kommunen. Vennesla kommune må gjøre vurderinger på hvor disse pasientene skal behandles og tilrettelegge tilbudet deretter.

Angående langtidsplasser er det antatt at utbygging av bolig for demente vil kunne dekke behovet for langtidsplasser i perioden.

Samarbeid med Vennesla legesenter

Vennesla legesenteret har 16 fastlegehemler og en turnuslege som er samlokalisert i Helsehuset i Vennesla sentrum. Det er en pågående prosess for å vurdere på hvilken måte Vennesla kommune skal dekke fastlegenes økte arealbehov. Samhandlingsreformen krever tettere samarbeid mellom kommunen, sykehus og spesialister og Vennesla legesenter har et stort ønske om å utvide dagens lokaler. Ved en fortsatt samlokalisering av fagkompetanse vil de kunne stå bedre rustet til å sikre tverrfaglighet og nødvendig tilgang på kompetanse rundt pasienten.

Helse- og omsorgstjenestene har et svært viktig og tett samarbeid med legene på Vennesla legesenter. For en del år siden kom muligheten for elektronisk meldingsutveksling, noe som i svært utbredt grad benyttes som kommunikasjonsform i dag. I tillegg deltar ansatte i helse- og omsorgstjenestene i ansvarsgrupper rundt pasientene sammen med fastlegene og saksbehandlerne i koordinerende og helsefremmende enhet tilstreber å informere fastlegene ved tildeling av tjenester.

Oppsummering:

I et fremtidsperspektiv ser vi at kommunen, på lik linje med alle andre kommuner, vil få utfordringer hvis vi skal opprettholde dagens tjenestenivå. Dette med bakgrunn i at det vil bli mange fler eldre, mer demens, mer kreft og hjerte-karsykdommer, høyere levealder og langt flere som vil overleve alvorlig sykdom eller skade. Samtidig som dette skjer er det en svært høy andel av befolkningen som står utenfor arbeidslivet. I Vennesla kommune er det ca. 30 elever som går ut fra videregående skole og rett inn i en stønad fra NAV. Dette er svært bekymringsfullt, ikke bare for Vennesla, men for hele Agder som er

overrepresentert når det gjelder personer i arbeidsfør alder som står helt utenfor arbeidslivet. Dette vil innen kort tid påvirke rekrutteringen til helse – og omsorgsyrkene. Med bakgrunn i dette bør blant annet arbeidet for å forebygge «drop-out» i videregående skole kontinueres og det bør undersøkes muligheten for å sysselsette dem som står utenfor arbeidslivet i ulike typer oppdrag innen helse- og omsorg.

Videre bør det jobbes for å stagnere og på sikt redusere etterspørselen etter kommunale tjenester. Dette vil kun fungere dersom vi i tilstrekkelig grad klarer å satse på forebygging og tidlig innsats. Det er den desidert største muligheten kommunen har for å snu utviklingen. Videre kan digitalisering og velferdsteknologi gi et mulighetsrom for nytenkning, noe kommunen må ta på alvor og utnytte i størst mulig grad.

Til tross for dystre prognoser vet vi at befolkningen i større grad enn noen gang har fokus på egen helse. Dette, sammen med en stor medisinsk utvikling, kan bidra til at fremtidens eldre vil holde seg friskere lengre. Dette kan bidra til høyere pensjonsalder og redusere press på helse- og omsorgstjenestene. Kommunen vil også fremover ha behov for stor grad av frivillighet inn i tjenestene og bør satse på et enda tettere samarbeid med de godt etablerte frivilligsentralene i kommunen. Det vurderes også at samlokalisering kan bidra til effektive og helhetlige tjenester for innbyggerne i kommunen. Dette må derfor ligge som en naturlig vurdering i alle prosesser knyttet til planlegging, behov for lokaler og generelt ved utvikling av tjenestene.