Kvæfjord kommune

Plan for habilitering og rehabilitering

Vedtatt av levekårsutvalget i Kvæfjord kommune
30. september 2020

Kvæfjord kommune

Forord

Plan for habilitering og rehabilitering er en temaplan under helse- og omsorgsplanen. Helse- og omsorgsplanen er vedtatt for perioden 2014- 2020.

I 2019 ble det ansatt en ny samfunnsplanlegger i Kvæfjord kommune. Hun har startet arbeidet med kommuneplanens samfunnsdel. Kommunedelplan for helse- og omsorg skal også rulleres i løpet av 2021. Habiliterings-rehabiliteringsplanen burde slik sett vært laget i etterkant av rullering av kommunedelplan for helse- og omsorg, men det ville da tatt lengre tid før temaplanen kunne ferdigstilles. Deler av planen inneholder også en selvstendig analyse av habiliterings- og rehabiliterings-arbeidet i Kvæfjord som skal bidra til utforming av tiltak både i habiliterings-rehabiliteringsplanen og i ny helse- og omsorgsplan. Habiliterings-rehabiliteringsplanen må derfor ses i sammenheng med overordnede planer. Overordnede planer og strategier skal være styrende for temaplaner og tiltaksplaner, og for målsettinger og prioriteringer. Habiliterings-rehabiliteringsplanen ble vedtatt av levekårsutvalget i Kvæfjord kommune den 30. september 2020, og er gyldig fra samme dato.

Nytt helsehus i Kvæfjord tas i bruk høsten 2020. Her skal både fysio- og ergoterapitjenestene, legekontoret, helsestasjonen og utvidet korttids/ rehabiliteringsavdeling inn. Det er søkelys på samhandling mellom tjenestene, og satsning på rehabilitering og hverdagsmestring. Dette er et viktig moment for at kommunen har behov for en egen habiliterings- og rehabiliteringsplan nå.

Deler av arbeidet har vært gjort i samarbeid med Harstad kommune, og kommunene fikk tilskudd fra fylkesmannen i Troms og Finnmark for å lage habiliterings- rehabiliteringsplaner. Bakgrunn for tilskuddsordningen er sentrale føringer om at kommunene på sikt skal overta flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, og at hovedtyngden av habiliterings- og rehabiliteringsinnsatsen skal skje i kommunene.

Agenda Kaupang har bistått Kvæfjord kommune med å utvikle Plan for habilitering og rehabilitering. Ansvarlig konsulent hos Agenda kaupang har vært Eilin Ekeland, med Einar Stephan og Hege Askestad som prosjektmedarbeidere. Alt arbeidet har vært gjennomført i tett kontakt med kommunens representanter. De takker for et svært godt samarbeid og en spennende prosess!

Kvæfjord kommune

Innhold

1 Sammendrag med mål og tiltak 3
2 Formål 5
3 Arbeidet med planen 5
Datainnsamling 5
Workshop 6
Innspillskonferanse 6
4 Om habilitering og rehabilitering 6
Rehabilitering 8
Habilitering 9
Koordinering og samarbeid 10
Kommunen og spesialisthelsetjenesten 12
5 Dagens situasjon i Kvæfjord 13
Rehabilitering somatikk 13
Rehabilitering/ Habilitering for mennesker med utfordringer innen psykisk helse og/eller rus 17
Habilitering barn 20
Habilitering voksne 22
Koordinering og samarbeid 24
Hjelpemidler og velferdsteknologiske løsninger 26
6 Mål og tiltak for habilitering og rehabilitering i Kvæfjord kommune 26

Kvæfjord kommune

1 Sammendrag med mål og tiltak

Kommunene er pålagt å prøve ut habilitering og rehabilitering før kompenserende tiltak iverksettes. Gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester er også en forutsetning for bærekraftig utvikling i kommunene. Det er understreket fra Helsedirektoratet at pasient og bruker skal være aktive i sin egen habiliterings- og rehabiliteringsprosess.

Formålet med Plan for habilitering og rehabilitering i Kvæfjord kommune, er å beskrive dagens situasjon og sette mål og tiltak slik at Kvæfjord kommune oppfyller den plikten de har innen habilitering og rehabilitering.

Planen tar utgangspunkt i en kartlegging av nåsituasjonen basert på dokumentgjennomgang, statistisk materiale, intervjuer og workshops. Denne indikerer at Kvæfjord kommune har et godt rehabiliteringstilbud for mange brukergrupper. Dog med forbedringspotensial på mange av områdene. Kommunen er muligens svakest på et tilbud til de mest komplekse rehabiliteringsløpene, samt har forbedringspotensial på samarbeid og koordinering.

På bakgrunn av utfordringsbildet foreslår arbeidsgruppen følgende mål for habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet i Kvæfjord:

Hovedmål:

Alle innbyggere med behov for habilitering eller/og rehabilitering skal oppleve

- Et samlet og koordinert tjenesteapparat
- At tilbudene tar utgangspunktet i hva som er viktige mål for den enkelte bruker
- At tilbudene er tilpasset den enkelte innbygger sitt behov, og bidrar til gode re/habiliteringsforløp.
- At tiltakene som blir iverksatt har den ønskede effekten

Tiltak:

- For å oppnå et samlet og koordinert tjenesteapparat, må Kvæfjord
  - Utvikle koordinerende enhet til et faglig tyngdepunkt for habilitering og rehabilitering innen somatikk og psykisk helse/rus.
  - Etablere «Gode re/habiliteringsforløp» som rutiner ved alle nye brukere inkludert rutiner for utvikling og bruk av individuelle hab/rehabplaner for alle aktuelle brukere
  - Etablere samarbeidsrutiner med videregående skole, NAV og UNN for å sikre tidlig planlegging av overganger.
  - Etablere systematikk i samarbeid på tvers av enheter, som tverrfaglige team helse-skole/ barnehage, samt faste møtestrukturer.
- For å oppnå at tilbudene tar utgangspunktet i hva som er viktige mål for den enkelte bruker, må Kvæfjord:
  - Opprettholde og forsterke oppmerksomheten på «hva er viktig for deg» samtalene og tankesettet rundt hverdagsmestring i alle tjenester.

- Tilby kompetanseheving innen rehabilitering for ansatte

- For å oppnå at tilbudene er tilpasset den enkelte innbygger sitt behov, må Kvæfjord kommune
  - Sikre fleksibilitet i botilbudene slik at kommunen raskt kan sikre et tilfredsstillende tilbud når nye eller endrede behov melder seg.
  - Reetablere «Arbeidslag» som arbeidstilbud for personer med nedsatt funksjonsevne.
  - Opprettholde eksisterende tilbud, også de prosjektfinansierte der dette evalueres og vurdere som hensiktsmessig
  - Etablere møteplass for yngre innbyggere som strever med utfordringer innen psykisk helse og rus
  - Etablere dagrehabiliteringstilbud ved det nye helsehuset
- For å sikre at tiltakene som blir iverksatt har den ønskede effekten, må Kvæfjord kommune
  - Opprettholde og videreutvikle det forebyggende arbeidet, særlig med tanke på struktur på oppfølging av fallfare, ernæring, sansetap og tidlig avdekke psykiske lidelser inkludert rus/ avhengighet.
  - Forsterke satsingen på hverdagsmestring som tankesett i stedet for kompenserende tiltak.
  - Tilføre ressurser og kompetanse for å sikre tilstrekkelig intensitet i opptrening av hjemmeboende
  - Registrere og evaluere effekten av tjenestene som blir levert
  - Sikre en bedre oversikt og kunnskap hos de ansatte om det svært godt utbygde frivillige arbeidet.
  - Vurdere samarbeid med andre kommuner om etablering av døgnrehabilitering for komplekse pasienter.

2 Formål

Plan for habilitering og rehabilitering i Kvæfjord kommune er en delplan innen helse og omsorg, begrenset til habilitering- og rehabiliteringstilbudet. Den omhandler habilitering og rehabilitering uavhengig av alder og innen både somatikk og psykisk helse/rus. Det er en generell plan uavhengig av årsaken til funksjonstap/nedsatt funksjon.

Habilitering og rehabilitering er et lovpålagt kommunalt ansvar, og formålet er at *den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet*[1]. Formålet med denne planen, er å beskrive dagens situasjon og sette mål og tiltak slik at Kvæfjord kommune oppfyller den plikten de har innen habilitering og rehabilitering.

Planen skal etter hvert bli en del av en overordnede plan for helse- og omsorgstjenesten, og rulleres samtidig som den.

3 Arbeidet med planen

Kvæfjord kommune har hatt bistand fra Agenda Kaupang ved Eilin Ekeland i arbeidet. Deler av datainnsamlingen og prosessen ble gjennomført som et samarbeid med Harstad kommune. Det ble nedsatt en felles styringsgruppe med Harstad kommune, der Helse- og omsorgssjef Ågot Hammari representerte Kvæfjord. Kommunen organiserte seg med en intern arbeidsgruppe bestående av rådgiver forebygging og utvikling Marit Blekastad, enhetsleder helsestasjon Kirsti Jensen, enhetsleder rus- og psykiatri Heidi Mørk, enhetsleder omsorgsgruppe Berg Randi Ness Pedersen og enhetsleder fysio- og ergoterapitjenesten Tove Fjellaksel. Opprinnelig fremdriftsplan var å ferdigstille arbeidet før sommeren 2019, dette ble utsatt for å sikre gode interne prosesser. Så ble landet rammet av koronapandemien med medfølgende viktige kommunale oppgaver, og arbeidet ytterligere forsinket. Arbeidet ble ferdigstilt sommer og høst 2020.

Datainnsamling

Agenda Kaupang bistod i kartleggingen av dagens situasjon i Kvæfjord. Eksisterende relevante planer, målsettinger, årsmeldinger og rutiner for dagens tjenester ble gjennomgått. Det ble tatt ut sentrale tall fra KOSTRA og fra Kommunemonitor nedsatt funksjonsevne[2], samt Folkehelsebarometeret og Kommunebarometeret og satt sammen til en samlet analyse. I tillegg ble det gjennomført intervjuer med rådgiver i helse- og omsorgsadministrasjonen som også ivaretar koordinerende enhet-funksjonen, ledere og andre fagpersoner i kommunen, og koordinerende enhet Universitetssykehuset i Nord-Norge. Temaet for intervjuene har vært hvordan habiliterings-/rehabiliteringsarbeidet er organisert og oppleves; om ressursbruk, organisering, samarbeid og koordinering etc.

Det ble gjennomført et eget møte med personer med erfaring som brukere eller pårørende.

[1] https://lovdata.no/SF/forskrift/2011-12-16-1256/§3

[2] https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Kommunemonitor_nedsatt_funksjonsevne/#/

Workshop

Videre er det arrangert en workshop sammen med Harstad kommune der sentrale tjenesteutøvere innen habilitering og rehabilitering fra begge kommunene møtte. Ved hjelp av karakteristiske, men tenkte «case» med behov for rehabilitering/habilitering, diskuterte deltakerne hvilke tilbud kommunen har, og hvordan de ulike tilbudene fungerer sammen for brukeren. Deretter ble deltakerne fra Kvæfjord utfordret på å vurdere de ulike nivåene i Kvæfjord kommune sin rehabiliteringspyramide og habiliteringspyramide.

Innspillskonferanse

Det ble avholdt et nytt møte med de samme deltakerne som på workshopen, samt representanter for ulike brukere. Utfordringsbildet ble presentert, og deltakerne skulle komme med innspill knyttet til hab/rehabiliteringspyramider i sine respektive kommuner, samt koordinering og samhandling.

4 Om habilitering og rehabilitering

Kommunen er pålagt etter helse- og omsorgstjenesteloven å tilby sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.[3] Ansvaret er utdypet i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator[4]. Arbeidet er altså forankret i helselovgivningen, men innbefatter ofte andre av kommunens virksomheter.

I den samme forskriften har man definert hva man mener med habilitering og rehabilitering:

> *Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål.*
>
> *Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.*
>
> *Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.*

Innen psykisk helse og rus, snakker man ofte om recovery, definert som

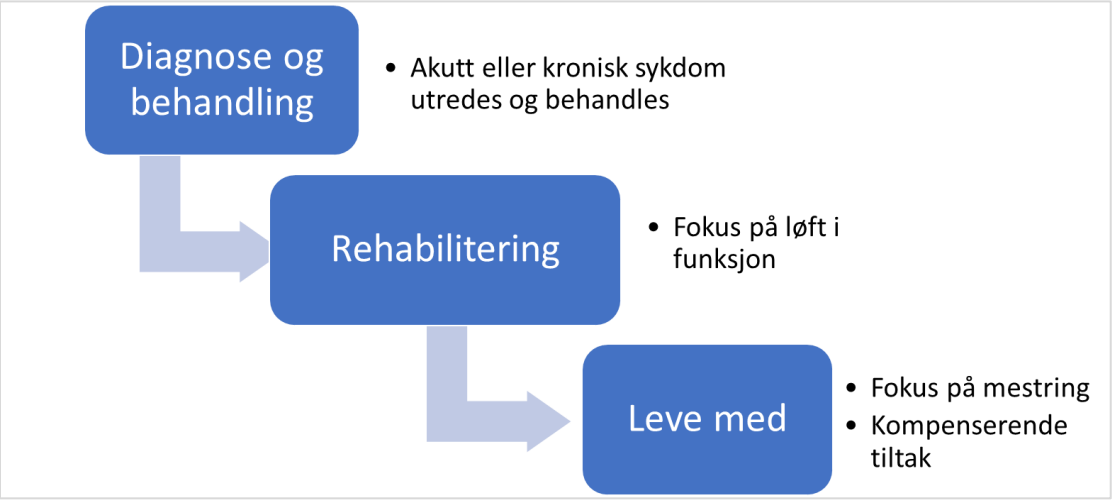
> *Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltagende og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og innsikt i eget liv* [5]

Et habiliterings- eller rehabiliteringsforløp for den enkelte innbygger, starter oftest med en medfødt lidelse, sykdom eller skade, og dermed med en fase med utredning og behandling. Dette er i hovedtrekk likt uansett om vi snakker om somatiske eller psykiske helseutfordringer. Neste fase er

[3] https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30
[4] https://lovdata.no/SF/forskrift/2011-12-16-1256/§3
[5] https://www.napha.no/content/13883/Recovery

habilitering/rehabiliteringsfasen der formålet er økt funksjon. For mange vil det være naturlig å avslutte en slik intens opptrenings/rehabiliteringsperiode etter noe tid, og leve videre med det funksjonsnivået man har oppnådd. For andre, for eksempel personer med medfødt skade, eller personer med kroniske lidelser, vil rehabilitering/habilitering vare livet ut, men med varierende intensitet i treningen.

Disse fasene ikke er adskilte faser, og de overlapper hverandre i betydelig grad. Det er viktig å starte habilitering og rehabilitering svært tidlig i et sykdomsforløp eller etter en skade. Det er også viktig å ha et livsperspektiv og fokus på mestring av mulige varig tapte funksjoner, også i rehabiliteringsfasen. Sammenhengen mellom de ulike fasene, kan illustreres slik:



Figur 4-1 Illustrasjon om sammenhengen mellom diagnose og behandling –Hab/ rehabilitering – leve med nedsatt funksjon.

Denne planen er en plan for habiliterings og rehabiliteringsarbeidet, men berører også overgangen fra og til de andre fasene.

Forskjellene mellom habilitering og rehabilitering kommer primært til uttrykk i de utøvende tjenestene, hvor det først og fremst skilles mellom målgrupper. Brukere og pasienter med behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelser. Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander som er ervervet senere i livet. Ulikheter i metodisk tilnærming kan grovt inndeles i ny-læring og re-læring.

For å bistå kommunene i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet, har Helsedirektoratet utviklet en veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator[6]. Her fremheves det blant annet at tiltak som kan bistå personen i å gjenvinne funksjons- og mestringsevne skal prioriteres fremfor kompenserende hjelp. Dette er understreket i et eget brev til kommunene fra Helse- og omsorgsdepartementet juli 2017[7]. Helsedirektoratet understreker også at habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten skal fremme personlig ansvar og egenmestring. Respekten for det enkelte menneskes selvbestemmelse, rettssikkerhet og autonomi er grunnlaget for pasient- og brukermedvirkning. Dette innebærer at pasient og bruker må involveres i valg og vurderinger

[6] https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator

[7] *Rundskriv 17/3096 KTA SB*

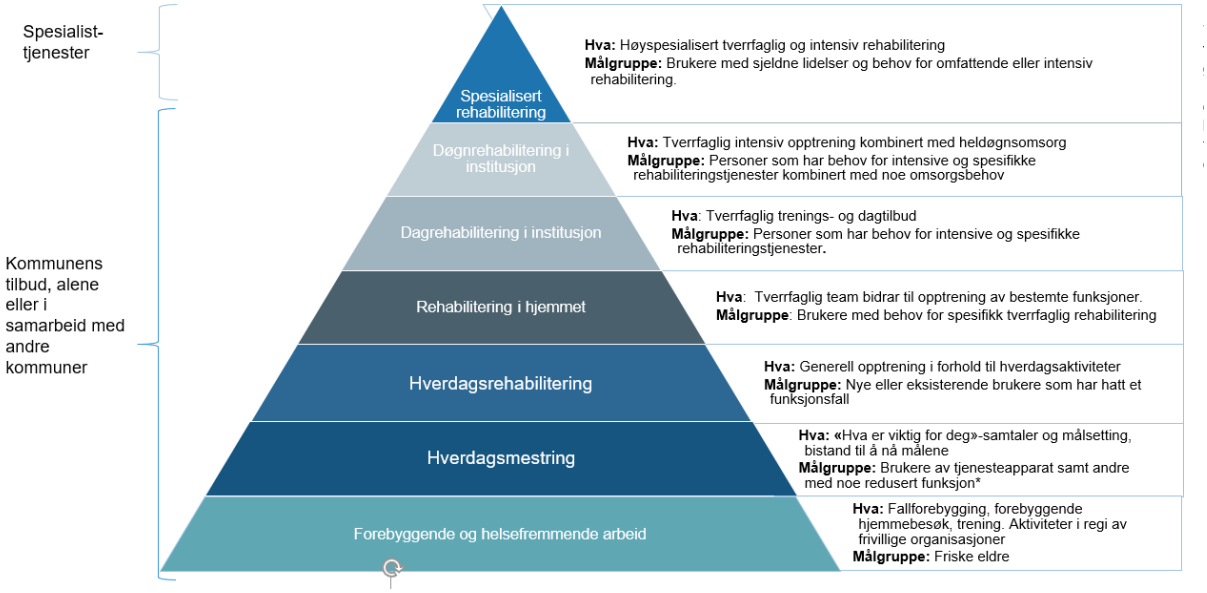
gjennom hele forløpet. Det er også slik at det er brukeren selv som må gjennomføre den treningen som skal til for å få et løft i funksjon, med støtte og veiledning av tjenesteapparatet.

Veilederen fra Helsedirektoratet anbefaler at kommunen sikrer et faglig tyngdepunkt for sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Dette tyngdepunktet kan være driver for kommunens arbeid på feltet.

Regjeringen la i Prop. 1 S HOD (2016–2017) frem en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering.[8] Dette på bakgrunn av et erkjent behov for en styrking av feltet. Som et ledd i denne opptrappingsplanen kan kommunene søke fylkesmannen om tilskudd for å styrke sitt eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud.

Rehabilitering

Rehabilitering er å bidra til at brukeren opprettholder eller forbedrer sitt funksjonsnivå. Det innebærer reell trening/opptrening av funksjoner, men også tilrettelegging av bolig/skole/arbeids-plass, hjelpemidler, ernæring, sosial trening, hverdagsaktiviteter og mye mer. Pyramiden under illustrerer ulike nivåer i et rehabiliteringstilbud. Den illustrerer også antall brukere innen de ulike nivåene: alle har nytte av forebyggende innsats og hverdagsmestring, mange har nytte av hverdagsrehabilitering, mens noen få har behov for spesialisert rehabilitering.



Figur 4-2 Rehabiliteringspyramiden etter modell fra Kristiansand kommune, bearbeidet av Agenda Kaupang. Pyramiden skal skissere forholdet mellom antall brukere og hvilke rehabiliteringstjenester som benyttes.

Det er helt nødvendig at hele støtteapparatet rundt brukeren jobber sammen med brukeren for at vedkommende skal nå sine mål, og at brukeren opplever et enhetlig støtteapparat. Det er samtidig et vesentlig element at selve opptreningen som brukeren får (fysisk trening, trening på hverdags-aktiviteter, språklig, sosial eller kognitiv trening), doseres slik at brukeren oppnår effekt. Dette gjelder

[8] https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-hod-20162017/id2513924/sec3#KAP8

alle deler av rehabiliteringspyramiden og uansett om brukeren bor hjemme eller får et intensivt institusjonsbasert rehabiliteringstilbud.

Helsedirektoratet anbefaler at kommunene sikrer døgntilbud innen rehabilitering innen to kategorier[9]:

- Generell, enkel, døgnrehabilitering gjennom korttidsplasser i sykehjem
- Intensivt tilbud i kommunal eller interkommunal rehabiliteringsinstitusjon/ rehabiliteringsavdeling

Det finnes ingen fasitsvar på dimensjonering av rehabilitering i kommunene. Prosjektet «Rehabilitering i Midt-Norge» fra 2014 var initiert av Helse Midt-Norge RHF i samarbeid med kommunene (KS) i regionen med et mål om at kommunene og spesialisthelsetjenesten fikk en felles strategi for rehabiliteringsfeltet[10]. De kom frem til at behovet for kommunal døgnrehabilitering anses å ligge mellom 0,3 og 0,5 plasser per 1000 innbygger. Forskning på effekt av rehabilitering i kommunal rehabiliteringsinstitusjon sammenlignet med korttidsplasser i sykehjem viser at det førstnevnte er mer kostnadseffektivt for kommunen og gir bedre resultat for pasientene[11]. På bakgrunn av sine funn, beregnet Inger Johansen m.fl at åtte rehabiliteringsplasser, som kan behandle 128 pasienter i året, kan gi kommunen en besparelse på over 10 millioner kroner for kommunen[12]. Halvannet år etter behandlingen har rehabiliteringspasientene over 30 prosent lavere behov for sykehjemsplass enn det nasjonale gjennomsnittet.

Basert på denne kunnskapen og dialog med kommunene, anbefaler man i rapporten fra arbeidet i Helse Midt at døgnrehabilitering bør være i form av egne kommunale rehabiliteringsavdelinger framfor å integrere døgnrehabilitering med øvrige tilbud i sykehjem. For å få en økonomisk drivverdig og selvstendig rehabiliteringsavdeling, må man ha 18-20 plasser, noe som tilsier et befolkningsgrunnlag på ca. 60.000 innbyggere hvis dekningsgraden skal ligge på 0,3 per 1000 innbyggere, og 40.000 hvis man legger seg på en dekningsgrad på 0,5. Rapporten peker videre på at der befolkningsgrunnlaget ikke gir rom for egne rehabiliteringsavdelinger, anbefales interkommunalt samarbeid eller kjøp av tjenester i private rehabiliteringsinstitusjoner. Øremerkede plasser i korttidsavdelinger (evt. gjennom interkommunalt samarbeid) kan være en løsning i mindre kompliserte tilfeller og i tilfeller der nærhet til hjemmet er særlig viktig, slik Helsedirektoratet også anbefaler.

Habilitering

Habilitering har mange likhetstrekk med rehabilitering, i sin tverrfaglighet og behov for både trening og tilrettelegging. Men teamet rundt de yngre brukerne/barna er sammensatt annerledes, med foresatte og pedagogisk personell som viktige medspillere. Teamet rundt voksne habiliteringsbrukere

---

[9] https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=tjenestetilbudet-habilitering-og-8139

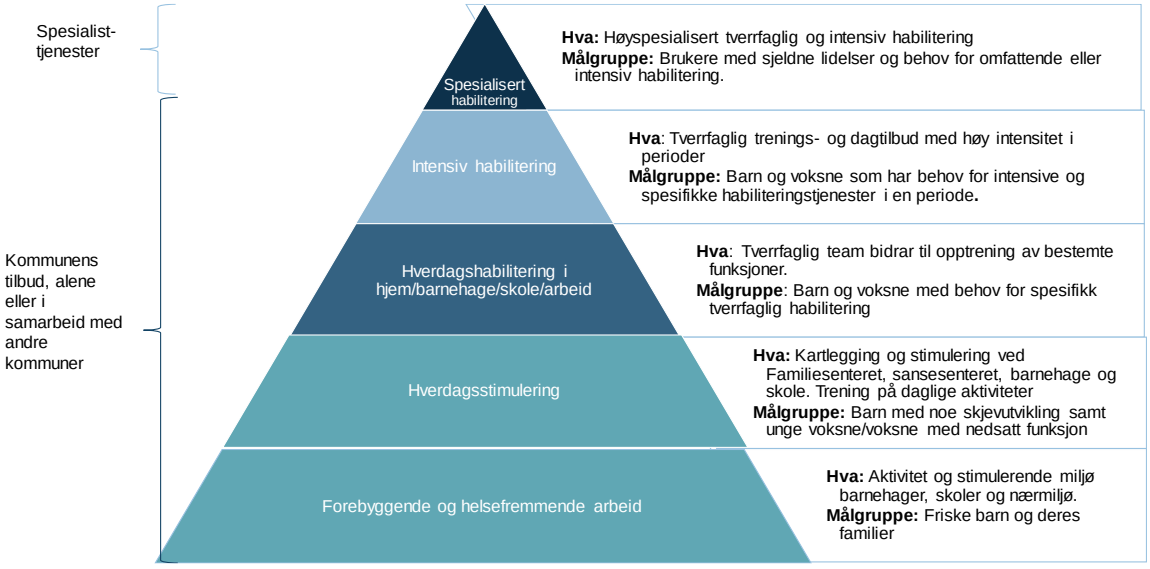
[10] https://helse-midt.no/Documents/2015/Prosjektrapport%20REHABILITERING%202014.pdf

[11] *Johansen, Inger, Lindbæk, Morten, Stanghelle, Johan K, Brekke, Mette (2012): Structured community-based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard primary health care rehabilitation – an open comparative study. Disability & Rehabilitation, 2012; 34(24): 2039–2046*

[12] **https://helse-midt.no/Documents/2015/Prosjektrapport%20REHABILITERING%202014.pdf**

har større likhetstrekk med teamet rundt rehabiliteringsbrukerne. Innen habilitering har man også overganger fra barnehage til skole, fra skole til utdanning og fra utdanning til arbeid og til å etablere seg i eget hjem. Habilitering er som oftest en livslang prosess, og hver livsfase har sine særtrekk og utfordringer.

Når personer med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse blir voksne, er det ofte naturlig og riktig å redusere forventninger og innsats på å løfte funksjonen. Ingen kan trene intensivt hele livet, og man kan også stille spørsmål ved hvor lenge fokuset skal være på å endre funksjonsnivå versus å lære og mestre og ha et meningsfullt og godt liv med den funksjonsnedsettelsen man har. Derfor blir habiliteringsarbeidet for voksne i større grad hverdagsstimulering og i mindre grad de andre delene av pyramiden. Samtidig er det slik at det gir større konsekvenser for en person med nedsatt funksjonsevne, hvis vedkommende i tillegg får en skade eller sykdom i form av et beinbrudd, eller utvikler KOLS. Rehabilitering for denne gruppen blir derfor svært viktig.



Figur 4-3 Habiliteringspyramiden utarbeidet av Agenda Kaupang. Pyramiden er uavhengig av om bruker bor hjemme hos foreldre, i egen bolig eller i omsorgsbolig med bemanning

Koordinering og samarbeid

Et kjennetegn ved habilitering og rehabilitering er at flere aktører arbeider sammen for å bistå brukeren til å nå sine mål. Dette innebærer et stort behov for koordinering av tjenestene. Det er utviklet flere verktøy for å lykkes med slik koordinering. Først og fremst er kommunene pålagt å ha en koordinerende enhet[13]. Enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Å utvikle rutiner og møteplasser for samhandling, informasjon og kompetanseutvikling på tvers av fag, nivåer og sektorer anses som enhetenes kjernevirksomhet.

[13] https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/KAPITTEL_3#§6

Individuell plan og koordinator er verktøy for å oppnå god koordinering rundt den enkelte bruker. Den enkelte bruker har rett til å få utarbeidet en individuell plan[14] og kommunen har plikt til å sørge for dette[15]. Formålet er både å sikre koordinering og helhet i tilbudet, men også sørge for at brukeren selv er aktivt medvirkende. Koordinator er en tjenesteyter som skal sikre nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet samt framdrift i arbeidet med individuell plan. Koordinator oppnevnes i forbindelse med individuell plan, men skal også tilbys selv om vedkommende takker nei til individuell plan.

Tverrfaglige koordineringsmøter er gode arenaer for å sikre samordning og i noen tilfeller kan det være hensiktsmessig å etablere en tverrfaglig koordineringsgruppe, ofte kalt for ansvarsgruppe. Dette er arenaer brukeren selv deltar på. Dersom bruker selv ikke ønsker eller er i stand til å delta, kan bruker være representert ved sin verge eller med nærmeste pårørende.

Det gode hab/rehabiliteringsforløp - et eksempel

Kvæfjord kommune har arbeidet godt med «Det gode pasientforløp». Det gode og koordinerte rehabiliteringsforløpet ser ganske likt ut, og er også stort sett uavhengig av brukergruppe. Det kan beskrives noe slikt:

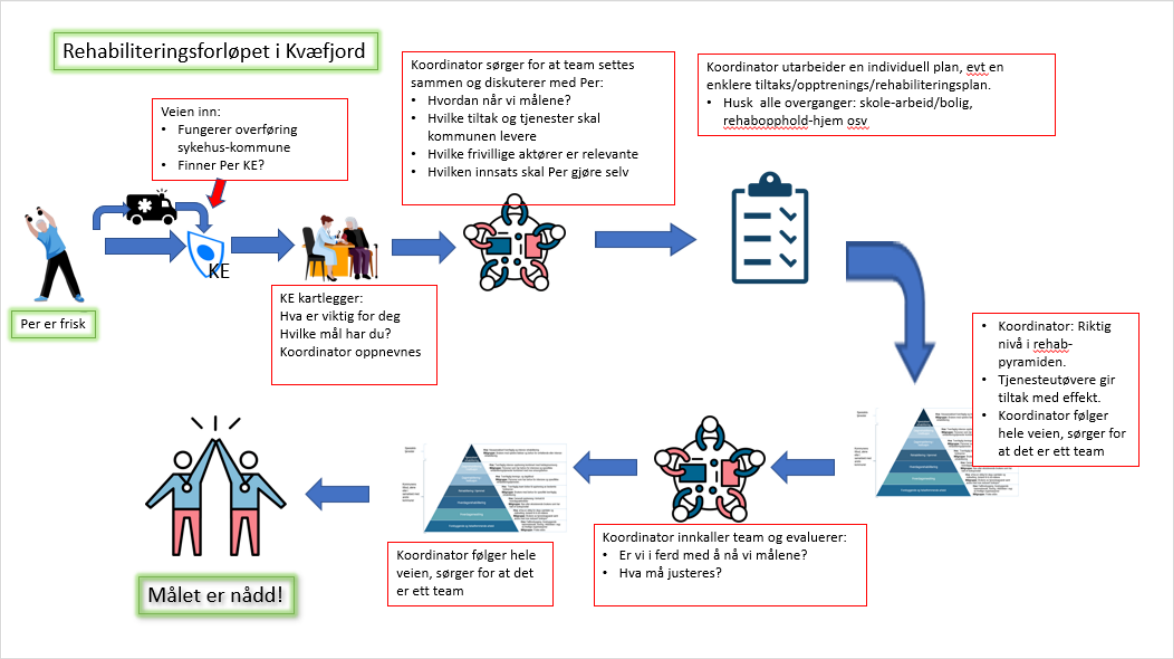
> *Per, som har vært frisk og hatt god funksjon, får en sykdom eller skade. Han er enten i kontakt med sykehus, eller egen lege i kommunen. Han blir utredet og behandlet, og rehabiliteringsforløpet blir igangsatt i form av å starte på en individuell (rehabiliterings)plan.*
>
> *Enten Per selv, eller den som er Pers behandler, kontakter koordinerende enhet (KE) i kommunen. KE kartlegger og har en god samtale med Per om hva som er viktig for han, og hvilke mål han har på kort og lengre sikt.*
>
> *KE kontakter og kobler aktuelle tjenester inn. Dette er tjenester både i egen virksomhet, øvrige tjenester i kommunen, frivillige aktører og evt spesialisthelsetjenesten/BUP/Statped. Det nedsettes et team med Pers sentrale «hjelpere».*
>
> *Teamet er sammen med Per ansvarlige for å finne fram til de tiltakene som bidrar til at målene nås. Type tjenester, omfang/dosering må avklares. Dessuten må det vurderes om det er frivillige aktører som er relevante å koble inn. Hvilken innsats som forventes av Per selv må også avklares.*
>
> *Dette dokumenteres i en plan. En slik plan kan være omfattende eller svært enkel, avhengig av Pers ønsker og Pers utfordringer. I planen må man huske å beskrive alle overganger: fra skole til arbeid/bolig, fra et rehabiliteringsopphold til eget hjem osv.*
>
> *Tiltak gjennomføres i tråd med planen, og i et så stort omfang og med en metodikk som tilsier at tiltakene skal ha den ønskede effekten.*
>
> *Kontaktperson/koordinator/primærkontakt er tilgjengelig for Per og for de andre aktørene rundt Per hele tiden.*
>
> *Etter noe tid, må tiltakene og planen evalueres. Det er koordinators ansvar å sikre at dette blir iverksatt, men det er alle tjenesteutøvernes ansvar å melde behovet. En justert plan*

[14] https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/KAPITTEL_5#§16

[15] https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256/KAPITTEL_5#§18

videreføres fram til satte mål er nådd, eller et samlet team konkluderer med at «det er så langt vi kommer».

Dette kan illustreres slik:



Figur 4-4 Det gode hab/rehabiliteringsforløpet i Kvæfjord kommune

Kommunen og spesialisthelsetjenesten

Habilitering og rehabilitering skjer både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Spesialisthelsetjenestens ansvar kan ivaretas enten på sykehusene eller hos private institusjoner som har avtale med helseforetakene. Kommuner og spesialisthelsetjenesten er forpliktet til å utarbeide samarbeidsavtaler[16,17], og habilitering og rehabilitering skal beskrives i disse avtalene.

Helsedirektoratet publiserte i rapporten *Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet*[18] en modell til hjelp for å avklare ansvarsfordelingen mellom kommuner og helseforetak. I veileder om samarbeidsavtaler er det anbefalt at det nedfelles regler for håndtering av uenighet knyttet til ansvar og oppgaver[19].

Selv om hovedansvaret for å utarbeide en individuell plan ligger i kommunen, skal spesialisthelsetjenesten bidra til arbeidet, og varsle kommunen om pasienter med et behov for

[16] https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_6#§6-1

[17] https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_2#§2-1e

[18] https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/avklaring-av-ansvars-og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsomradet

[19] https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/samarbeidsavtaler-mellom-kommune-og-syke/id650125/

individuell plan. Også i spesialisthelsetjenesten skal pasienten ha en koordinator, og sykehusene skal ha en koordinerende enhet.

5 Dagens situasjon i Kvæfjord

Kvæfjord kommune scorer svært godt på Kommunebarometeret når det gjelder tjenester innen pleie og omsorg, men dårligere innen helse. KOSTRA-analyser viser at Kvæfjord har mange innbyggere over 16 år med psykisk utviklingshemming og mange ikke-gifte over 67 år. Dette gir økte behov for helse- og omsorgstjenester. Korrigert for disse behovene, bruker kommunen mindre enn kommunegruppa på pleie- og omsorgstjenester, og mer enn kommunegruppene på diagnose, behandling og rehabilitering. Innenfor pleie og omsorgssektoren, bruker kommunen mye ressurser på aktivisering sammenlignet med kommunegruppa, men få brukere får vedtak om korttidsopphold og oppholdene er registrert som korte opphold. I praksis får mange innvilget flere påfølgende opphold, slik at oppholdene i praksis ikke er så korte som KOSTRA-rapporteringen viser. Det er ikke faste plasser avsatt til rehabilitering, og korttidsplassene benyttes fleksibelt til utredning, behandling, rehabilitering, avlastning og annet. Nytt Helsehus er skal være ferdig i 2020, og antallet korttidsplasser vil da bli utvidet til 10 plasser. Ut fra KOSTRA-registreringen kan det se ut som om Kvæfjord bruker svært lite ressurser på hjemmetjenester sammenlignet med sammenlignbare kommuner.

I forhold til landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner, er det mange voksne under 67 år som får dagaktivitetstilbud, og de får vedtak om mange timer. Det er også mange som får støttekontakt. Disse tallene er ikke korrigert for at Kvæfjord har et høyt antall personer med psykisk utviklingshemming bosatt i kommunen. Psykisk utviklingshemmede får mye opplæring til praktiske gjøremål. Det er en nedgang i andel som får behovet for bistand til å delta i arbeid eller utdanning dekket, denne andelen er nå 85%.

Det er god fagutdanning og dekning av de fleste tjenesteutøvere sett i forhold til andre kommuner, men det er lite ergoterapiressurser. Fysioterapitjenesten består av hovedsakelig av ansatte fysioterapeuter, kun 15 % av årsverkene er avtalefysioterapeuter.

Folkehelsebarometeret viser at kommunen har noen levekårsutfordringer, mye skader, overvekt og hjerte/karlidelser i befolkningen.

Uten endring i innhold og innretning, vil kommunens behov for tjenester i 2030 være 140% av dagens.

Rehabilitering somatikk

Forebyggende og helsefremmende arbeid

Til grunn for alt rehabiliteringsarbeid ligger et godt forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot alle friske innbyggere. En del sykdommer og funksjonsproblemer er dessverre vanskelig å påvirke, men fall og fallskader kan forebygges[20]. Man anslår at merkostnadene forårsaket av hoftebrudd, som i stor grad rammer eldre personer, ligger på vel 500.000 kroner første året etter bruddet og at over 60 % av dette er kommunale utgifter[21]. For brukere som kommer på sykehjem

[20] https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/98/Fallforebygging-i-kommunen-kunnskap-og-anbefalinger-IS-2114.pdf

[21] https://helsedirektoratet.no/Documents/Folkehelsearbeid%20i%20kommunen/Kostnader-ved-hoftebrudd-hos-eldre.pdf

etter bruddet, er utgiften bortimot én million. Det er dermed mye å hente for kommunene ved å drive kunnskapsbaserte forebyggende tiltak for å redusere fallskader, og noen kommuner vil ha mer å hente på dette enn andre. Trafikksikringstiltak, stimulere til fysisk aktivitet, forebygge ensomhet er andre gode forebyggende tiltak.

Kvæfjord har mange frivillige organisasjoner som har ulike aktiviteter. Kommunen startet i 2019 opp med forebyggende hjemmebesøk til personer over 80 år fra helsesykepleier. Å fange opp fallfare vil kunne være en integrert del av dette tilbudet. Kommunen har frisklivssentral, og fysioterapeutene har fallforebyggende grupper. Det er også mange ulike bassenggrupper, både i regi av fysioterapitjenesten og i regi av frivillige organisasjoner.

Et systematisk ernæringsarbeid er et annet viktig område som også er satt søkelys på i «Leve hele livet»[22]. Kommunen har rutiner for forebygging og behandling av underernæring for personer som allerede mottar helse- og omsorgstjenester, men ikke for andre utsatte personer.

Utfordringen på dette nivået i rehabiliteringspyramiden i Kvæfjord er å ha en overordnet planstruktur. Noen har også pekt på forbedringsbehov for det fallforebyggende arbeidet, blant annet i måten avviksregistrering av fall handteres. Å forebygge underernæring kan også med fordel satses på overfor andre utsatte brukere enn de som allerede mottar helse og omsorgstjenester.

Hverdagsmestring

For brukere som står i fare for eller er i ferd med å få nedsatt funksjon blir hverdagsmestring viktig. Det handler om å opprettholde funksjon på viktige områder og oppleve mestring på tross av noe redusert generell funksjon. Utgangspunktet er hva som er viktig for den enkelte. Noen opplever for eksempel glede og inspirasjon ved å kunne handle matvarer selv. Det gir lyst til å lage mat og man kan selv velge hva man skal ha til middag. Da er det helt nødvendig at hjelpere rundt, både pårørende og tjenesteytere, ser hvordan man kan opprettholde denne funksjonen i stedet for å gå i «hjelpefella». Målgruppen for dette nivået i pyramiden er både bruker selv og deres pårørende.

Innbyggere i Kvæfjord som søker om omsorgstjenester første gang, får alltid et kartleggingsbesøk av ansatte fra sykepleietjenesten sammen med ergoterapeut eller fysioterapeut. Her inngår «gangtesten» som en del av kartleggingen. Dette er en del av saksutredningen, der kartlegging av brukerens ressurser er viktig, og en avklaring på behov og mål. Kommunen har deltatt i KS sitt læringsnettverk «Gode pasientforløp», og «Hva er viktig for deg»- perspektivet er under etablering og ønskes videreført i egen regi. Kommunen legger vekt på at helse- og omsorgstjenester i starten tildeles for en avgrenset periode, for å evaluere om bruker selv mestrer aktivitetene hun eller han får bistand til, på et senere tidspunkt.

Det viser seg likevel i kartleggingen i forbindelse med dette planarbeidet, at det fortsatt er et stykke vei å gå før hverdagsmestring er en felles plattform hos alle ansatte.

Hverdagsrehabilitering

Neste trinn er hverdagsrehabilitering. Her er brukerne personer som har hatt et generelt funksjons-fall, men med potensial til å kunne oppnå tidligere funksjon. Tiltakene er generell opptrening i en

[22] https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/

tidsavgrenset periode, fortsatt med utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte. Forskjellen mellom dette nivået og hverdagsmestring er mer systematisk opptrening.

For personer med kroniske sykdommer, for yngre personer, og for andre som har et ganske godt funksjonsnivå, kan det være naturlig at bruker selv oppsøker fysioterapeut med driftsavtale med kommunen for treningen. Mange benytter seg også av brukerorganisasjoners treningstilbud.

Kommunen fikk midler til å etablere hverdagsrehabilitering for noen år siden, og har jobbet med å etablere dette både som en arbeidsform og et tankesett. I Kvæfjord reiser de fleste innbyggerne med behov for fysioterapi, til fysioterapeutenes lokaler. De får tilbud om 2 ganger i uka, noen få får trening 3 ganger per uke. Kontakten mellom fysioterapeutene og sykepleietjenesten- eventuelt de som gir helse- og omsorgstjenester i hjemmet, er ikke veldig tett. Det er ikke satt av ressurser til egne hjemmetrenere og KOSTRA analysen indikerer at sykepleietjenesten har lite ressurser i forhold til innbyggerantall og kommunens alderssammensetting. Dette bidrar til at doseringen av treningen med stor sannsynlighet blir for lav til å få best mulig effekt. Hverdagsrehabilitering ikke er helt etablert ennå og det er ikke en felles plattform for alle ansatte.

Rehabilitering i hjemmet

Neste trinn som vi har kalt rehabilitering i hjemmet, krever mer spesialisert kompetanse. Målgruppen er brukere med behov for spesifikk opptrening eller behandling i forbindelse med sykdom og skade. Brukerne kan også være personer som selv kan oppsøke fysioterapiinstitutt for trening og behandling. Tjenesteyterne må ha noe spesialisert kompetanse som fysioterapeut, ergoterapeut, evt. logoped, sykepleier med rehabiliteringskompetanse, tolketjeneste etc. I tillegg kan generelle hjemmetjenester være aktuelt.

Hjemmerehabilitering i Kvæfjord fungerer i praksis slik at pasientene drar til fysioterapeut, og ergoterapeut bidrar med hjelpemidler og annen tilrettelegging. Det er sjelden ulike profesjonsgrupper er hjemme hos brukeren samtidig. Kartleggingen viser at kontakten mellom de ulike tjenesteutøverne som har samme bruker, kan være noe tilfeldig og at samarbeidet rundt brukeren ikke er veldig tett. Kommunen mangler også ergoterapiressurser.

Totalt sett opplever tjenestene at de mangler tid og ressurser til tilstrekkelig intensitet i treningen. Kompetansen er ikke kartlagt i denne sammenheng.

Noen pasienter er jevnlig inne på korttidsopphold i forbindelse med utskrivning fra sykehus, på grunn av sviktende helse fysisk og/ eller psykisk, dårlig ernæringstilstand, diagnoser med svingende forløp. Her arbeides det med å sikre gode overganger. Dette er et arbeid som med fordel kan systematiseres enda mer (jfr læringsnettverk Gode pasientforløp).

Dagrehabilitering i institusjon

Noen brukere har hatt et så stort fall i funksjon at de også vil trenge omsorgstjenester, treningen bør ha høy intensitet, og sosial aktivitet og måltider er en viktig del av rehabiliteringen. Da vil et dagrehabiliteringstilbud være riktig. Brukeren bor hjemme, men reiser daglig eller flere ganger i uka til et rehabiliteringstilbud. Dette tilbudet består av spesialisert trening, både individuelt og i grupper, samt sosial aktivitet og tilbud om måltider. Ved at brukeren bor hjemme opprettholdes daglig funksjon og hverdagslivets krav, noe som er viktig i en rehabiliteringsprosess.

Kvæfjord kommune har ikke et slikt tilbud, men dette kan bygges opp på nytt helsehus som er under oppføring. Her etableres blant annet pasientrom med eget treningskjøkken.

Døgnrehabilitering i institusjon

Øverst på den kommunale delen av rehabiliteringspyramiden er døgnbasert rehabilitering. Dette er et tilbud til brukere som i tillegg til behov for opptrening har et såpass stort omsorgsbehov at de trenger døgnbemannet tilsyn/behandling.

Kvæfjord kommune har samlet døgnrehabilitering på BOAS med 23 leiligheter primært beregnet på eldre leietakere som får helse- og omsorgstjenester etter individuell vurdering/ vedtak kombinert med 4 institusjons/ korttidsplasser som er heldøgnsbemannet. Virksomheten er organisert sammen med hjemmetjenesten. De ansatte på BOAS er også noe ute i hjemmene. I tillegg har kommunen 2 korttidsplasser på Kvæfjordheimen sykehjem. Fra 2020 økes antall korttidsplasser til 10 i nytt helsehus, og korttidsplassene på Boas og Kvæfjordheimen får endret funksjon.

Med dagens 6 og etter hvert 10, kombinerte rehabiliterings og andre korttidsplasser på 3.000 innbyggere, er det rimelig å si at Kvæfjord er innenfor dekningsgraden som rapporten i Midt-Norge anbefaler (jfr s 9) og også som rapporten «Rehabilitering i Nord-Norge» som nå er ute på høring, anbefaler. Det er samtidig slik at egne rehabiliteringsplasser med dedikert personell ikke er gjennomførbart i en liten kommune. Dette medfører at kommunen må ha ekstra søkelys på hva målsettingen med det enkelte korttidsopphold er, og at personalet må ha høy kompetanse til å tilpasse tilbudet til hver enkelt pasient de har ansvar for.

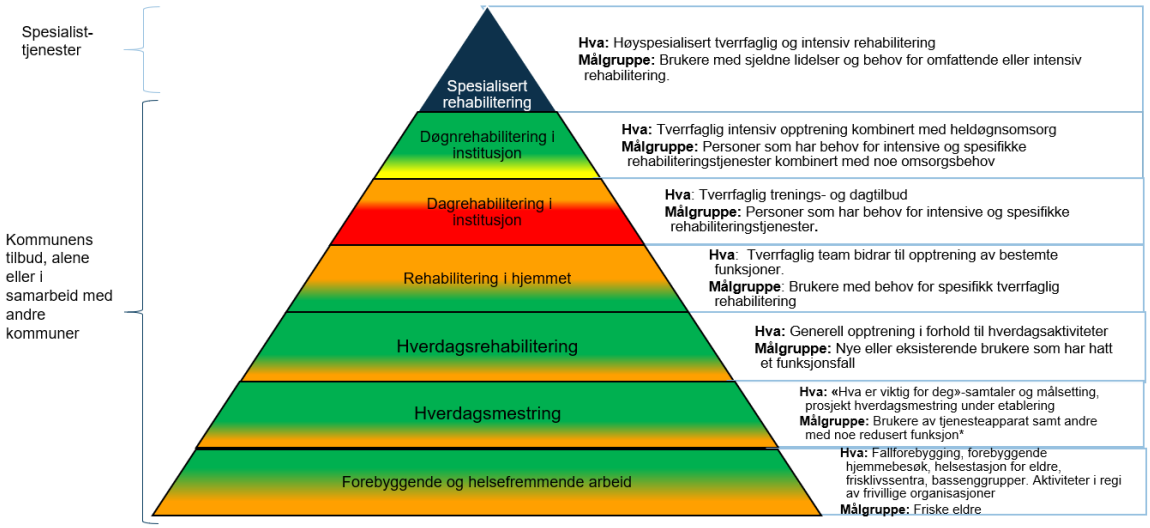
Kartleggingen viser at oppholdet på BOAS fungerer godt. Det er tydelige målsettinger med oppholdet, og måloppnåelsen er god. Det arbeides nå systematisk med å sikre kvalitet på de ulike typer korttidsopphold, med spesielt fokus på rehabiliteringsplaner og på ernæringsarbeid. Rehabiliteringsplanene skrives i Profil- plan-rapport der både pleiepersonale, fysio- og ergoterapeuter, samt tilsynslege har tilgang. Rehabiliteringsopphold er beskrevet i rutine for ulike korttidsopphold.

Befolkningsgrunnlaget i Kvæfjord tilsier at det er utfordrende å kunne ha spesialisert kunnskap på alle brukergrupper, jfr s. 9). Det kan derfor være hensiktsmessig å inngå samarbeid med andre kommuner om en noe mer spesialisert døgnrehabilitering.

Bygningsmassen som nå brukes, mangler treningsleilighet, noe som gjør det vanskelig å drive aktiv trening på dagliglivets aktiviteter. Treningsleilighet er imidlertid planlagt på ett av rommene på Helsehuset.

Samlet rehabiliteringspyramide somatikk

Deltakerne på workshopen ønsket å illustrere tilbudet som illustrert under. Det kan dog stilles spørsmål ved, basert på forskningen omtalt over, om døgnrehabiliteringen for de dårligste pasientene kan være god nok i en så liten kommune.



Figur 5-1 Rehabiliteringspyramiden i Kvæfjord. Grønt: tilfredsstillende, oransje: trenger forbedring, gult: under utvikling, rødt: ikke god/ikke eksisterende

Rehabilitering/ Habilitering for mennesker med utfordringer innen psykisk helse og/eller rus

Forebyggende og helsefremmende arbeid

Enhet for psykisk helse og rus vektlegger forebyggende og helsefremmende arbeid og har ulike tilbud til kommunens innbyggere.

Møteplassen er et lavterskeltilbud for alle, uansett alder. Det er en arena for sosialt samvær, fellesskap og aktivitet, i tillegg til at man kan få informasjon, råd og veiledning. Der er det aktiviteter 3 dager i uka, middag, tur dag og et kafetilbud.

Kommunepsykologene arbeider forebyggende og helsefremmende rettet mot barn, unge og voksne i tett samarbeid med helsestasjonen, barnehage, skole og Rus og psykiatritjenesten. De er ute i barnehager, skoler og på Møteplassen. De holder kurs og veileder både barn, elever og ansatte. Kommunepsykologene tilbyr gratis samtaler, vurdering og veiledning til kommunens innbyggere. Tjenesten gis som et lavterskeltilbud.

Frivilligsentralen i Kvæfjord og helsestasjonen samarbeider om Kjeller`n, et tilbud til ungdom der de kan samles og ha ulike sosiale aktiviteter en ettermiddag i uka.

Kommunens rusfaglige medarbeider samarbeider med helsestasjonen og er med i det forebyggende arbeidet som praktisk utføres i barne- og ungdomsskolen og på videregående skole. De er ute på skolene og informerer om farene ved bruk av ulike rusmidler og hvor man kan søke hjelp eller oppnå dialog med hjelpeapparatet.

Rus og psykiatritjenesten, Frivilligsentralen, Frisklivssentralen og Helsestasjonen samarbeider årlig om gjennomføring av verdensuka for psykisk helse. Den uka er det et eget aktivitetsprogram for ulike aldre, og det arrangeres flere møteplasser for innbyggerne i Kvæfjord Kommune.

Kvæfjord har de siste årene fått 4-årige tilskudd fra Helsedirektoratet både til kommunalt rusarbeid og for å styrke tilbudet til personer med behov for langvarig og sammensatt oppfølging. Tilskuddet til

Kommunalt rusarbeid benyttes til styrking og mer systematisk arbeid rettet mot personer med rusproblemer, og forebygging rettet mot barn og unge. Det er også tiltak rettet mot pårørende (også barn som pårørende). For personer med lettere psykiske lidelser og/ eller rusmiddelavhengighet i aldersgruppen 18 til 30 år er det etablert en møteplass i samarbeid med Frivillighetssentralen.

I tilskuddet «Langvarig og sammensatt oppfølging» arbeider helsestasjonen blant annet for å få på plass tverrfaglige systematiske samarbeidsteam mellom helse og skole/ barnehage, og å ta i bruk systematiske opplæringsprogram som «Tidlig Inn» og psykologisk 1.hjelp i skole og barnehage. Kvæfjord har også satset på å utdanne PMTO-veiledere (PMTO er et behandlingstilbud til familier med barn i alderen 3-12 år som viser tydelige tegn på atferdsvansker) ved bruk av tilskuddsmidlene.

Kvæfjord samarbeider med Harstad kommune og UNN Harstad om å drive FACT-team (fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam), et tilbud til personer med alvorlige psykoselidelser. Også dette tilbudet får tilskuddsmidler, og er tenkt videreført i ordinær drift.

Basert på tilbakemeldingene på workshopene, ser det ut til at Kvæfjord kommune har et godt og bredt forebyggende og helsefremmende arbeid for denne brukergruppen. Det har likevel kommet fram at samarbeidet mellom Rus- og psykiatritjenesten og de andre tjenestene kan bli mer målrettet og systematisk. Det samme gjelder samarbeid med de frivillige organisasjonene.

Hverdagsmestring

Hverdagsmestring forstås som bistand til å mestre daglige aktiviteter. For mennesker som strever noe med rus eller har utfordringer med sin psykiske helse, handler dette om å mestre personlig hygiene, skaffe seg og holde orden i egen bolig, ha kontroll på den personlige økonomien, lage mat, vaske klær etc. Det kan også handle også om å møte opp til jobb eller andre aktiviteter, og oppsøke lege og andre offentlige kontorer.

Rus- og psykiatrienheten har rutiner for kartleggingsbesøk før tjenester starter opp. Tjenestetilbudet er videre individuelt tilpasset og tar utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte innbygger og hvilke ressurser personen har.

For å støtte opp under hverdagsmestring, tilbyr Kvæfjord kommune støttesamtaler/ råd og veiledning, og bistand til de enkelte aktivitetene.

Veiledet selvhjelp ved bruk av nettprogram i mestring av angst, depresjon og søvnvansker tilbys til brukere over 18 år med lette til moderate utfordringer. Nettprogrammene er basert på kognitiv atferdsterapi, hvor man lærer å identifisere uheldige tanke-, og atferdsmønstre og endre det som gir vansker. Ved bruk av veiledet selvhjelp tilbys brukerne samtaler og veiledning underveis av ansatte. Nettprogrammene tilbys til enkeltpersoner og til grupper. Programmet kan benyttes som bistand til hverdagsmestring og til mer spesifikk hverdagsrehabilitering.

Kurs i mestring av belastning (KIB) tilbys i form av et gruppetilbud. KIB er et kognitivt basert kurs for voksne som ønsker å bedre evnen til å mestre belastninger i arbeid og privatliv. Dette kurset er basert på forståelse av sammenhenger mellom egne belastninger, og egen mestrings – og tankestil (kognitiv atferdsterapi). Målet er å gjennomføre slike kurs årlig til ansatte i Kvæfjord Kommune og til innbyggere i bygda.

Også på dette trinnet i pyramiden, ser det ut til at Kvæfjord har et godt tilbud. Det kommer likevel tilbakemelding på at samarbeid med andre tjenester kan forbedres noe.

Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering forstås som generell trening på hverdagsaktiviteter, hvor målet er å trene opp ferdigheter etter funksjonsfall. Bruker følges intensivt opp i en tidsavgrenset periode.

Når nye brukere søker tjenester, tar Rus og psykiatritjenesten utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten, og forsøker å jobbe målrettet med å støtte opp under det som pasienten er motivert for. Avklaringssamtalen og inntaks/fagmøter brukes som verktøy. I avklaringssamtalen kartlegges pasientens ressurser, behov, ønsker og mål. Funn i avklaringssamtalen drøftes i inntaks/fagmøter.

Treningen er basert på brukers målsettinger og motivasjon for trening. Hverdagsrehabilitering er oftest et tverrfaglig samarbeid mellom bruker og andre yrkesgrupper som for eksempel fastlege, kommunepsykolog, psykiater, fysioterapeuter, ergoterapeut, institusjon, FACT, NAV, osv.

Eksponeringsterapi for personer med angst, samt assistert selvhjelp for angst, depresjon og søvnproblematikk er aktuelle tilbud. Mange får også tilbud om samtaler og behandling av kommunepsykolog eller av andre ansatte i Rus og psykiatritjenesten.

Kvæfjord kommune har gode tiltak innen hverdagsrehabilitering, men kan muligens forbedre systematikken og strukturen, og øke fokuset på å trene mot økt funksjon.

Rehabilitering i hjemmet

Kommunen tilbyr spesialisert rehabilitering i eget hjem. Avklaringssamtalen som benyttes når det kommer nye brukere eller man evaluerer eksisterende brukere, har søkelys på hva som er viktig for pasienten selv. Hvilke mål som bør settes, progresjon og evalueringsdato. Det utarbeides da skreddersydde rehabiliteringsplaner, avhengig av utfordringer og behandlingsvalg. Kommunens gir så hjelp i hjemmet med vekt på rehabilitering.

Kommunen er en del av FACT team Sør - Troms. Arbeidsformen kjennetegnes av utstrakt oppsøkende virksomhet i et tverrfaglig behandlingsteam. I FACT teamet er det ansatt psykiater, psykologspesialist, psykolog, brukerspesialist, sykepleier, vernepleier, sosionom og arbeidsspesialist. Teamet tilbyr som sagt tverrfaglig og sammensatte tjenester som går på tvers av det ordinære tjenestetilbudet. Kommunalt ansatte samarbeider med FACT.

Rus- og psykiatritjenester samarbeider med sykepleietjenesten som følger opp medisinering og somatiske forhold. Det er også sykepleiertjenesten som er tilgjengelig på kveld, natt og helg.

Kommunen mangler en bolig-sosial plan. Kartleggingen viser også at kommunens psykologer ikke oppleves som en integrert del av rehabiliteringstilbudet i hjemmet, samt at bruk av gode kartleggingsverktøy ikke er helt systematisert.

Dagrehabilitering

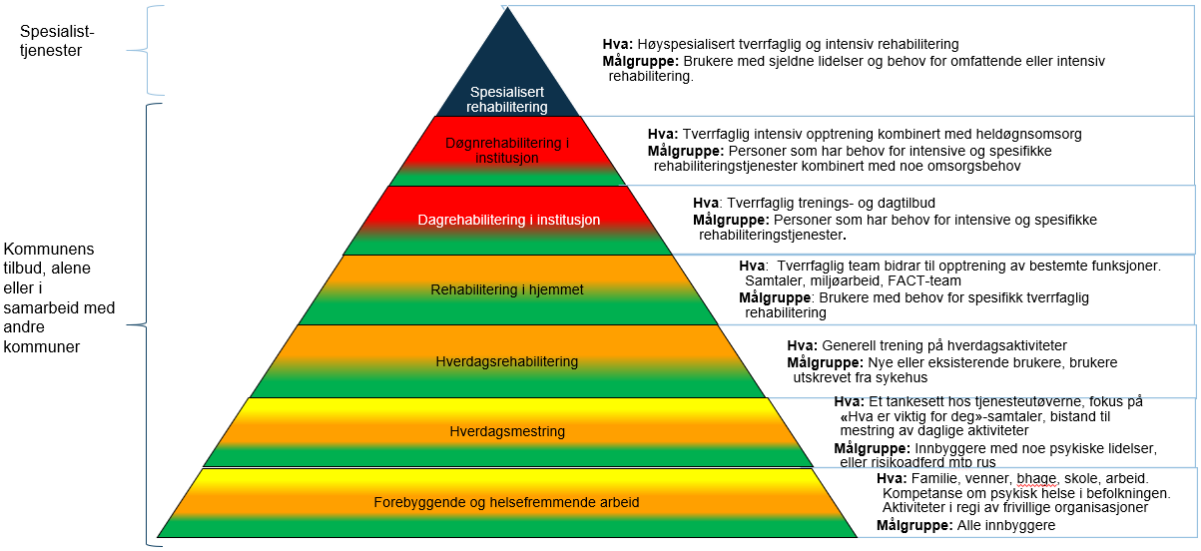
Kommunen har ikke noe systematisk tilbud om dagrehabilitering. Med etablering av korttids/ rehabiliteringsavdelinga på nytt helsehus vil det være mulig å tilby dette også for personer med psykiske lidelser. Dette arbeidet må tas med i organisasjonsutviklingsarbeidet som er i gang i forbindelse med oppstart av avdelingen.

Døgnrehabilitering i institusjon:

Også pasienter med psykiske lidelser og eller rusmiddelavhengighet tildeles døgnbehandling i kommunens institusjoner hvis de har behov for det. Rus og psykiatritjenesten er da inne på kommunal institusjon og gjennomfører støttesamtaler. Kommunen har ikke et eget opplegg for intensiv psykisk helsehjelp eller intensiv oppfølging for avhengighet. Slike forløp initieres i et samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Også dette må tas med i organisasjonsutviklingsarbeidet som er i gang i forbindelse med oppstart av avdelingen.

Samlet rehabiliteringspyramide for personer med psykiske lidelser og/ eller rusutfordringer

Samlet sett kan en rehabiliteringspyramide for personer med psykiske lidelser og/eller rusutfordringer i Kvæfjord se slik ut:



Figur 5-2: Rehabiliteringspyramiden for Kvæfjord kommune innen psykisk helse og rus. Grønt: tilfredsstillende, oransje: trenger forbedring, gult: under utvikling, rødt: ikke god/ikke eksisterende

Habilitering barn

Forebyggende og helsefremmende arbeid

Et godt forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot alle friske barn og deres foreldre ligger til grunn for alt habiliteringsarbeid. Det handler om gode nærmiljø, barnehager og skoler som stimulerer til mestring og aktivitet, og hvor aktivitetsglede blir ivaretatt. I tillegg innebærer det organisert aktivitet i frivillig sektor; speider, idrettslag, friluftsaktiviteter osv.

Kvæfjord har startet opp foreldreveiledning. Etter nye sentrale retningslinjer omorganiseres skolehelsetjenesten slik at fysioterapeutene og psykolog er mer delaktige. Det er opprettet et tverrfaglig team på skolen og i barnehagen som består av ulike yrkesgrupper som jobber rundt barn og unge. I de jevnlige møtene kan utfordringer tas opp og riktig instans komme inn, enten på individnivå eller på systemnivå. Det arrangeres barselgrupper for mødre og barn.

Det er mange frivillige lag og foreninger som har arbeid for barn. Dette kan gjøres bedre kjent.

Hverdagsstimulering

Noen barn trenger litt ekstra stimuli i hverdagen. Det er barn som ser ut til å ha noe skjevutvikling eller seinere utvikling sammenlignet med et gjennomsnitt. For disse barna og for deres foreldre vil det være behov for en litt grundigere kartlegging enn rutineundersøkelsen på helsestasjon og den kontinuerlige observasjonen som skjer i barnehage og skole. De vil så trenge at nettverket rundt har en spesiell oppmerksomhet på stimulering og på å mestre de daglige aktivitetene.

Kartleggingen viser at mange barn i barnehage i Kvæfjord får tildelt ekstra ressurser. Kommunen ligger høyt på landsbasis. Dette kan være et uttrykk for at kommunen legger vekt på hverdagsstimulering og hverdagshabilitering. Når det gjelder spesialundervisning på skole er Kvæfjord på et mellomnivå.

Tilbudet som gis er ofte som støttekontakt og/ eller trening med fysioterapeut.

Helsestasjonen henviser barn som de vurderer at trenger noe oppfølging til fysioterapeut. Dette fungerer bra. På workshopen kom det fram at samarbeid på tvers av enheter nok kan settes mer i system i Kvæfjord.

Hverdagshabilitering

Neste trinn som vi har kalt hverdagshabilitering krever tettere oppfølging av personell med spesialisert kompetanse. Målgruppen er barn med definert skjevutvikling med eller uten diagnose. Barna har behov for spesifikk opptrening eller behandling, og familien har behov for veiledning og kanskje avlastning. Tjenesteyterne må ha spesialisert kompetanse som fysioterapeut, ergoterapeut, logoped, spesialpedagog, psykolog, vernepleier etc. Hverdagshabiliteringsarbeidet må være en integrert del av barnets barnehage-/skoletilbud.

Kartleggingen viser at det i hovedsak er de ansatte på skole og i barnehagen som gjennomfører treningen barnet trenger mens fysioterapeutene gir jevnlig behandling og veiledning både i skole og barnehagealder. En slik arbeidsform krever et godt samarbeid. Det rapporteres at dette samarbeidet fungerer godt både i barnehagen, og på skole. Oppnevning av koordinator og individuell plan med ansvarsgruppe opprettes ved behov/ etter søknad. Tverrfaglige team på skole og i barnehagen kan være viktig for å få samarbeidet til å flyte godt.

Intensiv habilitering

Intensiv habilitering har mange likhetstrekk med hverdagshabilitering, men treningen har høy intensitet i perioder. For et barn kan det være viktig å oppnå et løft i funksjon på et bestemt område. Dette kan være språk, motorikk eller selvstendighet. Noe forskning peker på at målrettet trening minst 3 ganger i uka er en forutsetning[23]. En slik arbeidsform innebærer også å ha lavere intensitet i andre perioder. Erfaring fra toppidrett tilsier at det ikke er hensiktsmessig å ha samme intensitet på trening hele året, år etter år, slik man ofte gjør innen habiliteringsarbeidet.

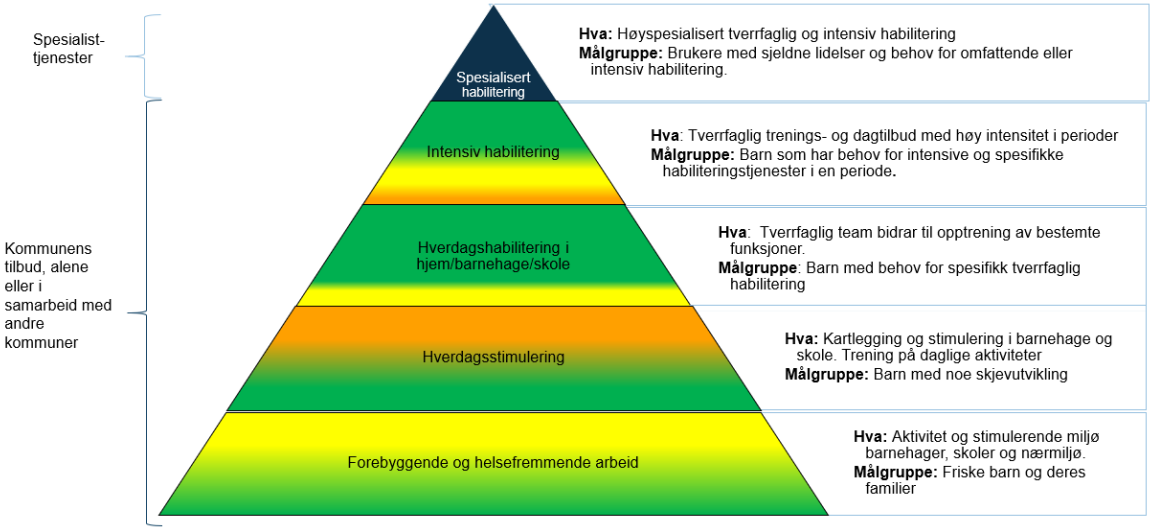
I Kvæfjord gjennomføres det intensiv habilitering ved behov, men det er ingen prosedyrer/retningslinjer som forankrer dette. Dette er et krevende arbeid for faggruppene og foreldrene, som også har stort ansvar.

---

[23] *Størvold et al 2018 https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2584891*

Samlet habiliteringspyramide for barn

Deltakerne på workshopen ønsket å illustrere tilbudet slik:



Figur 5-3 Habiliiteringspyramiden for barn i Kvæfjord. Grønt: tilfredsstillende, oransje: trenger forbedring, gult: under utvikling, rødt: ikke god/ikke eksisterende

Habilitering voksne

Behov for tilrettelegging av bosituasjon, arbeidsdeltakelse, aktiviteter og det sosiale miljø er sentralt i habilitering av voksne. Behovet for habilitering varer ofte livet ut. Livsfase overganger kan være ekstra sårbare og det er viktig med god planlegging i forkant av disse. Individuell plan, koordinator og primærkontakt kan sikre bedre overganger.

Som påpekt i kapittel 4, er hovedfokuset for voksne personer med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse, hverdagsmestring.

Forebyggende og helsefremmende arbeid

Forebyggende og helsefremmende arbeid for voksne nedsatt funksjonsevne, handler i stor grad om tiltak for å forebygge funksjonsfall, og for å opprettholde helse og funksjonsnivå.

Kvæfjord kommune har mange ulike tilbud, men forbedringspotensial med tanke å ha oversikt over hva lag, frivillighetssentralen og foreninger har av aktiviteter.

Det kan se ut til at psykisk utviklingshemmede har et variert tilbud gjennom VAF (velferd, aktivitet og fritid) med byturer, svømming, diskotek, boccia, gåturer, Myrestua og matlaging), men at tilbudet ikke er så godt for andre voksne med fysiske funksjonshemminger eller diagnoser. Tilbudet til psykisk utviklingshemmede er under vurdering.

Innbyggere med andre typer funksjonshemming deltar for eksempel i tiltak ved Frisklivsentralen, Møteplassen, Møteplassen AS, Bikuben, avtaler med private aktører for arbeidslivsutprøving (Olaåsen gård, kommunale tilrettelagte arbeidsplasser.

Hverdagsstimulering

Hverdagsstimulering handler om å bli stimulert til å mestre daglige aktiviteter ut fra egne forutsetninger. Det kan være personlig hygiene, holde orden i boligen, lage mat, vaske klær eller utføre en jobb.

Kommunen yter tjenester i hjemmet til personer med nedsatt funksjonsevne med fast personal med primær og sekundæransvar for hver enkelt tjenestemottaker. Tjenestemottakerne er mellom 25-80 år. Det legges vekt på at brukerne skal ha en meningsfull hverdag, bevare sosialt nettverk, muligheter for dagaktivitet eller yrkesaktivitet og opplevelse av trygghet og mestring.

Når tjenestemottakerne blir eldre og får endrede fysiske eller psykiske hjelpebehov kan de søke på et mer tilrettelagt botilbud på ett av kommunens to bosentra eller institusjon/ sykehjem. Bosentrene har døgnkontinuerlige tjenester. Aldersprosessen har ofte ulik progresjon for mennesker med utviklingshemming, og bosentrene jobber for at tilbud og tjenester til enhver tid tilpasses den enkeltes behov. Tryggheten med den somatiske kompetansen som de etter hvert har opparbeidet seg gjør bosentrene til et etterspurt botilbud.

VAF (Velferd, aktivitet og fritid) er kommunens dagtilbud. På VAF har mennesker med utviklingshemming tilbud om byturer, svømming, diskotek, gåturer, boccia, sanserom, datarom og matlaging. Dagtilbudet på VAF ble evaluert i 2019. Dagens brukergruppe blir stadig eldre og har andre behov enn tidligere. Samtidig ser vi at yngre mennesker med utviklingshemming ikke er like interessert i dagens aktivitetstilbud og vi må tilrettelegge for at deres behov blir ivaretatt.

INKO har arbeidstilbud til personer mellom 18-67 år som har behov for et varig tilrettelagt arbeid (VTA). Ansatte på INKO kan jobbe i vedproduksjon, makuleringstjenesten, tre/keramikk og lys-produksjon. Pr juni 2020 har kommunen 23 VTA plasser på INKO.

Kommunemonitor nedsatt funksjonsevne viser at kommunen tilbyr dagaktivitetstilbud til flere enn sammenligningskommunene. 55 % av personer med psykisk utviklingshemming får et slikt tilbud og de får mange timer. Antall som får opplæring i praktiske gjøremål, er svært høyt i Kvæfjord.

Disse tallene indikerer at hverdagsstimulering fungerer godt i Kvæfjord. Det er likevel slik at deltakerne på workshopen mente kommunen hadde noe forbedringspotensial på dette området. Mer samarbeid med Harstad kommune er nevnt for å få en større variasjon i tilbudene.

Hverdagshabilitering

Hverdagshabilitering for voksne krever tettere oppfølging av personell med spesialisert kompetanse som bidrar til at personen får spesifikk opptrening eller behandling, og nærpersonene rundt får veiledning. Tjenesteyterne må ha spesialisert kompetanse som fysioterapeut, ergoterapeut, logoped, spesialpedagog, psykolog, vernepleier, sykepleier etc. Hverdagshabiliteringsarbeidet må være en integrert del av personens hverdag i hjem/bolig og dag/arbeid og aktivitetstilbud.

Kommunens arbeidslag ble lagt ned i mai 2018. Dette arbeidstilbudet har vært savnet, da det fanget opp en del innbyggere som ikke ønsket tilbud fra VAF eller INKO, og ikke var aktuelle for ordinært arbeid, men som likevel hadde behov for et arbeid med veiledning. Det er derfor et ønske om at et slik tilbud opprettes igjen. Kanskje kan også andre innbyggere med funksjonssvikt, for eksempel personer med utfordringer med sin psykiske helse eller rusbruk, nyttiggjøre seg et slikt tilbud.

Kommunen har et pågående prosjekt/ læringsnettverk om avtalestyring i samarbeid med USHT (utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Troms og Finnmark). Ansatte får veiledning/opplæring i avtale-styring for personer med utviklingshemming og andre med behov for mer struktur i hverdagen. Denne måten å arbeide på vil bli videreført etter prosjektperioden.

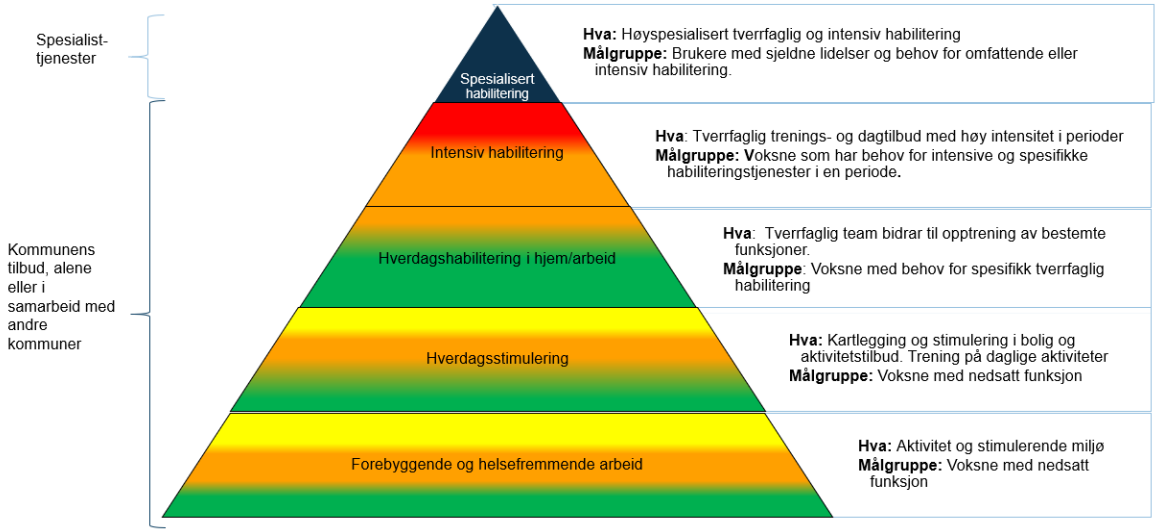
Intensiv habilitering

Også for voksne brukere kan det være aktuelt med intensive perioder for opptrening og løft i funksjon. Noen brukere kan få et tilbud om et korttids/ rehabiliteringsopphold når en skade eller akutt funksjonsfall oppstår, dette fungerer fint for de det er aktuelt for, men defineres som rehabilitering.

Ukeplaner, handlingskjeder, og avtalestyring brukes for å lykkes med systematisk trening og økt mestring. Målrettet miljøarbeid og tiltak dokumenteres i plan-rapport i Profil. Egen individuell plan brukes i liten grad hos brukere som får omfattende bistand fra helse- og omsorgstjenesten, men der få samarbeidsparter er involvert. Viktig da er å ha klare mål og tidsavgrensning for opptreningen og evaluere denne. Her kan nok systematikken bli bedre.

Samlet habiliteringspyramide for voksne

Deltakerne på workshopen ønsket å fremstille habiliteringsarbeidet for voksne på denne måten:



Figur 5-4 Habiliteringspyramiden for habilitering voksne i Kvæfjord. Grønt: tilfredsstillende, oransje: trenger forbedring, gult: under utvikling, rødt: ikke god/ikke eksisterende

Koordinering og samarbeid

Kvæfjord har tidligere hatt en administrativ ansvarsgruppe med eget kommunalt rundskriv som regulerte samhandling på tvers av enheter. Dette ble erstattet av helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 7 som sier at kommunene skal ha en koordinerende enhet, og tilby koordinator og individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og sammensatte tjenester. Kommunens koordinerende enhet er nå en funksjon plassert i administrasjonen i helse og omsorg. Det er ikke avsatt noen bestemt ressursdel til dette arbeidet. For hver enkelt ansatt som er koordinator er det

estimert 20 timer pr år til denne funksjonen, og 40 timer til arbeid med individuelle planer. Det er laget rutiner for søknader om omsorgstjenester.

Kvæfjord kommune er en ganske liten og oversiktlig kommune, og det er gode relasjoner mellom de ansatte. Kartleggingen viser likevel at kommunens enheter tradisjonelt jobbet litt hver for seg, men med prosjekter som hverdagsrehabilitering og gode pasient- forløp har man etablert noen nye arbeidsmåter. Nå drar man alltid to på hjemmebesøk ved vurdering av omsorgstjenester. Dette bidrar til å legge til rette for økt tverrfaglighet.

Flere har pekt på at kommunen mangler en del planverk, både overordnet (kommuneplan samfunnsdel) og ulike delplaner. Det vil alltid være en avveining hvor mange delplaner en kommune bør ha for at planene skal kunne fungere som hensiktsmessige arbeidsverktøy. Kommunen tilsatte en samfunnsplanlegger høsten 2019, som skal bidra til å få på plass en slik planstruktur.

Ansvarsgruppearbeidet fungerer greit, men individuell plan ikke alltid et levende dokument. Rehabiliteringsplanene for korttidsopphold skrives i Profil- plan-rapport der både pleiepersonale, fysioterapeut, ergoterapeut og tilsynslege har tilgang. Her nedfelles mål, tiltak med rapportering og evaluering. Det er ikke etablert de samme rutinene for hjemmeboende.

Overgang mellom BOAS og hjem fungerer godt. Det gjør også overgangene mellom barnehage-skole, og barneskole- ungdomsskole, men overganger fra grunnskole til videregående skole og videre til arbeid eller annen aktivitet kunne vært bedre. Kommunen starter ofte planlegging tidlig, men de videregående skolene har ikke avklart lærerressurser før rett før skolestart. Det oppleves også at NAV ikke er aktivt inne i sakene før eleven går ut av skolen. Dermed forberedes overgangen i liten grad. De siste årene er det blitt bedre flyt mellom psykisk helse/rus og NAV.

Kommunikasjon og samhandling med spesialisthelsetjenesten kunne vært bedre og «enklere». Som følge av nye retningslinjer hvor pasientene ikke trenger henvisning til fysioterapeut, og bare får med seg en anmodning om å oppsøke fysioterapeut, kan det skje at pasienter ikke starter nødvendig opptrening etter sykdom/skade. Manglende elektronisk meldingsutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og fysioterapitjenesten kan også forsinke oppstart av oppfølging.

Rus og psykiatritjenesten samarbeider tett med kommunepsykolog, sykepleietjenesten, fastleger, NAV, hjemmehjelp, helsestasjonen, frivillighetssentralen, spesialisthelsetjenesten, andre nærliggende kommuner mfl. Forløpskoordinator i kommunen har ansvaret for å bidra til at de ulike tjenestene til personer med utfordringer innen psykisk helse og rus, blir godt koordinert. Dagenheten har ukentlig møter med kommunepsykolog, såkalte inntaks/ fagmøter.

For denne brukergruppen, er samarbeidet med pårørende kanskje ekstra viktig. Basen til Bikuben ligger i Kvæfjord. Bikuben eies og styres av Mental Helse Nordland, Troms og Finnmark, ADHD Norge og Landsforeningen for pårørende, avdeling Troms. Den arrangerer blant annet ulike temadager, gir pårørendeveiledning, deltar i drift av SMIL-grupper og tilbyr forskjellige kurs. Deres tilbud er åpent for alle. Alle kursene de tilbyr har som mål å styrke brukerperspektivet i tjenestene, blant annet kurs for erfaringsformidler og brukerrepresentanter.

Pårørende møteplass er et interkommunalt samarbeid med nærliggende kommuner som inviterer inn pårørende til samarbeid med kommunenes fagfolk.

Hjelpemidler og velferdsteknologiske løsninger

Hjelpemidler, både korttidsutlån og varig utlån, er en viktig del av et habiliterings- og rehabiliterings-tilbud. Kvæfjord har et stort korttidslager og gir prioriterte pasienter rask hjelp. Dette arbeidet blir vurdert som velfungerende, men det har vært sårbart da mye har vært avhengig av en person.

Ulike velferdsteknologiske løsninger kan bidra til mestring og selvstendighet. Mye betaler brukerne selv, noe betaler kommunen. Kvæfjord kommune har prøvd ut mange løsninger på sporingsteknologi og har tett samarbeid med andre kommuner om videre arbeid. Dette arbeidet videreføres.

For personer med utfordringer med rus eller psykiske helseutfordringer, kan også ulike velferdsteknologiske hjelpemidler være til hjelp. Det kan være medisineringsstøtte, trygghetsalarm, teknologi for å forebygge ensomhet og teknologi som stimulerer til aktivitet. Disse hjelpemidlene formidles av Rus- og psykiatritjenesten.

6 Mål og tiltak for habilitering og rehabilitering i Kvæfjord kommune

Kommunene er pålagt å prøve ut habilitering og rehabilitering før kompenserende tiltak iverksettes. Det er også understreket fra Helsedirektoratet at pasient og bruker skal være aktive i sin egen habiliterings- og rehabiliteringsprosess. Gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester er også en forutsetning for bærekraftig utvikling i kommunene.

Generelt ser det ut til at Kvæfjord kommune har et godt rehabiliteringstilbud for mange brukergrupper. Dog med forbedringspotensial på mange av områdene. Kommunen er svakest på de øverste trinnene i en rehabiliteringspyramide, samt har forbedringspotensial på samarbeid og koordinering.

På bakgrunn av utfordringsbildet foreslår arbeidsgruppen følgende mål for habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet i Kvæfjord, med påfølgende tiltak fra kommunens side:

Tabell 6-1 Hovedmål og tiltak

Hovedmål	Tiltak	Framdriftsplan	Ansvar	Evaluering
Alle innbyggere med behov for habilitering eller/og rehabilitering skal oppleve et samlet og koordinert tjenesteapparat	Utvikle koordinerende enhet til et faglig tyngdepunkt for habilitering og rehabilitering innen somatikk og psykisk helse/rus.			
	Etablere «Gode re/habiliteringsforløp» som rutiner ved alle nye brukere, og rutiner for utvikling og bruk av individuelle hab/rehabplaner for alle aktuelle brukere.			
	Etablere samarbeidsrutiner med videregående skole, NAV og UNN for å sikre tidlig planlegging av overganger.			
	Etablere systematikk i samarbeid på tvers av enheter, som tverrfaglige team helse-skole/ barnehage, samt faste møtestrukturer.			
Tilbudene til den enkelte bruker tar utgangspunktet i hva som er viktige mål for vedkommende	Opprettholde og forsterke oppmerksomheten på «hva er viktig for deg» samtalene og tankesettet rundt hverdagsmestring i alle tjenester.			
	Tilby kompetanseheving innen rehabilitering for ansatte.			
Tilbudene er tilpasset den enkelte innbygger sitt behov, og bidrar til gode hab/rehabiliteringsforløp	Sikre fleksibilitet i botilbudene slik at kommunen raskt kan sikre et tilfredsstillende tilbud når nye eller endrede behov melder seg.			
	Reetablere «Arbeidslag» som arbeidstilbud for personer med nedsatt funksjonsevne			
	Opprettholde eksisterende tilbud, også de prosjektfinansierte der dette evalueres og vurdere som hensiktsmessig.			
	Etablere møteplass for yngre innbyggere som strever med utfordringer innen psykisk helse og rus.			

	Etablere dagrehabiliteringstilbud ved det nye helsehuset.			
Tiltakene som blir iverksatt har den ønskede effekten	Opprettholde og videreutvikle det forebyggende arbeidet, særlig med tanke på struktur på oppfølging av fallfare, ernæring, og tidlig avdekke psykiske lidelser inkl rus/ avhengighet og sansetap.			
	Forsterke satsingen på hverdagsmestring som tankesett i stedet for kompenserende tiltak.			
	Tilføre ressurser og kompetanse for å sikre tilstrekkelig intensitet i opptrening av hjemmeboende.			
	Registrere og evaluere effekten av tjenestene som blir levert.			
	Sikre en bedre oversikt og kunnskap hos de ansatte om det svært godt utbygde frivillige arbeidet.			
	Vurdere samarbeid med andre kommuner om etablering av døgnrehabilitering for komplekse pasienter.			