



VESTRE TOTEN KOMMUNE

Plan for habilitering og rehabilitering 2018- 2020

24.05.18



TRYGGHET, TRIVSEL OG UTVIKLING

Innhold

1. Forord.....	2
2. Innledning.....	2
3. Definisjoner.....	2
3.1 Begrepene habilitering og rehabilitering.....	2
3.2 Brukermedvikning.....	4
3.3 Pasientforløp i habilitering og rehabilitering.....	4
3.4 Tverrfaglig samarbeid.....	4
4. Status i VTK.....	4
4.1 Tilblivelse av rehabiliteringsplanen av 1996.....	4
4.2 Tverrfaglig team for mennesker med sammensatte behov.....	5
4.3 Koordinerende enhet.....	5
4.4 Kontor for tildeling og koordinering/ Rehabiliteringsplasser.....	5
4.5 Individuell Plan og ansvarsgrupper.....	6
4.6 Elektronisk Individuell Plan (SamPro).....	6
4.7 Koordinator.....	6
5. Lovverk, nasjonale mål og føringer.....	7
5.1 Lover, forskrifter, St. meld.....	7
5.2 Nasjonale mål og prioriteringer. Status VTK.....	7
6 Lokalt planverk og status.....	11
6.1 Lean.....	11
6.2 Hverdagsrehabilitering.....	12
6.3 Velferdsteknologi.....	12
7. Handlingsplan for rehabiliteringsarbeidet.....	13
8. Evaluering.....	15

1. Forord

Opprinnelig rehabiliteringsplan for Vestre Toten kommune ble ferdigstilt av en arbeidsgruppe høsten 1995 og vedtatt av kommunestyret i september 1996.

I de seinere år er det kommet nye lover og forskrifter som omhandler habilitering, rehabilitering og kommunens oppgaver overfor mennesker med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det er blitt større fokus på at tjenestetilbudet skal være helhetlig, samordnet, tverrfaglig, planmessig og individuelt tilpasset. Målet er at brukere er aktivt deltakende i rehabiliteringen og kan mestre livet med de helseutfordringer brukere har.

Kommunen utnevnte en gruppe fagpersoner høsten 2002 kalt "Tverrfaglig team for mennesker med sammensatte behov". Dette teamet fikk i oppdrag å komme med innspill til revidering av den gamle rehabiliteringsplanen fra 1995. Dette arbeidet ble ferdig i desember 2003, og fokuserer hovedsakelig på historien (hva som er gjort) og på status. Den reviderte planen var ferdig i 2004 og ble vedtatt i kommunestyret 7.april-05. Planen er senere rullert i desember 2009 og i desember 2012. Den ble sist revidert i desember 2015.

Planen ble da revidert av driftsenhetsleder for fysio- og ergoterapitjenesten, som leder av Koordinerende enhet på det tidspunktet. Ansvarlig også for revisjonen av planen når den nå blir revidert i takt med kommunale – og Nasjonale satsningsområder.

Samt på bakgrunn av innvilgede midler fra Fylkesmannen i forhold til utvikling og styrking habilitering og rehabilitering.

2. Innledning

Formålet med planen er å ivareta kommunens lovpålagte plikt til habilitering og rehabilitering.

Kommunen har ansvar for å gi tilbud til mennesker med behov for habilitering og rehabilitering på grunn av medfødt eller ervervet funksjonshemming/ kronisk sykdom. Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Disse oppgavene krever tjenestetilbud der tjenesteytere og brukere arbeider sammen mot felles mål, og hvor den kommunale innsatsen alltid tar utgangspunkt i en tverrfaglig vurdering.

3. Definisjoner

3.1 Begrepene habilitering og rehabilitering

Definisjonen av habilitering og rehabilitering

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

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

Helsedirektoratet fikk i forbindelse med Oppfølgingsplan for habilitering og rehabilitering i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utrede en ny offisiell definisjon på habilitering og rehabilitering (Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3)

Foreslått ny definisjon:

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

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser mellom bruker, pårørende, 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 til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet»

De viktigste endringene går på at tidsavgrensning på rehabiliteringen og det absolutte kravet om tverrfaglighet, samt kravet til innholdet i tjenesten er tatt ut av definisjonen.

Formålet med forslaget er å forsterke brukerperspektivet i tråd med målet om brukers helsetjeneste, ved å tydeliggjøre i definisjonen at det er brukers eget liv som skal legges til grunn for utformingen av habilitering- og rehabiliteringstilbudet.

Den nye definisjonen ble sendt ut på høring 07.09.17. med høringsfrist 09.11.17. Denne er fortsatt under behandling.

Med *habilitering* menes å fremme, mens *rehabilitering* betyr å gjenvinne, en best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet. Rehabilitering vil i dette dokumentet også omfatte sekundærforebyggende tiltak.

Brukere som har behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse.

Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander som er ervervet eller oppstått seinere i livet.

3.2 Brukermedvirkning

Rehabilitering har til formål å bidra til at bruker kan oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og sosial deltakelse.

Brukere har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem.

Brukermedvirkning kan for eksempel ivaretas med en individuell plan.

3.3 Pasientforløp i habilitering og rehabilitering

En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode. Samhandling og koordinering skal binde tjenestene sammen.

3.4 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid betyr at flere faggrupper samarbeider for å ivareta brukeren som helhet og mot et felles mål. Med ulik kompetanse kan de utfylle hverandre for å dekke brukers behov.

4. Status for VTK (historie, Koordinerende enhet, Individuell plan, ansvarsgrupper)

4.1 Tilblivelsen av rehabiliteringsplanen av 1996

Vestre Toten kommune startet en omfattende tverrfaglig arbeids-/planprosess i 1992 og utarbeidet et forslag til rehabiliteringsplan. Planforslaget ble vedtatt av kommunestyret i 1996.

Planen tok utgangspunkt i at

- alle med et rehabiliteringsbehov skal få bistand,
- rehabilitering skal foregå over alt; i hjemmet, i institusjon, dagsenter osv.,
- rehabilitering krever en tverrfaglig innsats hvor bruker, nærmiljø og alle profesjoner skal bidra etter slagordet "hvem er best til hva!"

4.2 Tverrfaglig team for mennesker med sammensatte behov

"Overordnet rehabiliteringsteam" ble opprettet med oppstart høsten 1997. Teamet skulle behandle alle henvendelser vedrørende rehabilitering. Dette ble i 2002 erstattet av "Tverrfaglig team for mennesker med sammensatte behov". Tverrfaglig team var sammensatt av representanter fra tjenesteområdene helse, omsorg og NAV. Med leder av teamet i helse ved fysio- og ergoterapitjenesten. Tverrfaglig team endret navn til Koordinerende enhet, for å følge nasjonale retningslinjer.

Kommunens kontor for tildeling og koordinering ble opprettet i 2017 og Koordinerende enhet ble da organisert under kontor for tildeling og koordinering.

Representantene fra tjenesteområdene helse, omsorg og NAV kan kalles inn ved behov av Koordinerende enhet.

4.3 Koordinerende enhet

Koordinerende enhet (KE) er kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabiliteringsvirksomhet. KE skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan (IP), og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

KE skal avklare den enkelte brukers behov for habilitering/rehabilitering, og medvirke til at henviste brukere får opprettet ansvarsgrupper ved behov.

Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre et helhetlig rehabiliteringstilbud.

Overordnet ansvar for Individuell plan innebærer at enheten skal motta melding om behov for IP og sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeidet med IP.

KE angis også som en adresse for å melde om mulige behov for habilitering og rehabilitering internt i kommunen. Samt bidra til samhandling og koordinering med andre fagområder og pådriver for samhandling på tvers av fag, nivåer og sektorer.

Henvendelse til KE sendes på søknadsskjema til kontor for tildeling og koordinering.

4.4 Kontor for tildeling og koordinering/ rehabiliteringsplasser

Rehabilitering skjer både i og utenfor institusjon. VTK har kortidsplasser på Raufosstun helsehus med helsefaglig personell. Lege, fysioterapeut og ergoterapeut er også tilknyttet helsehuset. Kontor for tildeling og koordinering tildeler rehabiliteringsplasser, kortids-/avlastningsplasser på Raufosstun helsehus m.m

Søknadsskjema til pleie-, omsorg- og rehabiliteringstjenester sendes Kontor for tildeling og koordinering. Dette finnes på Vestre Toten kommunens hjemmeside. Man kan også få dette i serviceskranken på Rådhuset. Skjemaet finnes på Compilo.

4.5 Individuell Plan og ansvarsgrupper

Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. Individuell plan er brukerens egen plan og skal utarbeides sammen med bruker. Planen skal gjenspeile brukerens behov, ønsker og mål.

Støtte og involvering av pårørende og nettverk er av stor betydning og må inngå i arbeidet.

Prosedyrer for "Individuell Plan er utarbeidet og gjelder alle tjenester i kommunen (2008)

"Retningslinjer for drift av ansvarsgrupper" er utarbeidet og revidert i 2008.

Alle tjenesteområder skal i praksis ivareta koordinatorfunksjonen / lede ansvarsgrupper (jamfr sak i Rådmannens ledergruppe 11.juni og 19.nov.-07).

4.6 Elektronisk Individuell Plan (SamPro)

VTK har kjøpt inn og tatt i bruk nettbasert samarbeids- og koordineringsverktøy for plantyper (SamPro).

Herunder individuell plan, individuell utviklingsplan og individuell opplæringsplan. De to sistnevnte for henholdsvis barnehage og skole.

Det er utnevnt superbrukere og lokale administratorer for Helse og Skole i SamPro.

For individuell plan har superbruker og lokaladministrator i fysio- og ergoterapitjenesten spesielt ansvar for opplæring og for å utarbeide rutiner for bruk av SamPro.

Leder for koordinerende enhet og lokal administrator fra fysio- ergo deltar også i regionalt samarbeid med koordinerende enheter i nærliggende kommuner.

4.7 Koordinator

For brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Koordinator oppnevnes i forbindelse med individuell plan, men skal også tilbys selv om bruker takker nei til IP.

Kontor for tildeling og koordinering har fra 2018 fått myndighet til å utnevne koordinatorene.

5. Lovverk, nasjonale mål og føringer

5.1 Lover, forskrifter, St. meld

Habilitering, rehabilitering og individuelle planer reguleres av følgende lover og sentrale forskrifter:

- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Lov om psykisk helsevern
- Lov om helsepersonell
- Barnevernloven
- Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV loven)
- Lov om sosiale tjenester i NAV
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- Opplæringsloven
- Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
- Lov om styrking av menneskerettighetens stilling i norsk rett

- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Forskrift om individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen
- Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering

- St. meld. 26 Fremtidens primærhelsetjenestenærhet og helhet

- St. meld. 19 Folkehelse: God helse- fells ansvar

- St. meld. 29 Morgendagens omsorg

- St. meld.47 Samhandlingsreformen

- St. meld. 11 Nasjonal helse- og sykehusplan. En faglig omlegging med større vekt på aktiv omsorg, egenmestring og hverdagsrehabilitering.

5.2 Nasjonale mål og prioriteringer. Status VTK

- **Prop. 1 S HOD (2016- 2017)**

Alle skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester av god kvalitet.

Et mål er flest mulig gode leveår og reduserte sosiale helseforskjeller. Vi skal forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Helsefremmende og forebyggende arbeid, habilitering og rehabilitering vektlegges. Brukerinnflytelse,

avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommune og sykehus er sentrale elementer.

Mange får ikke den habilitering og rehabilitering de har krav på, og regjeringen ville løfte dette feltet og fremmet i budsjettet for 2017 en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering.

- **Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017- 2019 (Helse – og omsorgsdepartementet)**

Habilitering og rehabilitering er et viktig satsningsområde. Planen ble varslet i Meld. St 26 Fremtidens primærhelsetjenestenærhet og helhet.

Planen skal bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt rehabiliteringstilbud til innbyggere og over tid overtar flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Det er i kommunen livene leves: i bo- og nærmiljø, barnehage, skole, fritidsarenaer og på arbeidsplassen. Opptrappingsplanen skal bidra til å styrke gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester der innbyggere bor. Planen skal også bidra til å styrke brukerperspektivet og bedre kvaliteten i tjenestene.

Mange har eller vil få behov for rehabilitering i løpet av livet. Rehabilitering av god kvalitet kan være avgjørende for å sikre den enkeltes deltakelse i samfunnet.

Opptrappingsplanen må sees i sammenheng med flere andre melding og planer fra regjeringen. Gjennom kommunereformen vil regjeringen skape sterke velferdskommuner med økt kapasitet og kompetanse til å ivareta sitt ansvar (St. meld 14)

En forutsetning for et godt rehabiliteringstilbud er koordinering og samarbeid mellom tjenestene. Det gjelder internt i kommunene og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Budskapet i planen er at det må jobbes annerledes enn i dag. Dagens arbeidsformer fører til at mange brukere med kronisk sykdom og med store og sammensatte behov ikke får tett nok oppfølging eller god nok opplæring til egenmestring. Brukere må involveres, og de må få tilstrekkelig hjelp til å leve med og mestre sykdom.

På bakgrunn av dette har kommunen søkt Fylkesmannen om tilskudd i forhold til å vektlegge det helsefremmende og mestringsfremmende arbeidet. Den enkelte brukers ressurser tas i bruk på nye måter og med fokus på økt mestring. Det skal legges til rette for at tjenestemottaker skal kunne leve et aktivt og godt liv til tross for sykdom, problemer og funksjonstap. Fremtidens helse- og omsorgsoppgaver løses i et bedre samspill mellom kommune, spesialisthelsetjeneste, brukere, pårørende og frivillige.

Tjenesteområdet Helse ved fysio- og ergoterapitjenesten fikk i 2017 innvilget midler til styrking og utvikling habilitering og rehabilitering, på bakgrunn av prosjektplanen fra hjelpetjeneste til mestringstjeneste. Med tilskuddsmidlene ble det utlyst en 100 % stilling ergoterapeut og en 100% stilling fysioterapeut, med tiltredelse i 2018.

Med utgangspunkt i prosjektplanen er det utarbeidet en Strategi- og handlingsplan for Hverdagsmestring. Fra hjelpetjeneste til mestringstjeneste.

Det er også fortsatt mangler i tjenestetilbudet. Tilbud om kognitiv habilitering/rehabilitering og logopedi er tjenester som ofte mangler.

En ansatt på Voksenopplæringen har skrevet masteroppgave i Kognitiv rehabilitering etter hjerneslag og det vurderes om det skal innarbeides i forbindelse med tilskuddsmidler fra Fylkesmannen.

- **Nasjonal hjernehelsestrategi 2018- 2024 (Helse- og omsorgsdepartementet, 12.12.2017)**

Hjernehelse er et nytt begrep i Norge. Nasjonal hjernehelsestrategi skal angi retning for forebyggende tiltak, helse- og omsorgstjenester og forskning. Å ivareta god hjernehelse omfatter forebygging og helsefremming, tidlig intervensjon, utredning, behandling, habilitering, rehabilitering og innovasjon. Det handler også om å løfte frem det enkelte menneskes mulighet til å fremme egen hjernehelse og mestre livet med nedsatt funksjon på grunn av en hjernesykdom.

Norges første strategi for hjernehelse skal sikre mer forskning på hjernesykdommer, bedre behandling og oppfølging og bedre involvering av pasienter og pårørende.

Regjeringen vil øke kunnskapen i befolkningen. Det skal også utvikles flere lærings- og mestringstilbud i kommunene. God helse ligger i mestring, evne til å mestre sin situasjon, oppleve selvbestemmelse og føle verdighet

I VTK vil lærings- og mestringstilbud ved Frisklivssentralen og forebyggende tjenester for eldre være et naturlig utviklingsområde. Med aktuelt samarbeid med Psykisk helse og rustjeneste, helsestasjon m.m Det er behov for tilbud om hjelp, ikke bare til å endre levevaner, men å mestre livet etter sykdom. Her er det også viktig med medvirkning fra brukerorganisasjoner og andre.

Brukere etterspør også lærings- og mestringstilbud som inkluderer hjelp til kognitiv mestring.

- **Pakkeforløp for behandling og rehabilitering ved hjerneslag**

I desember 2017 ble det utarbeidet kunnskapsbaserte retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag.

Målsetningen med pakkeforløp er godt organiserte, helhetlige, forutsigbare og standardiserte pasientforløp

- Unngå unødige ikke-medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering
- Likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
- God informasjon og økt brukermedvirkning og brukertilfredshet

- **Folkehelsemeldingen- Mestring og muligheter**

For å bidra til bedre livskvalitet og helse for unge og eldre brukere av de kommunale helse- og omsorgstjenestene vil regjeringen vektlegge sekundærforebygging, b.l.a fallforebygging, fysisk og sosialt aktivitet og tiltak for å forebygge underernæring. Regjeringen vil legge til rette forholdene for at kommunene i større grad foretar forebyggende hjemmebesøk hos eldre.

Fysio- og ergoterapitjenesten har fra Samhandlingsreformen, en øremerket 50% fysioterapistilling til forebyggende tjenester for eldre.

Alle som søker om et hjelpemiddel på langtidslån for første gang skal tilbys et forebyggende hjemmebesøk. De som allerede har omfattende tjenester fra hjemmetjenesten ekskluderes.

I tillegg blir alle innbyggere som fyller 78- år inneværende år, invitert til informasjonsmøte. Hensikten med møtene er å sørge for at målgruppa får nyttig informasjon fra kommunen om viktige områder ifht å ivareta egen helse og livskvalitet. På møtene bidrar helse, omsorg og Vestre Toten Frivilligsentral.

- **Universell Utforming**

Regjeringens handlingsplan for universell utforming 2015-2019 inneholder tiltak som vil gi et mer universelt utformet samfunn.

Omgivelsene er viktig i rehabiliteringsprosessen, det kan fjerne hemmende barrierer og gjøre aktiv deltakelse enklere. For å få til dette er det nødvendig med god og helhetlig planlegging og kontakt og samarbeid på tvers av sektorgrenser, tjenestenivåer og ansvarsområder.

- **Primærhelsemeldingen**

Et av de sentrale tiltakene i Primærhelsemeldingen er en mer teambasert tjeneste ved at det skal etableres primærhelseteam og oppfølgingsteam. Oppfølgingsteam er et tilbud for brukere med store og sammensatte behov og som ofte mottar tjenester i hemmet. Det skal bestå av en koordinator, andre tjenesteytere avhengig av brukers behov og det skal utformes en plan for oppfølgingen i samråd med bruker

- **Psykisk helse og rus**

Fremgår av regjeringens strategi for ungdomshelse, NAV i ny tid- for arbeid og aktivitet, som tydeliggjør at arbeidskraften er samfunnets viktigste ressurs, og at det er behov for en aktiv arbeids- og velferdspolitik med sikte på at flest mulig skal kunne delta i arbeidslivet.

Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) inneholder de viktigste grepene for å bedre rehabilitering og oppfølging for brukere med alvorlige rus- og psykisk helseutfordringer.

6. Lokalt planverk og status

Kommuneplan for Vestre Toten kommune 2012-2023. Slagordet er "Trygghet, trivsel og utvikling". Planen er det overordnede styringsdokumentet for alle del-planer i kommunen.

Henviser til Kommuneplanens punkt om Folkehelse (2.2.1.) og Bærekraftige og fremtidsrettede oppvekstvilkår (2.2.4), i forhold til Folkehelse og oppvekst.

Omsorgsplan 2040. Ute på høring 24.01.18.

Rusmiddelpolitisk handlingsplan for Vestre Toten Kommune i perioden 2016- 2020. Vedtatt i kommunestyret 16.06.2016

VTK vedtok i 2011 å innføre LEAN kontinuerlig forbedringsarbeid som arbeidsmåte i organisasjonen.

6.1 Lean

Lean er en arbeidsmåte der en tar utgangspunkt i brukernes behov, og hva som kan skape verdi for brukerne.

De ansatte går inn og analyserer egne arbeidsprosesser for å se om disse kan forenkles og forbedres for å sikre en best mulig ivaretagelse av brukernes behov.

6.2 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er et Nasjonalt satsningsområde, og er innført som arbeidsform i kommunen etter avsluttet prosjekt i 2016. Hverdagsmestring skal være et overordnet tankesett i kommunen.

Hverdagsrehabilitering ytes først og fremst til en målgruppe som ikke har fått tilbud om hjemmetjenester og rehabilitering tidligere, særlig som første gang søker om praktisk og personlig hjelp i hjemmet: matombringning, hjelpemidler, personlig hygiene, trygghetsalarm, rengjøring mv.

Brukerens egne ønsker, ressurser og hjemmemiljø er utgangspunktet for hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering kjennetegnes ved tidlig tverrfaglig kartlegging og intensiv innsats i en avgrenset periode. Den tverrfaglige innsatsen rettes mot mestring av daglige aktiviteter i brukernes hjem og nærmiljø. Planlegging av tiltak tar utgangspunkt i brukerens aktivitetsmål og ressurser.

"Lengst mulig sjef i eget liv – i eget hjem" og hverdagsrehabilitering vil kunne styrke fremtidens eldre slik at de i større grad blir gitt mulighet til å mestre egen tilværelse. Ideen er at den enkelte innbygger skal forbli uavhengig, selvhjulpne og aktivt deltakende i eget liv så lenge som mulig. Hverdagsrehabilitering starter med spørsmålet "Hva er viktig for deg?"

Hverdagsrehabilitering som arbeidsform og hverdagsmestring som tankesett vil kunne utvikle en ny modell integrert i pasientforløpet for tildeling av hjemmetjenester. Dette innebærer redusert behov for kompensierende omsorgstjenester, mer fornøyde brukere og samtidig mer fornøyde medarbeidere.

6.3 Velferdsteknologi

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. De skal ikke erstatte mennesker, men være et viktig supplement.

Hovedmålet er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020.

Prosjektet Velferdsteknologi har pågått siden 2014 og ble avsluttet 01.01.2017. Velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet.

Prosjektet Velferdsteknologi prøvde ut ulike teknologiske løsninger samt alarmmottak i samarbeid med Raufoss beredskap (RAB). Resultatet og anbefalingene fra

prosjektene Hverdagsrehabilitering og Velferdsteknologi er nå slått sammen til Hverdagsmestring i prosessen over til fast drift. Rapportene finnes på VTK data og Vestre Toten kommunes hjemmeside.

7 Handlingsplan for rehabiliteringsarbeidet

HOVEDMÅL:

Alle innbyggere i kommunen skal gis mulighet til å gjenvinne, bevare og utvikle mestringsevnen med sikte på størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser.

Hovedmålet for kommunenes rehabiliteringsarbeid er vidtfavnende. Med begrensede ressurser; både økonomisk og personellmessig, er det nødvendig å fokusere på noen satsingsområder i planperioden.

Delmål 1.

Eldre og funksjonshemmede barn og voksne skal oppleve helhet og sammenheng innen rehabilitering

Tiltak	Ansvar	Tidspunkt	Kostnad
Alle brukere med rett til individuell plan og behov for etablering av ansvarsgruppe skal få tilbud om det. (Koordinerende enhet er pådriver)	Alle tjenesteområde- Ledere	Kontinuerlig	Avhengig av behov og omfang
Kompetanseheving (høyne bevissthet) innen habilitering/rehabilitering.	Omsorg/Helse	Kontinuerlig	
Bevisstgjøre koordinatoransvaret i alle tjenesteområder.	Alle tjenesteområder	Kontinuerlig	

Utvikle Lærings- og mestringstilbud Regionale tiltak (Reks)	Helse, Omsorg	Kontinuerlig	Avhengig av omfang
Tilrettelegging av nærmiljøet for funksjonshemmede ("Universell utforming")	Alle tjenesteområder	Kontinuerlig	Avhengig av omfang
Videreutvikle rehabiliterings - tilbudet, tverrfaglig samarbeid. Hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring er implementert Velferdsteknologi implementert som naturlig del av tjenestetilbudet	Omsorg/Helse Omsorg/Helse	Kontinuerlig Kontinuerlig	Helse og omsorg Helse og omsorg
Opplæring i SamPro og utarbeide rutiner for Individuell Plan - Utnevne arkivansvarlig (e)	Helse/ Omsorg Superbruker Lokaladm	Kontinuerlig	Kjøpt inn

Delmål 2.

Mennesker med diagnose knyttet til psykiatri og rus skal få helhetlige tilbud med tanke på rehabilitering; både mht omsorg, helse, sosiale tjenester, muligheter for behandling, aktivisering/kulturtilbud og skolegang/arbeid.

Tiltak	Ansvar	Tidspunkt	Kostnad
Alle brukere med rett til individuell plan og behov for etablering av ansvarsgruppe skal få tilbud om det. (Koordinerende enhet er pådriver)	Alle tjenesteområdeledere	Kontinuerlig	Avhengig av behov og omfang
Kompetansetilføring i tråd med rullerende planer.	Omsorg	Kontinuerlig	Avhengig av behov og omfang
Lavterskeltiltak «Huset»	Omsorg/NAV	Kontinuerlig	
Ungdom i arbeid med spesielle behov	Kultur	Kontinuerlig	

8. Evaluering

Det er viktig at denne rehabiliteringsplanen blir sett i sammenheng med kommunens øvrige planer.

Plan for habilitering og rehabilitering følger Helse og omsorgsdepartementets opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017- 2019 og revisjon av planen vil skje i samsvar med denne.