

RE-/HABILITERINGSPLAN

FOR SØNDRE LAND KOMMUNE

2015-2018



Innhold

0 Sammenheng	2
1 Innledning.....	3
1.1 Bakgrunn for arbeidet	3
1.2 Målsetting.....	3
1.3 Arbeidsgruppe	3
1.4 Videre behandling av planen.....	3
2 Lovgrunnlag og andre føringer	4
2.1 Definisjon av rehabilitering og habilitering	4
2.2 Lov og forskrift om rehabilitering og habilitering.....	4
2.3 Sentrale/nasjonale føringer.....	5
2.4 Øvrige planer	5
2.5 Utfordringer og utviklingstrekk i planperioden.....	6
2.6 Annet	6
3 Dagens re-/habilitering i Søndre Land kommune	6
3.1 Rehabiliterings-/korttidsplasser i institusjon	7
3.2 Hjemmetjenesten.....	7
3.3 Hjemmesykepleie	7
3.4 Rehabilitering i dagtilbudet.....	8
3.5 Fysioterapi og re-/habilitering.....	8
3.6 Ergoterapitjenesten.....	9
3.7 Legetjenesten	9
3.8 Ansvarsgrupper – individuell plan	9
3.9 Støttekontakt.....	10
3.10 Frisklivssentralen	10
4 Mål og satsingsområder	10
4.1 Korttidsplasser til rehabilitering - rehabiliteringsenhet	10
4.2 Hverdagsmestring	11
4.3 Hverdagsrehabilitering	11
4.4 Velferdsteknologi	12
4.5 Frisklivssentralen i Søndre Land	12
4.6 Koordinerende enhet habilitering og rehabilitering (KE), tildelingskontor.....	13
4.7 Rutiner og kartleggingsverktøy	14
4.8 Hjemmetjenesten og habilitering.....	14

4.9 Hensiktsmessige boliger/universell utforming.....	14
4.10 Folkehelse og folkehelsearbeid	15
4.11 Samarbeid med frivilligsentral og øvrige frivillige organisasjoner	15
5 Felles satsingsområder for alle avdelinger	15
5.1 Øke kapasitet på re-/habilitering	15
5.2 Kompetanseheving.....	16
5.3 Samhandling	16
5.4 Brukermedvirkning.....	17
6 Referanseliste	17

0 Sammendrag

Samhandlingsreformen er en retningsreform, der målet er en endret oppgavefordeling mellom **spesialisthelsetjeneste og kommuner, slik at pasientene skal få dekket flere av sine behov for** helsetjenester i kommunene. Denne endringen i oppgavefordeling gjelder også rehabilitering og habilitering, noe som blir slått fast i ny stortingsmelding nr 14 (2014-2015) om kommunereform og oppgaveoverføring til nye og større kommuner. Rehabiliteringsplanen er en temaplan og vil sammen med kommuneplanens samfunnsdel være styrende for kommunalområdets virksomhetsplan. Kapittel 2 i denne planen omhandler de lover og retningslinjer som ligger til grunn for arbeidet med rehabilitering og habilitering i kommunene. I kapittel 3 blir arbeidet med rehabilitering og habilitering som foregår i kommunen i dag beskrevet. Trass i begrensede ressurser, blir det gjort mye bra i de ulike avdelingene. Kapittel 4 omhandler mål og satsningsområder. Det er omfattende tiltak som blir foreslått, og det vil være nødvendig å tilføre ressurser til arbeidet for å oppnå de resultat som forventes. Det anbefales blant annet at Søndre land kommune

- bør etablere en selvstendig rehabiliteringsenhet,
- skal ha stort fokus på hverdagsmestring,
- bør satse på hverdagsrehabilitering, som er en svært strukturert arbeidsmetode som er utarbeidet for å forbedre rehabiliteringstjenestene til hjemmeboende.
- Skal fortsette arbeidet i velferdsteknologiprogrammet. I første rekke ser man på såkalte «trygghetspakker», hvor trygghetsalarm, direktekoblet brannvarsling, fallsensor, dørsensor og GPS-basert teknologi kan være aktuelt. I utbygginger bør velferdsteknologi være en naturlig del av planleggingen
- Satser på videreutvikling av frisklivssentralen der et av satsningsområdene er bedre tverrfaglig samhandling mellom fysio- og ergoterapeuter, diabetesveileder og frisklivsveileder, samt bedre samhandling mellom frisklivssentralen og lege-senteret.
- Videreutvikler koordinerende enhet, og at det nye tildelingskontoret har ansvar for igangsettelse av re-/habiliterings-prosess.
- Utvikler forebyggende arbeid i hjemmebaserte tjenester og samarbeid med frivillige

- Bidra til at vi har hensiktsmessige boliger

Kapittel 5 beskriver felles satsningsområder som er generelle og gjelder for alle avdelingene. Dette gjelder både brukermedvirkning, kompetanse og samarbeid, samt en økning av kapasiteten på re/habiliteringsområdet.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for arbeidet

Gjeldende rehabiliteringsplan ble ferdigstilt i november 2005 og vedtatt i 2006. I ettertid er det kommet nye lover og forskrifter som omhandler rehabilitering, habilitering og kommunens oppgaver knyttet til mennesker med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det har skjedd såpass store endringer siden 2005, også organisasjonsmessig, at det ikke er sett på som formålstjenlig med revidering av gjeldende plan, men utarbeiding av ny fireårig re-/habiliteringsplan. Kapittel 2 oppsummerer lovgrunnlag, forskrifter og andre føringer som ligger til grunn for planen.

1.2 Målsetting

Søndre Land kommune utarbeider en fireårig plan for re-/habilitering som gir føringer for satsningsområder innen fagfeltene.

1.3 Arbeidsgruppe

Høsten 2014 ble det nedsatt ei bredt sammensatt arbeidsgruppe som har bestått av:

Eli Alsvik, leder (fagansvarlig fysioterapeut), leder i arbeidsgruppa

Ingeborg Andresen (ergoterapeut)

Stein Bollum (avdelingsleder sykehjem)

Anita Svebakken (hjemmesykepleie)

Hilde Lindbekk (hjemmetjenesten)

Mantas Zimaitis (lege), deltok på første møte

Karoline Eriksen (fysioterapeut)

Anne Grete Rudlang (dagtilbudet), deltok på første møte

Nils S Larsen (eldrerådet) og Beate Irgens (rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne)

Eva Røise, varamedlem (rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne)

Lene Nilssen (konsulent i HOV), sekretær i arbeidsgruppa

1.4 Videre behandling av planen

Tidsperiode for arbeidet: Oktober 2014-april 2015

Høring: Ledergruppa i helse, omsorg og velferd

Planen skal behandles til rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne og eldrerådet 13.05.15

Politisk behandling - Orientering i komite for helse, omsorg og velferd: 11.mai 2015

Sak til formannskapet 20.mai 2015, deretter behandling i kommunestyret

2 Lovgrunnlag og andre føringer

2.1 Definisjon av rehabilitering og habilitering

Iflg forskrift om habilitering og rehabilitering (2001) gjelder flg offisielle definisjon:

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel, 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.

Rehabiliteringsbegrepet brukes på hjelpeapparatets bistand til å gjenoppbygge tidligere mestrede funksjoner hos personer med ervervede funksjonsnedsettelse. Habiliteringsbegrepet knyttes vanligvis til bistand til personer med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse. Behov for habilitering er ofte «livslangt» i motsetning til rehabilitering.

2.2 Lov og forskrift om rehabilitering og habilitering

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven):

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliterings-virksomheten. Enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

Forskrift om habilitering og rehabilitering skal bidra til å sikre at personer som har behov for habilitering og rehabilitering tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse.

Iflg § 7 i forskrift om habilitering og rehabilitering er kommunens ansvar følgende:

- Ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering
- Sørge for at alle tilbys nødvendig utredning og oppfølging
- Tjenester som inngår i kommunens helsetjenestetilbud skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud
- Tilbudet skal gis uavhengig av brukerens boform

Forskrift om individuell plan: Pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Vedkommende har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning pasienten og brukeren og pårørende ønsker det.

Formålet med individuell plan er:

- Individuell plan skal bidra til at tjenestemottaker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det skal sikres at det til en hver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren.
- Tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester skal avklares. Videre skal det foretas en vurdering om tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakers bistandsbehov skal koordineres.

- Individuell plan skal styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og evt pårørende, og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

2.3 Sentrale/nasjonale føringer

Stortingsmelding nr 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid, helse- og omsorgsdepartementet. Det pekes på 3 hovedutfordringer: Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok, tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom, og demografisk utvikling og endring i sykdomsbilde vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. I «klarere pasientrolle» ligger at alle systemer og tjenester skal rettes inn mot hjelp som bidrar til at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner/egenmestring i størst mulig grad. Kommunene skal i større grad oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats i sykdomsforløpene tidlige faser. Forventninger om at kommunene skal ta større ansvar for pasienter med kroniske sykdommer, og den forventede veksten i en samlet helsetjeneste skal i størst mulig grad finne sin løsning i kommunene. Som aktuelle eksempler er nevnt «tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold som døgnplasser for observasjon, etterbehandling, lindrende behandling, rehabilitering og habilitering.

Stortingsmelding nr 40 (2002-2003): Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne, sosial- og helsedepartementet

Stortingsmelding nr 21 (1998-1999): Ansvar og meistring – mot ein heilskapelig rehabiliteringspolitikk, sosial- og helsedepartementet. Målet med stortingsmeldingen er å fremme selvstendighet og deltakelse for å medvirke til et verdig liv og like sjanser for mennesker med funksjonsproblemer eller kronisk sykdom.

Stortingsmelding nr 25 (2005-2006): Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer, Helse- og omsorgsdepartementet

Stortingsmelding nr 29 (2012-2013): Morgendagens omsorg. Morgendagens omsorg handler om å tenke annerledes og smartere. Med ny teknologi og bedre løsninger, kan man klare seg bedre i hverdagen, til tross for sykdom og nedsatt funksjonsevne.

Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet – rundskriv til kommunene som kommer hvert år.

2.4 Øvrige planer

Kommuneplan (kommuneplanens samfunnsdel 2014-2026)

Et av innsatsområdene er «Folkehelse», hvor vi vil «være en foregangskommune som tilrettelegger for «de gode valg» og livsmestring.

- Synliggjøre og ivareta folkehelseperspektivet i alle kommunale planer og politiske saker.
- Bidra til at innbyggere i Søndre Land tar valg som fremmer gode levevaner
- Legge til rette for fysisk aktivitet for alle, og særlig stimulere til fysisk aktivitet for tenåringer og innbyggere over 70 år
- Gjennom inkludering og deltakelse, begrense forekomst og utvikling av psykiske helseplager og redusere sosiale helseforskjeller

- Ha fokus på å hjelpe hver i sær, uavhengig av livsfase, livssituasjon og funksjons-nivå til å ta mer ansvar for egen helse

Helse- og omsorgstjenesten skal ha et helhetlig syn på tjenestemottakeren, de har ikke bare sykdom og problemer, men også ressurser de skal bruke til å mestre egne liv og bidra med i fellesskapet. Denne tenkningen innebærer å se på nye former for organisering, kommunikasjon og arbeidsmetoder, ny teknologi og vektlegging av universell utforming. Kommunen skal snu fokus fra «pleie og omsorg» til «trygghet, mestring og livskvalitet»

2.5 utfordringer og utviklingstrekk i planperioden

Befolkningssammensetningen har betydning for dimensjoneringen av de kommunale tjenestene. Søndre Land skiller seg lite fra de nasjonale og globale trendene med livsstilsforankrede folkesykdommer, blant annet fedme, diabetes, sosiale og psykiske lidelser. Derimot ser det ut for at sykdommer og plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet er mer utbredt enn i landet som helhet. (kilde: Folkehelseinstituttet- folkehelseprofil 2014). De siste 10-15 år er antall personer under 67 år som trenger tjenester, fordoblet på nasjonalt nivå. En stor andel er yngre voksne, som vanligvis er svært ressurskrevende. Antall eldre over 80 år, vil øke og nesten fordobles innen 2040 (kilde: SSB – befolkningsframskriving, Folkehelseprofil 2014 og RO-rapport – pleie og omsorgstjenesten – dimensjonering 2013)

Kommunene har fått mer ansvar for rehabilitering, det har vært en dreining fra spesialisthelsetjenestene over til kommunene. Tall fra IPLOS antyder en nedgang i rehabilitering utenfor institusjon i kommunene.

Andre rehabiliteringsrelevante undersøkelser (f eks tilsyn) viser at det er en del mangler innen rehabiliteringsområdet. Det finnes grupper som får mangelfull oppfølging, spesielt blant de yngre brukerne og de med sansetap (kilde: rapport IS-1947 fra helsedirektoratet), tilbudet er i for liten grad preget av den nødvendige samhandlingen mellom forvaltningsnivåene og sektorene, og variasjonene i tilbudet er for stor – spesielt i kommunene.

2.6 Annet

- Stor utfordring med å få tak i nok helsepersonell i årene framover
- Søndre Land ligger over landsgjennomsnittet av andel yngre funksjonshemmede i alderen 18-44 år
(kilde: Kommuneplanens samfunnsdel 2014-2026)

3 Dagens re-/habilitering i Søndre Land kommune

Tidligere vedtatte rehabiliteringsplan i Søndre Land kommune har følgende kriterier for å starte med rehabilitering.

- Det skal foreligge en konkret problemstilling
- Vedkommende skal være optimalt medisinsk utredet, og behandling være igangsatt
- Vedkommende skal ha behov for et tverrfaglig tilbud
- Vedkommende er foreløpig vurdert til å ha et utviklingspotensiale

Rehabiliteringsarbeidet skal bygge på brukermedvirkning. Vedkommende må være enig i målene og opplegget som settes opp for rehabiliteringen.

3.1 Rehabiliterings-/korttidsplasser i institusjon

Rehabilitering i institusjon er på Hovli sykehjem, 1.etg. Avdelingen har 35 plasser hvorav rehabilitering, korttidsplasser og avlastning utgjør 5 plasser, KAD (kommunale akutt plasser) er 2 plasser og utskrivningsklare pasienter 2 plasser.

Avdelingens personalressurs (ca 25 årsverk) gir dessverre lite rom for ekstra oppfølging av (trening med) rehabiliteringspasientene, utover det som gjennomføres av fysioterapeut og ergoterapeut. Man forsøker tidvis å styrke rehabiliteringspasientene (gruppa) med bemanning av 1 person, men primærbehovene til avdelingens pasienter «stjeler» det meste av personalets tid.

Kompetanse: Det er ingen sykepleiere eller hjelpepleiere med videreutdanning innen rehabilitering på avdelingen, heller ingen kompetanse innen feltet bortsett fra den erfaring som en har tilegnet seg på avdelingen. Kompetanseheving innen rehabilitering har ikke vært prioritert.

Faciliteter: Gruppa har eget treningskjøkken. Trenings-/fysioterapirom er tilgjengelig hele døgnet, men har behov for oppgradering av utstyr. Pasientrommene er trange, mangler dusj og har dårlig plass til hjelpemidler – noe som gjør aktivitet/trening vanskeligere.

Hovedutfordringen er likevel mangel på personell til å gi nok oppfølging av rehabiliterings-pasientene slik at de kan bedre/gjenvinne sitt funksjonsnivå og forhåpentligvis komme (raskere) hjem. Tid og ressurser til kompetanseheving er også en stor utfordring.

3.2 Hjemmetjenesten

Rehabilitering: Hjemmetjenesten foretar vurderingsbesøk/samtaler med tjenestemottaker og evt familie/nærpersoner, fokus på ønsker, behov og hva som er livskvalitet for den enkelte. Tett samarbeid med ergoterapeut i forhold til utprøving og bestilling av hjelpemidler, ergoterapeut bistår med veiledning av personalet. Enkelte tjenestemottakere har individuell plan, noen har også ansvarsgrupper. Fysioterapi i hjemmet ved behov, veiledning av personalet f eks ved treningsprogram etter skader/sykdom. Veiledning av personalet i forhold til tiltak som fremmer rehabilitering til en meningsfylt hverdag for den enkelte.

Habilitering: Spesielt hos utviklingshemmede, for både voksne og barn er det viktig å se habilitering og rehabilitering under ett. Habilitering må ofte finne sted før en evt rehabilitering. Miljøpersonalet veiledes til å kunne utføre dette blant annet i form av individuelle tiltak, treningsprogram eller miljøregler, i noen tilfeller med bistand fra spesialisthelsetjenesten.

Utviklingshemmede, fortrinnsvis eldre har mulighet til å søke bolig på Holmetunet, som består av omsorgsboliger med heldøgns bemanning, rettet mot personer med nedsatt funksjonsevne. Det er 6 leiligheter i første etasje, 5 leiligheter i underetasjen, og 4 leiligheter som er frittliggende på eiendommen.

3.3 Hjemmesykepleie

Det er ingen som mottar hjemmesykepleie med vedtak om rehabilitering. Hjemmesykepleien jobber med forskjellige prosjekter som kan kobles til rehabilitering, og det jobbes internt med fokusskifte og

holdningsendringer blant de ansatte der en har større fokus på pasientens mestringsevne. Ett av prosjektene er Pasientforløpsprosjektet. Dette er et prosjekt for kvalitetssikring av vurderingsbesøk med fokus på hverdagsmestring. Målet med pasientforløp er å etablere gode rutiner og pasientoverganger fra sykehus til ulike tjenester i kommunen og overgangene mellom disse. For å oppnå dette har man valgt og sette fokus på gjennomføring av vurderingsbesøket og hva som er viktig for pasienten («Hva er viktig for deg?»).

Hjemmesykepleien samarbeider med fysioterapeut der det gis fysioterapi i hjemmet, veiledning av personalet f eks ved forflytninger. Det gis også veiledning av personalet i forhold til tiltak som fremmer rehabilitering til en meningsfylt hverdag for den enkelte.

3.4 Rehabilitering i dagtilbudet

Dagtilbudet er et viktig forebyggende tiltak og er en svært viktig del av hverdagen for mange eldre i kommunen. Det forebygger ensomhet, skaper nettverk og sørger for at noen ser en jevnlig. Med dette tilbudet kan man fange opp utfordringer tidligere, noe som gjør at en kan avverge/utsette behov for mer ressurskrevende pleie og behandling fra kommunen så vel som spesialisthelse-tjenesten. Dagtilbudet har tilbud ved en avdeling i underetasjen på eldresenteret i Hov og en avdeling ved Grimebakken.

Dagtilbudet ved Grimebakken gir tilbud til utviklingshemmede i alle aldre. En dag i uken gis tilbud kun til en gruppe yngre brukere. Det er stort fokus på aktivisering og trening, blant annet blir bassenget ved Grimebakken brukt hver dag både til opptrening og til vedlikehold av bevegelse. I gymsalen legges det til rette for ulike aktiviteter tilpasset de ulike aldergruppene og tilpasset funksjonene til den enkelte. Det gis også tilbud om aktiviteter på formingsrommet. Uteområdet brukes til ulike aktiviteter hele året.

I Hov er det dagtilbud for personer med utviklingshemming og for hjemmeboende eldre ved aktivitetsavdelingen, Hovli samt dagtilbud for hjemmeboende demente. Det er ingen formell rehabilitering ved dagtilbudet i Hov. Det jobbes en del med trening og aktivisering som stoltrim og fallforebygging i samarbeid med ergo-fysioterapitjenesten. Hjemmeboende eldre kan få tilbud om dagplass ved Dagtilbudet etter søknad, en eller flere dager pr uke. Transport blir rekvirert til og fra Hovli, og formiddagskaffe og middag med sosialt samvær med andre brukere er en del av tilbudet. Aktivitør veileder i flere typer aktiviteter som formings- og kjøkkenaktiviteter. Det er flest damer som benytter seg av dette tilbudet.

3.5 Fysioterapi og re-/habilitering

Søndre Land har 3 årsverk kommunalt ansatt fysioterapeuter i tillegg til 3 fysioterapeuter med 100 % driftsavtale som driver egen praksis. Fysioterapeutene med driftsavtale jobber med opptrening på institutt og har rehabiliteringspasienter i hjemmet. To av de kommunalt ansatte fysioterapeuter jobber delvis med instituttpraksis, og med opptrening ved Eldresenteret , Hovli sykehjem 2.etg og hos hjemmeboende pasienter. Det er også samarbeid med hjemmetjenesten vedr rehabilitering.

Ca 40% kommunal stilling benyttes til fysioterapi ved Hovli sykehjem 1.etg, denne stillingen blir primært brukt til rehabiliteringspasienter, korttids-/avlastnings-pasienter og KAD-pasienter. I tillegg gis veiledning til både pasienter og personalet samt individuell oppfølging av pasienter som har langtids plass på avdelingen. Ca 40% stilling er satt av til oppfølging av barn som har behov for fysioterapi etter henvisning fra helsestasjon, PP-tjenesten, barnehage, skole, fastlege, sykehus mm. Herunder kommer også barn fra 0-18 år som har behov for habilitering. Dette er en stor gruppe i kommunen som har store behov for oppfølging av fysioterapeut.

Fysioterapeutene er delaktige i ansvarsgrupper for barn og voksne som trenger rehabilitering/habilitering.

3.6 Ergoterapitjenesten

Søndre Land kommune har 1,4 årsverk fordelt på 60% og 80% stilling som ergoterapeut. Ergoterapeutene har hovedansvar for den ergoterapeutiske oppfølging av rehabiliteringsplassene på Hovli sykehjem.

Ergoterapeutene kan også i noen saker være aktuell som koordinator for ansvarsgrupper eller individuell plan. Hjelpemiddelformidling og tilrettelegging av hjem/omgivelser er en stor oppgave for ergoterapeutene, dette betyr at de kobles inn i nesten alle rehabiliteringssaker, enten pasienten er på sykehjem eller hjemme. Det jobbes også ved overføring av pasient fra sykehjem til hjem med samtaler, vurdering, kartlegging og i noen tilfeller hjemmebesøk.

Ergoterapeutene er også aktive innen habilitering hvor størsteparten er knyttet opp mot barn. Det ytes også tjenester til beboere i hjemmetjenesten, hvorav mange av tiltakene omhandler både rehabilitering og habilitering.

3.7 Legetjenesten

Kommunelege 1 er medisinsk-faglig ansvarlig for helsetjenesten i kommunen. Fastlege er en viktig deltager i rehabiliteringsprosessen, og i mange tilfeller en aktiv del av en ansvarsgruppe. Alle søknader om utredning i spesialisthelsetjenesten og evt. rehabiliteringsopphold som en del av prosessen, må gå via fastlege. Hov Legesenter deltar i et landsomfattende nettverk som arbeider for å forbedre fastlegens rolle i gode pasientforløp, hvor man innfører sjekklister for legebesøk for pasienter som har vært innlagt i institusjon. Dette er under arbeid.

3.8 Ansvarsgrupper – individuell plan

En vanlig form for samhandling rundt brukere er å etablere en ansvarsgruppe. Hensikten er å sikre tverrfaglig samarbeid, informasjonsflyt og koordinerte tjenester. Deltakerne vil dermed bli fastere forpliktet enn om de ulike tjenesteyterne bare kontaktes ved behov. Man kan ha en ansvarsgruppe uten av vedkommende ønsker/har behov for utarbeidelse av individuell plan.

3.9 Støttekontakt

Støttekontakt kan være en svært viktig del av en persons rehabiliterings-/habiliteringsløp. En støttekontakt skal være en person som hjelper den enkelte til et godt fritidstilbud gjennom å følge/bistå brukeren i de fritidsaktiviteter som brukeren ønsker å delta på.

Dagens rutiner for tildeling av støttekontakt, er delt ved fylte 18 år. For barn og unge under 18 år, ligger ansvaret for saksbehandling og oppfølging av støttekontakter i avdeling Helse og Familie, og ivaretas av ergoterapeut og hjemveileder. For voksne ligger ansvaret for saksbehandling hos den kommunale delen av NAV, mens oppfølging/veiledning av støttekontakter ligger i avdeling for Hjemmetjenester.

3.10 Frisklivssentralen

Frisklivssentralen i Søndre Land kommune har en 50% stilling som frisklivsveileder. Frisklivssentralen er en forebyggende helsetjeneste som er organisatorisk plassert i fysioterapitjenesten, avdeling for Helse og Familie. Frisklivssentralen har primært et tilbud om hjelp til å endre levevaner innenfor områdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Målgruppa er personer som har behov for støtte til å endre levevaner på grunn av økt risiko for, eller begynnende utvikling av, sykdommer eller lidelser som kan relateres til levevaneområdene. Frisklivssentralen har fokus på helsefremmende faktorer og mestring av egen helse.

4 Mål og satsingsområder

Hovedmål i alt re-/habiliteringsarbeid er: Brukere i Søndre Land kommune skal gis mulighet til å gjenvinne, bevare og/eller utvikle egen funksjons- og mestringsevne med sikte på størst mulig grad av livskvalitet og selvstendighet på egne premisser.

Arbeidsgruppa er enig i at kriterier for å starte med rehabilitering, slik disse er angitt i rehabiliteringsplan fra 2005 (angitt også i innledning til kap 3), i stor grad videreføres i ny re-/habiliteringsplan, men med noen presiseringer.

Kriterier for tildeling/igangsetting av rehabilitering :

- Det skal foreligge en konkret problemstilling
- Vedkommende skal vurderes å ha et rehabiliteringspotensiale
- Vedkommende skal være medisinsk utredet, og medisinsk behandling være igangsatt
- Vedkommende er selv motivert til å delta i en rehabiliteringsprosess
- Vedkommende skal ha behov for et tverrfaglig tilbud

Rehabiliteringsarbeidet skal bygge på brukermedvirkning og brukerstyring. Det er brukerens egne mål som skal styre rehabiliteringsprosessen.

4.1 Korttidsplasser til rehabilitering - rehabiliteringsenhet

Søndre Land bør etablere en selvstendig rehabiliteringsenhet underlagt samme avdeling som i dag har rehabiliteringsplassene, med egne ressurser som ikke deles med andre avdelinger. På denne måten vil man kunne gi et bedre tilbud til pasientene, og avgrense fokusområdet for avdelingen.

Det må være samarbeide med 2. linjetjeneste og spesialistrehabilitering ved behov. Forskjellen på 1. linje kommunal rehabilitering og 2. linje spesialistrehabilitering, må tydeliggjøres.

Avdelingen må være utstyrt med trenings- og aktivitetsutstyr som pasienter og ansatte kan benytte seg av. Dvs treningskjøkken, treningsrom, felles aktivitetsstue osv. Viktig å ha med aktivitører som en del av det tverrfaglige tilbudet. Avdelingen må være tilrettelagt slik at pasientene kan fungere mest mulig selvstendig. Rom bør ha eget bad med dusj og være dimensjonerte slik at det er plass til hjelpemidler av varierende størrelser, fra små rullatorer til prekestol samt manuelle- og elektriske rullestoler.

Man ser behov for mulighet til dagrehabilitering for hjemmeboende. Dette bør utredes nærmere. Viktig å overholde kriterier for tildeling av rehabilitering, også i en slik gruppe. Gruppen kan organiseres enten sammen med Dagtilbudet eller Rehabiliteringsavdelingen.

4.2 Hverdagsmestring

Det skal være stort fokus på hverdagsmestring, som er et forebyggende og rehabiliterende tankesett hvor den enkeltes mål for mestring av hverdagen skal vektlegges, uavhengig av funksjonsnivå.

Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser og aktiv deltakelse står sentralt. Utfordringen er å anvende dette tankesettet i alle kommunens ulike tjenester, også institusjon. Forventninger og muligheter for brukere og pårørende, må avklares.

Et essensielt spørsmål for å gi svar på hva som skal til for at den enkelte kan mestre sin hverdag, er «HVA ER VIKTIG FOR DEG?» Dette skal styre alle kommunale tjenesters arbeid med pasienten. Det krever en stor holdningsendring på tvers av avdelinger i Helse og omsorg, men vil kunne gi gevinst på sikt, på lik linje med hverdagsrehabilitering.

4.3 Hverdagsrehabilitering

Søndre Land kommune bør satse på hverdagsrehabilitering, som er en svært strukturert arbeidsmetode som er utarbeidet for å forbedre rehabiliteringstjenestene til hjemmeboende.

Målstyrt, tidsavgrenset og tverrfaglig rehabilitering skal sikre at brukeren oppnår økt funksjon og deltakelse, bor hjemme med verdighet og mestrer de hverdagslige oppgavene selv.

Hverdagsrehabilitering kan forebygge fall i funksjonsnivå, der tidlig intervensjon er et suksesskriterium. Hverdagsrehabilitering er tverrfaglig, med ergoterapeut som sentral aktør sammen med fysioterapeut, sykepleier og hjemmetrenere som rekrutteres fra hjemmetjenesten.

Hverdagsrehabilitering må være forankret i kommunens ledelse. For å komme i gang er det behov for å øke ressursbruken i startfasen. Dette krever kompetanseheving og en holdningsendring blant store deler av personalet.

Hverdagsrehabilitering krever utvikling av mestringskultur, organisasjonsutvikling og samarbeid, der kriteriene for å lykkes er:

- Må være forankret i politisk og administrativ ledelse
- Kommunen har planlagt med tilstrekkelig og riktig kompetanse, må ha ressurser til intensiv innsats en kortere periode (f eks 6-8 uker)
- Kompetanseheving og tilrettelegging for samarbeid blant dem som skal jobbe med dette
- Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i brukernes ønsker og individuelle mål – «Hva er viktig for deg?»

- Hverdagsrehabilitering er tverrfaglig forpliktende

Hverdagsrehabilitering krever at medarbeiderne venner seg til «å jobbe med hendene på ryggen», brukernes egenmestring skal styrkes. Økt mestringsevne skal innebære at behovet for hjelp fra hjemmebaserte tjenester reduseres og tidspunktet for heldøgns pleie og omsorg utsettes. For mange som lenge har hatt en hjelperrolle, kan det innebære en stor omstilling. Forpliktende tverrfaglig arbeid gjør at de ulike gruppene må samordne sin innsats og sikre «en rød tråd» i tilnærmingen overfor den enkelte brukeren. Alle grupper må bringe inn sin kompetanse og sine synspunkter.

Hva kan man oppnå?

- raskere bedring etter funksjonstap både fordi bruker opplever stor motivasjon til trening som er basert på egne mål og ønsker, og fordi oppfølgingen er intensiv (opp til to ganger per dag).
- fornøye medarbeidere. Mange hjemmetrenere gir uttrykk for at dette er en svært givende måte å jobbe på.
- økonomiske innsparinger på sikt.

4.4 Velferdsteknologi

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet. Den 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 teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon. (Definisjon hentet fra Helsedirektoratets rapport om velferdsteknologi i kommunale helse og omsorgstjenestene 2013-2030)

Søndre Land er deltaker i prosjektet «Trygg hjemme»; velferdsteknologi for økt trygghet og sikkerhet i hjemmet, sammen med Vestre Toten. Søndre Land kartlegger behov og ser på hvilke velferdsteknologiske løsninger som kan være aktuelle for å øke trygghet og sikkerhet i hjemmet, med fokus på psykisk utviklingshemmede. I første rekke ser man på såkalte «trygghetspakker», hvor trygghetsalarm, direktekoblet brannvarsling, fallsensor, dørsensor og GPS-basert teknologi kan være aktuelt.

4.5 Frisklivssentralen i Søndre Land

Frisklivssentralen kan, og bør, sees på som en samarbeidende enhet i et rehabiliteringsløp. I følge «veileder for kommunale frisklivssentralen» (IS-1896) kan frisklivssentralen... *«brukes som tidlig innsats for å forebygge sykdom og kan være et tilbud til personer i et behandlings- eller rehabiliteringsforløp.»*

Frisklivssentralen er et lavterskeltilbud. Det er ikke nødvendig å ha med henvisning for å oppsøke en Frisklivssentral, men frisklivsveilederen vil da foreta en vurdering av pasienten for å finne ut om lege eller andre skal bli involvert. Alt helsepersonell kan henvise, men det vanligste er henvisning fra lege. Frisklivssentralen kan ha individuell veiledning med pasientene, og/eller samarbeide om gruppetiltak rettet mot flere rehabiliteringspasienter. Det satses på videreutvikling av frisklivssentralen i Søndre Land der et av satsningsområdene er bedre tverrfaglig samhandling mellom fysio- og ergoterapeuter,

diabetesveileder og frisklivsveileder, samt bedre samhandling mellom frisklivssentralen og lege-senteret. Faglig formål med videreutvikling av frisklivssentralen vil kunne være å la deltakere få kunnskapsbasert forståelse av forholdet mellom helseatferd og sykdomsrisiko.

4.6 Koordinerende enhet habilitering og rehabilitering (KE), tildelingskontor

Alle kommuner skal ha en koordinerende enhet for re-/habiliteringstjenester, jf § 7-3 i Helse- og omsorgstjenesteloven samt forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Koordinerende enhet skal være et kontaktpunkt for samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, samt sørge for at tjenester til bruker ses i sammenheng. Koordinerende enhet skal være «ett sted å henvende seg til».

I Søndre Land er koordinerende enhet lagt til SAUHS (samordningsutvalg for helse- og sosialtjenester), i praksis ivaretas dette fra hjemmesykepleien. Fra 01.05.15 vil «Tildelingskontoret» ivareta arbeidsoppgavene til koordinerende enhet. Tildelingskontoret vil organisasjonsmessig være direkte underlagt kommunalsjef for helse, omsorg og velferd. Med dette vil en kunne ivareta nasjonal helse- og omsorgsplan som sier at Koordinerende enhet skal:

- Sørge for at tjenester ses i sammenheng
- Sikre kontinuitet i tjenesteytingen
- Bidra til at tjenesteyterne samarbeider om planlegging og organisering av tilbudene
- Tilrettelegge for brukermedvirkning
- Det er viktig at det satses på kompetanseheving og utarbeidelse av gode rutiner for kartlegging og samarbeid mellom koordinerende enhet og øvrige ansatte i kommunen.

Tildelingskontoret har vedtaksmyndighet om igangsettelse av re-/habiliterings-prosess. Kontoret er gitt nødvendig myndighet til å delegere det individbaserte arbeidet videre til aktuelle avdelinger. Tildelingskontoret får ansvar for oppfølging av vedtakene om re-/habilitering og individuell plan, samt å ha en generell oversikt over kommunens behov for re-/habilitering, og oversikt over hvor og hvilke tilbud om re-/habilitering som gis.

Individuell plan: Alle som har behov for langvarig og koordinerte tjenester har, hvis de selv ønsker, rett til å få utarbeidet individuell plan. Denne rettigheten er hjemlet i flere lovverk (Lov om pasient og brukerrettigheter, Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, Lov om psykisk helsevern, Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, Barnevernloven). Hjelpeapparatets plikt til utarbeidning av individuell plan er blant annet regulert i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenesteloven, lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern og lov om arbeids- og velferdsforvaltningen. Formålet med planen er å bidra til at den enkelte får et helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Søndre Land kommune implementerer i 2015 elektronisk verktøy for individuell plan (SAMPRO).

Ansvarsgrupper: En vanlig form for samhandling rundt en individuell plan er å etablere en ansvarsgruppe. Hensikten er å sikre tverrfaglig samarbeid, informasjonsflyt og koordinerte

tjenester. Deltakerne vil dermed bli fastere forpliktet enn om de ulike tjenesteyterne bare kontaktes ved behov.

Koordinator: For brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter Helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, jfr § 7-2. Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte bruker samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

4.7 Rutiner og kartleggingsverktøy

Det er et overordnet mål at tjenestene skal involvere brukerne og gi dem innflytelse, og at tjenestene skal være samordnet og preget av kontinuitet. Det samme vil også gjelde mellom de ulike tjenestene i kommunen. Det blir da viktig å sørge for gode rutiner og kartleggingsverktøy slik at pasientovergangen mellom sykehus og de ulike tjenester i kommunen foregår på en tilfredsstillende måte.

Videre blir det viktig å bygge opp kompetanse og kapasitet i tjenestene, og holde fokus på kommunikasjon og rutiner i avdelingene.

4.8 Hjemmetjenesten og habilitering

Befolkningen i Søndre Land kommune består av mange eldre, men også av mange yngre personer som kommer til å ha behov for tjenester i mange år fremover. Viktige satsningsområder for disse gruppene er:

- Sørge for riktig og formålstjenlig kompetanse hos ansatte
- Fokus på aktivitetstilbud for disse gruppene.
- Fokus på Sølve AS og videreføring av tilbudet der – dette for å ha et arbeidstilbud til de unge som kommer. Man ser at det å kunne ha en jobb å gå til er veldig viktig for livskvaliteten til disse personene.
- Aktiviseringstilbud for gruppen av brukere som går av med pensjon. En trenger samlingssteder for å ivareta fysisk og psykisk funksjon samt for å forebygge

4.9 Hensiktsmessige boliger/universell utforming

Søndre Land skal ha boliger som tilfredsstillende prinsippet for universell utforming – som for øvrig også skal ligge til grunn ved alt planarbeid og all byggeaktivitet i kommunen. Kommunalt råd for funksjonshemmede skal trekkes aktivt med i kommunens planarbeid, det påhviler et spesielt ansvar både på politikere og administrasjonen for å ivareta dette.

Vi må sørge for å ha tilstrekkelig med tilrettelagte boliger for mennesker med nedsatt funksjonshemming. Det vil også være behov for omsorgsboliger med heldøgnsbemanning, Holmetunet er et godt tilbud i så måte. Dette gjør det mulig å gi bedre tjenester i form av tettere oppfølging og kontinuitet.

For yngre funksjonshemmede skal det utarbeides en fortløpende plan for etablering i egne boliger. Kartlegging av behov for bolig bør skje kontinuerlig. Viktig med et langsiktig perspektiv og godt

samarbeid med bruker/pårørende for å sikre hensiktsmessige boliger til hver enkelt. Boligsosial handlingsplan skal være ferdig i løpet av 2015.

4.10 Folkehelse og folkehelsearbeid

Med folkehelse menes befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeles i en befolkning. Med folkehelsearbeid menes samfunnets innsats for å påvirke faktorer som fremmer helse og trivsel, forbygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, samt tiltak som beskytter mot helsetrusler.

Lov om folkehelse (folkehelseloven) trådte i kraft 01.01.2012. Folkehelseloven gir kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter ansvar for å fremme folkehelse. Den skal etablere et fundament for å styrke et systematisk folkehelsearbeid i politikk- og samfunnsutvikling og i planarbeid. Folkehelseloven har bestemmelser om kommunens ansvar for folkehelsearbeid. Kommunen skal blant annet fremme befolkningens helse og bidra til forebygging av sykdom i befolkningen. Kommunen skal i følge folkehelseloven ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Kommunen er pålagt å iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens helseutfordringer.

4.11 Samarbeid med frivilligsentral og øvrige frivillige organisasjoner

Ha fokus på/oversikt over frivillige organisasjoner, lag og foreninger som kan bli en viktig del innen re-/habiliteringsprosessen for den enkelte. Legge til rette for samarbeid.

I tillegg bør det ses på hvordan man kan benytte frivillige ressurser inn mot eldre, både hjemmeboende og på institusjon. Kan man i enda større grad benytte frivillige til sosial kontakt, turvenn, samtalepartner osv, enn det man gjør i dag? Sette dette i system? Flere kommuner har opprettet «gule engler», skoleelever som kommer til sykehjem og er sammen beboerne, der begge parter drar nytte av dette.

5 Felles satsingsområder for alle avdelinger

All rehabilitering forutsetter tverrfaglig samarbeid. For å se sammenhenger og muligheter, er en avhengig av ulike faggrupper som har ulik fagkompetanse. Et annet sentralt tema er brukerens rolle, brukeren er ekspert på eget liv og har en kompetanse som ikke fagfolk har. Brukeren må derfor selv være aktiv i rehabiliteringsprosessen.

5.1 Øke kapasitet på re-/habilitering

- Øke fokus på rehabilitering ved tildeling av tjenester
- Øke stillingsressurs innen ergoterapi og fysioterapi
- Økt ressursinnsats over en kortere periode fremfor lite bistand over lang tid, oppfølging ved behov
- Etablere rehabiliteringsavdeling i stedet for dagens rehabiliteringsplasser ved Hovli sykehjem. Sørge for tilstrekkelig bemanning og riktig kompetanse. Viktig å ha med aktivitør som en del av det tverrfaglige tilbudet
- Prioritere økonomiske budsjetttrammer som gir muligheter for økt kapasitet

- Øke antall korttidsplasser jfr vedtatte omsorgsplan
- Vurdere mulige endringer i arbeidsmetoder/rutiner (spare inn «tidstyver»)
- Økt bruk av støttekontakter

5.2 Kompetanseheving

For å nå hovedmålet er det viktig at alle de ulike faggruppene deltar med sin spesielle kompetanse. Fysioterapeuter og ergoterapeuter har rehabiliteringsperspektivet i sin utdanning. De er derfor sentrale og fungerer som pådrivere innenfor dette arbeidet. Samtidig er deres kompetanse ofte mangelvare i kommunene. Sykepleiere er viktige fordi de har kompetanse innenfor ernæring, medisiner og andre sykepleiefaglige oppgaver. Hjelpepleiere, helsefagarbeidere, vernepleiere og hjemmehjelpere er viktige fordi de har erfaring med å tilrettelegge for dagliglivets gjøremål, som er nettopp det brukeren skal trene på («fra passiv mottaker til aktiv deltaker – hverdagsrehabilitering i norske kommuner).

Fokusområder:

- Kontinuerlig arbeid med verdigrunnlag og holdninger, både internt i organisasjonen og mot brukergrupper/hjelpeverge
- Rekruttere fagpersonell
- Opplæringsplaner skal til enhver tid være oppdatert
- Intern opplæring/kursing/veiledning
- Prioritere etter-/videreutdanning innen fagfeltet rehabilitering/habilitering
- Endre tankesett/fokus og arbeidsmåte. Tenke aktiv tilpasset deltakelse fra pasient/bruker
- Etikk. Kontinuerlig oppfølging, fokus og refleksjon rundt informasjonsheftet «Ethiske retningslinjer for ansatte og folkevalgte i Søndre Land kommune». (Vedtatt i kommunestyret 20.06.2011).
- Ha fokus på kompetanse hos de ansatte ved koordinerende enhet slik at rett bruker kommer til rett instans
- Hverdagsmestring inn som tankesett hos alle

5.3 Samhandling

Samhandling mellom både interne og eksterne samarbeidspartnere er en forutsetning for å lykkes, både på individ- og systemnivå. Tildelingskontoret vil ha et overordnet ansvar på systemnivå, på individnivå vil dette være et koordinatoransvar. I tillegg har hver enkelt avdeling ansvar for å ha gode rutiner for samarbeid.

Internt:

- avklare samarbeidsformer og metoder på system/organisasjonsnivå
- stort fokus på samhandling på tvers av avdeling/kommunalsjefområde
- samhandling på tvers av profesjoner
- Felles faglig fokus på tvers av avdelinger
- Fokus på informasjonsutveksling og rutiner for opplæring og bruk av felles kommunikasjonsverktøy (E-link, Geric, SAMPRO – web-basert samarbeid individuell plan)

Eksternt:

- Konkrete samhandlingsavtaler med eksterne aktører
- Elektronisk meldingsutveksling mellom kommune og sykehus

5.4 Brukermedvirkning

Brukerens innflytelse over egen situasjon, er en forutsetning for å lykkes med re-/habiliteringsarbeid.

Det må derfor:

- Utarbeides retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå
- Benytte brukerundersøkelser for å innhente brukererfaringer
- Økt fokus på brukermedvirkning og brukerstyring blant de ansatte (jfr hverdagsmestring)
- Videreutvikle systemarbeidet rundt individuell plan (nytt IT-verktøy – SAMPRO - vil være implementert i løpet av 2015)
- Gi informasjon og utveksling av erfaring i forhold til hverdagsmestring
- Ha fokus på pasientforløp og «Hva er viktig for deg?»
- Sørge for at pårørende involveres i nødvendig grad

6 Referanseliste

- Lov om helse- og omsorgstjenester av 01.01.2012
- Lov om pasient- og brukerrettigheter av 01.01.2001
- Lov om folkehelse av 01.01.2012
- Lov om helsepersonell mv av 01.01.2001
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 01.01.2001
- Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen av 01.07.2006
- Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen av 01.01.2010
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 01.01.2012
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011, Helse og omsorgsdep.
- Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015
- Stortingsmelding nr 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen
- Stortingsmelding nr 40 (2002-2003): Nedbygging av funksjonshemmende barrierer
- Stortingsmelding nr 21 (1998-1999): Ansvar og mestring – mot ein heilskapelig rehabiliteringspolitikk
- Stortingsmelding nr 25 (2005-2006): Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer
- Stortingsmelding nr 29 (2012-2013): Morgendagens omsorg
- Ressurssenter for omstilling i kommunene: Pleie- og omsorgstjenesten – dimensjonering (Søndre Land kommune), 2013
- Folkehelseinstituttet; Folkehelseprofil 2014 – Søndre Land
- Kommunedelplanens samfunnsdel 2014-2026

- Økonomiplan – handlingsprogram 2015-2018