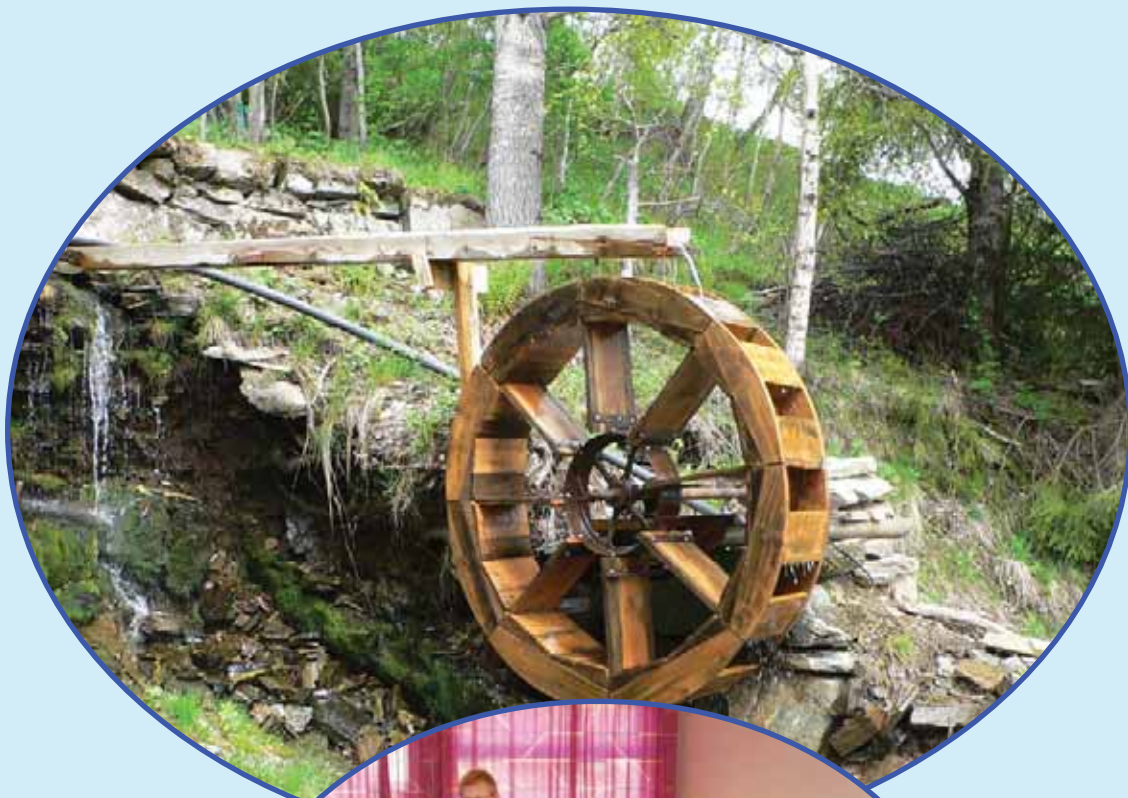


Plan for rehabilitering

2006 - 2008



Luster kommune

Vedteken av Luster kommunestyre
22. juni 2006, sak 68/06

INNHALDSLISTE

1 INNLEIING

2 FORMELT GRUNNLAG/MYNDIGHEITSKRAV

2.1 REHABILITERING

2.2 KOORDINERANDE EINING

2.3 INDIVIDUELL PLAN

3 DEFINISJON AV SENTRALE BEGREP

3.1. TENESTEMOTTAKAR

3.2 FUNKSJONSHEMMING

3.3 UNIVERSELL UTFORMING

3.4 BRUKARMEDVERKNAD

3.5 SAMARBEID

3.6 TEIEPLIKT

3.7 MEISTRING OG EMPOWERMENT

3.8 ICF – INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING

3.9 SKILNADER MELLOM BEHANDLING, OPPTRENING OG REHABILITERING

4 FAKTORAR SOM PÅVERKAR REHABILITERINGSPROSESSEN

4.1 PERSONLEGE FAKTORAR

4.2 FAKTORAR I OMGIVNADENE

5 LOKALE TILHØVE

5.1 GEOGRAFI

5.2 FOLKETAL

5.3 EKSISTERANDE RESSURSAR

5.3.1 KOMMUNALE EININGAR

5.3.2 ANDRE OFFENTLEGE AKTØRAR

5.3.3 ORGANISASJONAR OG LIKEMANNSARBEID

5.4 ANDRE KOMMUNALE PLANAR

5.5 KARTLEGGING

5.6 BRUKARMEDVERKNAD I PLANARBEIDET

5.7 BEHOV FOR REHABILITERING

5.8 ANDRE TILBOD FOR BRUKARAR

6 MÅL MED PLANEN

7 ORGANISERING AV REHABILITERINGSTENESTA I LUSTER KOMMUNE - PRAKSIS OG RUTINAR

8 KONKLUSJON

9 HANDLINGSPLAN

1 INNLEIING

Luster kommune har i mange år hatt ein rehabiliteringsplan. Denne skal no reviderast. Merknadene til Forskrift om rehabilitering og habilitering peikar på at verksemda skal vere planlagt på systemnivå. Plan for re/habilitering bør beskrive kommunen sine prioriteringar og utvikling av verksemda, både på system- og individnivå.

Kva som ligg i begrepet rehabilitering har endra seg over tid. Forskrift om re/-habilitering gjev ein brei definisjon, der hovudfokus ligg på å oppnå: ” best mogeleg [...] sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.” Rehabilitering vert nytta som eit felles begrep for habilitering og rehabilitering.

Re/-habilitering skal gje bistand til med menneske med funksjonsproblem for å kunne delta i samfunnet på eigne premisser, på lik linje med andre. Rehabilitering blir beskrive som planlegging og samanføyning av alle tiltak og tenester som skal til for å realisere enkeltpersonar sine individuelle mål. Dette vil i større eller mindre grad involvere dei fleste einingar innan kommunen, samt andre samarbeidspartnarar som t.d. trygdekontor, aetat, og Luster Arbeidssenter.

Rehabilitering medfører først og fremst at tenester og bistand vert koordinert og ytt på ein betre og meir planmessig måte. Brukaren skal oppleve heilskapeleg, koordinert og individuelt tilpassa prosess. Rehabilitering handlar mykje om livskvalitet, om identitet og verdigheit. Noko av utfordringa vil vere å få ei mest mogeleg felles forståing av rehabilitering, på tvers av fag og etatar.

Mandat for revisjon:

Helsesjef er ansvarleg for rehabiliteringsplan. Ei arbeidsgruppe bestående av ergoterapeut, konsulent for funksjonshemma og sjefsfysioterapeut gjennomfører revisjonsarbeidet. Alle aktuelle partar skal involverast i arbeidet med ny plan, også brukarorganisasjonar.

2 FORMELT GRUNNLAG/MYNDIGHEITSKRAV

2.1 REHABILITERING

I Lov om helsetjenesten i kommunene er medisinsk rehabilitering og habilitering ei av fleire lovpålagde oppgåver innanfor helsesektoren (§1-3).

Forskrift om rehabilitering og habilitering (2001) er heimla i Lov om helsetjenesten i kommunene (§1-3, §1-4) og Lov om spesialisthelsetjenesten (§2-1). Det vert i merknadene til forskrifta peika på at heimlingsgrunnlaget ikkje begrensar andre etatar sitt ansvar til å ta del i re/-habiliteringsoppgåver når dette ansvaret følgjer av særlovgiving (t.d. oppgåver tillagd Aetat, tenester etter folketrygdlova, sosialtenestelova eller opplæringslova). Det vert vidare peika på bruk av begrepet re/-habilitering for å understreke det tverretatlege aspektet. Definisjonen i § 2 er tilsvarende som i St. melding nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring (rehabiliteringsmeldinga), der rehabilitering vert brukt som eit overordna begrep for habilitering (born) og rehabilitering (vaksne).

”...tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørarar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.” (St.meld. nr. 21 (1998-99, s.10).

Luster kommune – plan for rehabilitering

Rehabilitering vil ikkje sei å ”gjere frisk”, men hovudmålsetjinga med rehabilitering er deltaking og meistring. Dette omfattar deltaking på alle arenaer i samfunnet som brukaren finn viktig. Rehabilitering handlar både om å endre individet sine føresetnader for å fungere og å kompensere for funksjonstap ved tilrettelegging og tekniske tiltak. I St.meld. nr. 40 (2002-2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer, vert realisering av verdiar som likeverd, sjølvbestemmelse, aktiv deltaking og personleg og sosialt ansvar trekt fram som grunnleggjande for at personar med nedsett funksjonsevne skal ha mogelegheit til å oppleve seg som fullverdige borgarar i samfunnet.

I følge Rehabiliteringsmeldinga er målgruppa for rehabilitering i utgangspunktet alle med funksjonsproblem og som har behov for assistanse til å nå sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle, psykiske og sosiale funksjonsnivå. Ut frå dette kan me lese at rehabilitering vil gjelde fleire ulike grupper. Det vert vidare nemnt fire situasjonar som kan gje behov for rehabilitering: funksjonssvikt, funksjonstap, funksjonsvedlikehald og funksjonsomstilling. Det vert i forskrift om re/-habilitering presisert at dette gjeld alle, både personar med somatiske og psykiske lidningar.

Formålet med Forskrift om re/-habilitering er å sikre at personar som har behov for rehabilitering, vert tilbydd og ytt tenester som kan bidra til stimulering av eiga læring, motivasjon, auka funksjons- og meistringsevne, likeverd og deltaking.

Forskrifta skal sikre at tenestene vert tilbydd og ytt

- ut frå eit brukarperspektiv
- samordna, tverrfagleg og planmessig
- i eller nærast mogeleg brukaren sitt vante miljø
- i ein for brukaren meiningsfull samanheng

Tiltaka skal vere koordinerte og basert på felles målsetjingar for dei involverte. Innhaldet i tilbodet skal vere tydeleg og fortutsigbart for brukarar, pårørande og personell.

Verdigrunnlaget til FN seier også noko om rehabilitering. FN's standardregler for like muligheter for menneske med funksjonshemming (1993), regel nr. 3: ”Statene bør sikre at mennesker med funksjonshemming får tilbud om rehabilitering, slik at de kan oppnå og opprettholde en optimal grad av selvstendighet og funksjonsevne” (s. 21).

Dette gjeld innanfor viktige område som:

- fysisk og sosialt tilgjenge i samfunnet som heilskap
- utdanning, arbeid, økonomi og sosial tryggleik
- mogelegheit til familieliv og personleg integritet
- kultur, fritids- og idrettaktivitetar
- ivareta helse og funksjonsevne

Hausten 2005 kom utkast til Nasjonal Plan for Rehabilitering med tittel: **Mestring og medvirkning**. Nasjonal strategi for styrking av helsetjenestens rolle i individuelle rehabiliteringsprosesser.

Anbefalingane i denne meldinga er bygd på prinsipp om rehabilitering som ein individuell prosess med rett til medverkad, individuelt tilpassa tenestetilbod, likeverdig tilbod til alle med behov for rehabilitering, lokal forankring av tenester og samanhengande tiltakskjeder.

I 2005 vart det utgitt ein vegleiar: ”... OG BETRE SKAL DET BLI. En nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten”. Hensikten er å bidra til at tenestemottakarar får sosial- og helsetenester av god kvalitet. Målsetjingane er at tenestene skal vere trygge og sikre, med god verknad. Brukar skal vere involvert og ha innflytelse. Tenestene skal vere samordna og prega av kontinuitet, og utnytte ressursane på ein god måte. Det er også eit mål at dei er tilgjengelege og rettferdig fordelt.

Kort oppsummert om re/-habilitering:

- individuell innsats og frigjeringsprosess for brukar
- tenesteytarane sin koordinerte samhandlingsprosess
- myndighetene si tilrettelegging for eit meir innkluderande samfunn

MÅL: fremje sjølvstende og deltaking, og å medverke til eit verdig liv og like sjansar for menneske med funksjonsproblem eller kronisk sjukdom

Aktuelle lover og forskrifter:

- Lov om helsetjenesten i kommunene
- Lov om helsepersonell
- Lov om pasientrettigheter
- Lov om grunnskolen og vidaregåande opplæring (Opplæringslova)
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- Lov om sosiale tjenester
- Lov om spesialisthelsetjenesten
- Lov om folketrygd
- Forvaltningsloven
- Forskrift om habilitering og rehabilitering
- Forskrift om individuell plan
- Forskrift om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie
- Lover om generell planlegging

2.2 KOORDINERANDE EINING

Forskrift om re/-habilitering slår fast at kommunen skal ha ei koordinerande eining for re/-habiliteringsverksemda i kommunen.

Oppgåvene til koordinerande eining i følgje Forskrift om rehabilitering:

- Eininga skal vere synleg og lett tilgjengeleg
- Vere eit fast kontaktpunkt for brukarar
- Vere eit fast kontaktpunkt for spesialisthelsetenesta
- Skal samarbeide med sosialtenesta, trygdeetat, aetat, skule/barnehage, barnevern, kultur- og teknisk sektor m.m.
- Integre helsetenestene i samla tverrfagleg rehabiliteringstilbod (koordinere tilbodet)

Andre kommunale oppgåver i følgje forskrifta som ikkje er direkte knytt til koordinerande eining, men som kan vere naturleg å leggje dit:

- Registrere re/habiliteringsbehov (ha oversikt over...)
- Tilby utredning og oppfølging ved behov for re/habilitering, og om nødvendig henviser til spesialisthelsetenesta
- Initiere arbeid med Individuell Plan. Under dette oppnemne planansvarleg og etablere tverrfaglege team/ansvarsgrupper i samråd med tenestemottakar
- Følgje opp tverrfaglege samarbeidsgrupper
- Er sentrale i utviklinga av tverrfaglege samarbeidsforum på leiarnivå

Andre oppgåver som er nemnt i St.meld. nr.21 i samband med koordinerande eining:

- Initiere og følgje opp lokale tiltak for kompetanseutvikling
- Administrere tverrfaglege samarbeidsgrupper

- Leie tverrfaglege team
- Fungere som lokal pådrivar i planlegging og utvikling

2.3 INDIVIDUELL PLAN

Ordninga med individuell plan (IP) er innført som eit verkemiddel for å kunne gi eit betre og meir samordna tilbod til tenestemottakarar med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtenester. Hensikten er at det skal vere ein tenesteytar som har hovudansvar for oppfølging av brukar/tenestemottakar.

Forskrift om individuell plan etter helselovgiving og sosialtenestlova (2004) er heimla i

- Lov om kommunehelsetjenesten § 6-2a
- Lov om spesialisthelsetjenesten § 2-5
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-1

Personell innan helse og sosial har plikt til å utarbeide plan. Dei skal vidare samarbeida med andre tenesteytarar om planen for å bidra til eit heilskapleg tilbod til brukarane.

Innan psykisk helsevern er det pålagt å utarbeide ein plan for alle tenestemottakarar. Plikta gjeld både i forhold til dei som er under frivillig vern og tvunge vern. For ein person under frivillig vern kan IP berre utarbeidast med samtykke frå personen.

Pasient med behov for langvarige og koordinerte tenester har rett til å få utarbeida ein individuell plan

- Lov om pasientrettigheter § 2-5
- Lov om sosiale tjenester § 4-3

Ved utarbeiding av IP der ulike forvaltningsorgan deltek vil det vere nødvendig å sørge for at tenestemottakar har gitt eit samtykke.

Informert samtykke inneber at tenestemottakar må vere informert om og ha forstått kva IP er, formålet med planen, rekkevidde av samtykke og kva følgjer bruken av IP kan gi. Samtykke skal vere frivillig, og tenestemottakar skal ha reell mogelegheit til å nekte samtykke.

Det er ikkje krav om skriftleg søknad for å få utarbeida IP. Eit vedtak om tildeling av IP er eit enkeltvedtak, og følgjer reglar for enkeltvedtak i forvaltningslova. Sosialtenestelova og helselovene har eigne særbestemmelsar som regulerer klageadgang, teieplikt og samtykke.

Ved klage på rett til IP etter helselovgiving gjeld lov om pasientrettar kap. 7.

Ved klage på rett til IP etter sosialtenestelova kapittel 4; § 4-3, gjeld sosialtenestelova § 8-6, § 8-7 og reglar i forvaltningslova.

Det er mogeleg å klage dersom du trass rett på IP ikkje får retten oppfylt. Det er også klagegrunn dersom IP ikkje oppfyller krav til innhald i følge forskrifta (retten er berre delvis oppfylt).

Vedtak skal i første omgang klagast inn til kommunen ved rådmann. Ved vidare saksgang er fylkesmannen klageinstans etter sosialtenestelova og helsetilsynet i fylket etter lov om pasientrettar. Desse instansane vil kunne treffe vedtak om rett til å få utarbeida plan.

Tenestemottakar har rett til å delta i arbeidet med IP og det skal leggjast til rette for dette. Det er mogeleg å klage på same måte, dersom ikkje retten vert oppfylt.

I underretning om vedtaket om IP skal det opplysast om klageadgang og gangen i ei klagesak.

3 DEFINISJON AV SENTRALE BEGREP

3.1. TENESTEMOTTAKAR

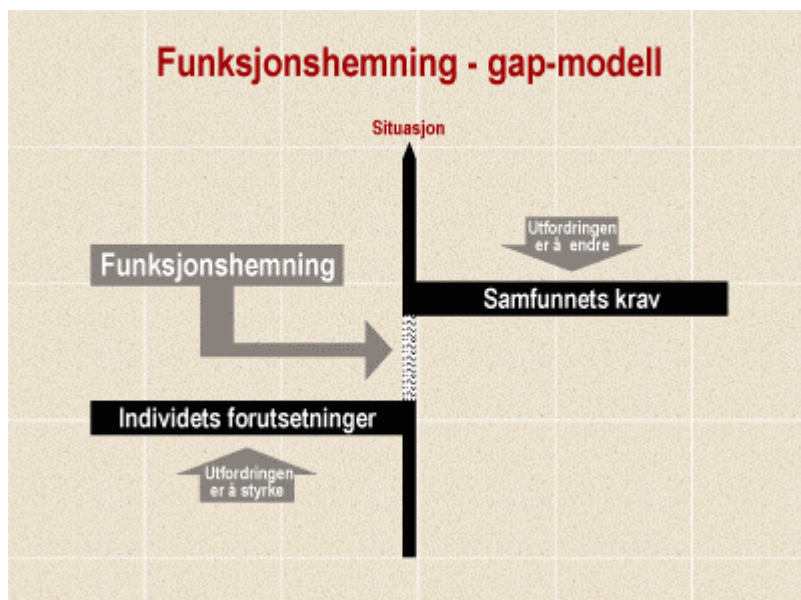
Ulike etatar nyttar forskjellige omgrep på personar som søker/får hjelp, t.d. pasient, brukar eller klient. Me vel i denne planen hovudsakleg å nytte omgrepet tenestemottakar, då dette vert nytta i Forskrift om Individuell Plan 2005. Tenestemottakar er ein samlebenemning for alle personar som har rett til å få utarbeida individuell plan etter sosiallovgiving og helselovgiving.

3.2 FUNKSJONSHEMMING

Med *nedsett funksjonsevne* meiner me tap av eller skade på ein kroppsdel eller funksjon. Dette kan for eksempel vere nedsett bevegelses-, syns- eller hørselsfunksjon, nedsett kognitiv funksjon, eller nedsett funksjon pga. allergi, hjarte- og lungesjukdomar. Det er ikkje sjølvsagt at personar med nedsett funksjonsevne blir funksjonshemma.

Funksjonshemming oppstår når det er eit gap mellom føresetnadene til individet, og korleis omgivnadene er utforma eller stiller krav til funksjon. Funksjonshemming er relativ og relasjonell, dvs. at avhengig av situasjon og omgivnader vil ein oppleve ulik grad av funksjonshemming. Nedsett funksjon treng ikkje begrense personen si deltaking i samfunnet.

GAP-modellen vert ofte nytta for å synleggjere funksjonshemming. Opplevinga av å være funksjonshemma heng saman med omfanget av funksjonsnedsetjinga og når den oppstår i livsløpet. For å redusere funksjonshemming må gapet mellom individet sine føresetnader og krav frå samfunnet reduserast. Dette krev tiltak for å styrke individet sine føresetnader og tiltak for å endre krav frå samfunnet. Det er dette rehabilitering handlar om.



Illustrasjon av begrepet funksjonshemming (Modell frå St.meld. nr. 40 2002/03, s 9)

3.3 UNIVERSELL UTFORMING

Universell utforming: ”Utforming av produkt og omgivelser på ein slik måte at de kan brukes av alle mennesker, uten behov for tilpassing og spesiell utforming” (Universell utforming over alt!, Artikkelsamling Shdir)

sju prinsipp for universell utforming

- lik moglegheit for bruk
- fleksibel bruk
- enkel og intuitiv bruk
- forståeleg informasjon
- toleranse for feil
- låg fysisk anstrengelse
- storleik og plass for tilgang og bruk

Dette gjeld planlegging og utforming av bygg, uteområde, transport og produkt for alle og krev samarbeid mellom mange etatar.

3.4 BRUKARMEDVERKNAD

Ellen Elster (2001) definerer brukarmedverknad som ein prosess mellom menneske. Prosessen gjev moglegheit til å påverke gjennom dialog, deltaking og medbestemming. Brukarmedverknad er ein mellomting mellom aktiv informasjon og brukarstyring.

Brukarmedverknad er formalisert gjennom Lov om pasientrettar § 3-1, Lov om sosiale tenester § 8-4 og Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstenestene § 3.

På individnivå handlar det om kvar enkelt sin moglegheit til å delta i og bestemme over eigen prosess. I Forskrift om individuell plan § 4 vert det slått fast at tenestemottakar har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan og at det skal leggjast til rette for dette.

§ 5 i Forskrift om re/-habilitering gjev kommunen ansvar for at den enkelte brukar kan medverke ved gjennomføring av eige habiliterings- og rehabiliteringstilbod. Dette gjeld planlegging, utforming, utøving og evaluering av tilbodet.

Lov om sosiale tenester § 8-4 seier at tenestetilbodet så langt det er mogleg skal utformast i samarbeid med klienten (tenestemottakar).

Ved akutt sjukdom eller skade vil den det råkar ha behov for behandling og ofte ha ein relativt passiv rolle i starten. Etter kvart kan brukar i større grad ta kontroll over eige liv, auka grad av brukarmedverknad. Brukarstyrt personleg assistent (BPA) er eit døme på korleis tenester kan organiserast for at dei som treng mykje hjelp kan påverke og styre sitt eige liv, -brukarstyring.

Brukarmedverknad inneber også påverknad på samfunnsnivå. Til dømes påverknad på systemnivå gjennom Kommunalt råd for funksjonshemma og arbeid i brukarorganisasjonar. Forskrift om re/-habilitering peikar også på at kommunen bør leggje til rette for at brukarrepresentantar deltek i planlegging, utvikling og evaluering av rehabiliteringsverksemd.

3.5 SAMARBEID

Rehabilitering ein heilskapeleg prosess, det vil sei at det inneber meir enn summen av enkelttiltak. Rehabilitering krev samarbeid mellom brukar og fagpersonar, men og samarbeid mellom ulike etatar og einingar.

Fleirfagleg samarbeid:

Fagpersonane arbeider rundt same brukar, og rapporterer til kvarandre. Tiltaka vert i stor grad bestemt av den enkelte fagperson, ev. saman med brukar. Ei anna form for fleirfagleg tilnærming er at informasjonen frå ulike fagområde vert integrert i same beslutningsprosess. Dette inneber ei samordning av tenester.

Tverrfagleg samarbeid:

Gruppa av fagpersonar har kompetanse og ferdigheiter som utfyller kvarandre og har saman ansvar for å bistå brukar til å nå sine mål. Brukar og fagpersonar bidreg med informasjon og kunnskap, men det vert utarbeida felles mål. Den totale prosessen vert noko meir og ansleis enn summen av enkelttiltaka.

3.6 TEIEPLIKT

§ 13 i Forvaltningslova gjev alle den kommunale organisasjonen ei teieplikt om det vedkommande får kjennskap til i samband med tenesta. Lov om helsepersonell § 21 gjev teieplikt i eigenskap av å vere helsepersonell. Re/-habilitering føreset samarbeid på tvers av faggrupper. Innanfor helsetenesta kan helsepersonell ganske fritt vidareformidle opplysningar til samarbeidande helsepersonell når det er nødvendig for å kunne gi forsvarleg helsehjelp, så lengje ikkje tenestemottakar motset seg dette. Samarbeid på tvers av einingar er underlagt strengare reglar. For å kunne bringe vidare opplysningar som er underlagt teieplikt, må det som hovudregel innhenta samtykke frå tenestemottakar. Teieplikta skal ikkje vere til hinder for samarbeid.

3.7 MEISTRING OG EMPOWERMENT

Rehabilitering skal bidra til meistring. Meistring inkluderer mentale strategiar hos personar, deira evne til å bevare individualitet og integritet, samt mogelegheit til å handtere praktiske forhold og relasjonen til andre. Det å mobilisere støtte frå nettverk og omgivnader kan også vere ein viktig meistringsstrategi.

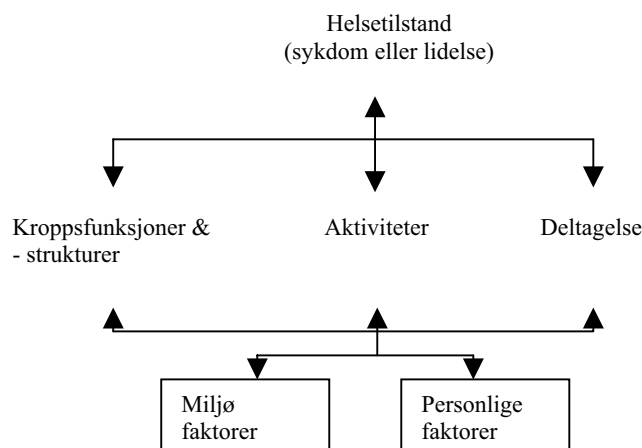
Empowerment handlar om å mobilisere og styrke personar sine egne krefter og nøytralisere krefter som fører til avmakt. Ei slags myndiggjering av brukar.

3.8 ICF – INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING

ICF er eit hjelpemiddel for å vurdere funksjon. Å strukturere informasjon ved å nytte hovudoverskriftene i ICF kan vere til hjelp for å oversikt over brukaren sin funksjon og for å systematisere dei opplysningane som vert samla inn. Det kan også vere nyttig for å lette kommunikasjonen mellom ulike yrkesgrupper.

Verdens Helseorganisasjons internasjonale klassifisering av funksjon og funksjonshemming (ICF) beskriv funksjon og funksjonsproblem ut frå deltaking, aktivitet og kropp. Kvar enkelt si funksjonsevne innanfor kvart av desse perspektiva vert påverka både av helsetilstand, av personlege faktorar og av faktorar i omgivnadene. Faktorar i omgivnadene inkluderer både fysiske og sosiale faktorar og haldningar.

Vekselverknader i begrepsapparatet til ICF



3.9 SKILNADER MELLOM BEHANDLING, OPPTRENING OG REHABILITERING

	Behandling	Opptrening	Rehabilitering
Mål iht ICF	Normalisere/bedre kroppsfunksjoner	Normalisere/bedre eller vedlikeholde kroppsfunksjoner og aktivitetsfunksjoner	Deltagelse i aktiviteter i hverdagen og i samfunnet
Brukermedvirkning	Passiv => aktiv	Aktiv	Aktiv og styrende
Faglig tilnærming	Enfaglig => Flerfaglig	Enfaglig => Flerfaglig	Tverrfaglig
Samordningsstrategier	Informasjon	Samarbeid	Samhandling
Tidsperspektiv	Kortvarig => livsvarig	Kortvarig	Tidsavgrensede forløp

(Nasjonal Plan for Rehabilitering, 2005)

4 FAKTORAR SOM PÅVERKAR REHABILITERINGSPROSESSEN

4.1 PERSONLEGE FAKTORAR

Her er lista opp ulike faktorar som kan ha betydning for ein re/-habiliteringsprosess

- Sjølvbilete og personlegdom
- Viktigheitsområde.
Peikar på område som er viktige for den enkelte, t.d. nære pårørande, fysisk aktivitet, vener, jobb, hobbyar.
- Motivasjon
- Kontroll over eige liv
- Oppleving av tap, sorg- og krisereaksjonar
Tap av funksjon eller det å få eit funksjonshemma familiemedlem er eit traume. Desse reaksjonane vil kunne påverke rehabiliteringsprosessen i stor grad.
- Meistringstrategiar

4.2 FAKTORAR I OMGIVNADENE

Uavhengig av type funksjonshemming og alder er tenestemottakar oftast del av ein familie. Dette vil ha konsekvensar både for tiltak som vert sett i verk og resultat av tiltaka.

Det å ha eit familieperspektiv og sjå brukar i ein samanheng vil difor vere viktig. Til dømes kan støttetiltak retta mot nære omsorgspersonar gi ein betre kvardag både for eit barn med nedsett funksjon, funksjonsfriske søsken og foreldra sjølv. Det å ivareta heile familien er viktig og kan ofte vere ein utfordring.

Andre faktorar som vil påverke

- Familie og nære pårørande
- Sosialt nettverk
- Sosial rolle
- Haldningar og verdiar i samfunnet
- Tilgjenge: fysisk utforming, transport, belysning m.m.
- Høve til utdanning og arbeid
- Bustad / tilrettelegging av bustad

5 LOKALE TILHØVE

Innanfor helsetenesta peiker NOU 2005:3 ”Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste” på behovet for betre samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetenesta. Rehabilitering vert her trekt fram som eit område der oppgåvedelinga er mindre klar enn for andre deler av helsetenesta.

St.meld. nr. 21 (1998-99) peikar på at rehabiliteringstilbodet i for stor grad er prega av manglande planlegging og koordinering, uklare ansvarsforhold og for lite medverknad frå brukarane sjølve. Ei kartlegging av koordinerande eining gjennomført av SKUR (2004) i alle kommunar i tre fylke kjem til same resultat (SKUR-rapport nr.5/2004).

Det er grunn til å tru at dette også gjeld vår kommune.

5.1 GEOGRAFI

Luster kommune er stor i utstrekning, med lange avstandar og spreidd busetnad. Kommunen er delt inn i 3 sonar med omsorgssenter i kvar sone. Det er 9 barnehagar og 10 grunnskular i kommunen. Dette gjev utfordringar for personale i form av tid som går vekk til transport m.m. Gaupne er kommunesentrum der fleire kommunale funksjonar er samla.

5.2 FOLKETAL

Per 01.01.2006 har kommunen 4890 innbyggjarar.

År/aldersgr.	Totalt	0 – 19	20 – 49	50 – 69	70 – 89	90 +
2005	4983	1373	1836	1062	653	59
2010	5000	1333	1830	1182	588	67
2020	5185	1319	1900	1243	665	58

(Kjelde: SSB)

Framskrivninga tek utgangspunkt i uendra folketal, truleg må det forventast ein svak nedgang. Fram til 2010 vil pensjonistgruppa minka tydeleg, før det fram mot 2020 vert ein auke i gruppa 67 – 79.

5.3 EKSISTERANDE RESSURSAR

Kommunen har eit breitt utval av ulike profesjonar /yrkesgrupper som har kompetanse og er nødvendige i arbeidet med rehabilitering. Fleire personar i kommunen har vidareutdanning i rehabilitering eller anna som er relevant i rehabiliteringsarbeid. Ei liten kommune med få av kvar yrkesgruppe, er sårbar. Samstundes har kommunen fordelene av at tenesteytarane kjenner kvarandre og lettare kan ta kontakt på tvers.

5.3.1 KOMMUNALE EININGAR

Luster kommune er i dag organisert med 31 tenesteeiningar, som i hovudsak yter tenester til publikum utanfor organisasjonen. I tillegg er det 7 stabseiningar som i hovudsak yter interne tenester. Alle tenesteeiningar har sine kontaktpersonar i staben til rådmann.

Alle einingar vil kunne ha eit ansvar for re/-habilitering i form av generell planlegging eller i høve til enkelte pasientar. Hovudansvar vi ofte vere innanfor einingane Helse, PLO, Sosial og Oppvekst.

Luster kommune – plan for rehabilitering

Plan: Det er viktig at alle kommunale planar tek omsyn til funksjonshemma, jamfør statleg satsing på Universell utforming.

Næring: Kommunale arbeidsplassar/støtte til private arbeidsplassar som også kan nyttast/tilpassast for funksjonshemma.

Personal og organisasjon: Legge til rette for bedriftsintern attføring

Økonomi og IT: Naudsynte midlar til tiltak og personale. Tekniske løysingar.

Service-torg: Formidle kontakt til rette instans.

Teknisk forvaltning: Godkjenning av offentleg tilgjengelege bygningar. Fokus på Universell utforming. Rådgeving til enkeltpersonar.

Kultur: Krav om tilgjenge/anna tilrettelegging før arrangement får støtte. Leggje tilrette tilbod for alle.

Bibliotek: Bøker og anna materiell med varierende vanskegrad og merking. Lydbøker og blindeskrift.

Landbruk og naturforvaltning: Tilgjenge ved parkeringsplassar, badeplassar, fiskeplassar.

Eininga Helse

Diagnostisering og behandling, helsefremjande og førebyggjande arbeid. Opptrening og tiltak for å betre funksjon, fysisk og psykisk.

Legeteneste: 5 stillingsheimlar + turnuskandidat. Ulike kombinasjonar av privat og offentleg teneste samt tilsynslege ved institusjonane.

Helsestasjon: 220% stilling for helsesøster, 100 % stilling for jordmor, 80 % barnefysioterapeut samt legeteneste 2 dg/veke.

Psykisk helse: 300% stilling for psykiatrisk sjukepleiar samt 70% stilling for aktivitetsleiar.

Fysioterapi: 180% stilling kommunalt, fordelt på 3 stillingsheimlar. 320% fordelt på 5 stillingsheimlar med privat driftsavtale.

Ergoterapi: 100% stilling.

Eininga Sosial

Førebyggjande tiltak for å hindre sosiale problem, sikre økonomisk og sosial tryggleik for vanskelegstilte og gje enkeltbrukarar sikre levevilkår i eit meningsfylt tilvære.

Sosialeiar: 100 % stilling

Sosionom: 150 % stilling

Ruskonsulent: 50 % stilling

Barnevern: 150 % stilling

Grunnskule: Har eit generelt ansvar for å leggja tilrette tilbod/undervisning for elevar med funksjonshemming eller lærevanskar.

Kommunen har i dag 10 grunnskular av varierende storleik, og med tilbod for ulike elevgrupper etter behov.

Barnehage: Har tilsvarande ansvar som skulen. Kommunen har i dag 9 barnehagar.

PPT: Arbeider spesielt med elevar med lære- og tilpassingsvanskar. Tenesta har stilling for psykolog og spesialpedagog. Kommunen har kommuneloped knytt til PPT i 80 % stilling, samt driftsavtale med rikstrygdeverket.

Luster kommune – plan for rehabilitering

Eininga Pleie og omsorg omfattar:

Trygde- og omsorgsbustader: 56 bueningar på 4 stader

Omsorgsplassar: 8

Institusjonsplassar: 72 etter fullført ombygging, fordelt på 3 institusjonar.

Heimetenestene yter heildøgntilbod for heimebuande som treng hjelp til stell og pleie i heimen.

Grandmo heimeteneste med eigen gruppeleiar yter saman med ATS dag og døgntilbod til psykisk utviklingshemma.

Konsulent for funksjonshemma

Eininga ATS

ATS er eit arbeids- og opplæringstilbod til yrkes- og utviklingshemma (jmf. Luster kommune sitt delegasjonsreglement). Grunnlaget for å kunna søkja fast plass er at ein har si hovudinntektskjelde frå trygdeytningar eller sosialstønad. Pr. i dag kan ATS tilby oppgåver innafør vedproduksjon, kantinedrift, vaskeri, postruter, grøntarbeid m.m. Det vert arbeidd med utvikling av oppgåver innanfor andre arbeidsområde, samt utplassering i andre verksemdar.

5.3.2 ANDRE OFFENTLEGE AKTØRAR

Her er nemnt nokre. Kven som er involvert vil variere i kvart enkelt tilfelle.

- Specialisthelseteneste
- Opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonar
- Ulike kompetansesenter
- Trygdeetaten
- Hjelpemiddelsentralen i Sogn og Fjordane
- Aetat
- Husbanken
- Luster Arbeidssenter

NAV: ny arbeids- og velferdsforvaltning

Frå andre halvår 2006 skal Aetat og trygdeetat slåast saman til ein etat. Alt statleg ansvar knytt til arbeid og redusert arbeidsevne skal samlast. Det skal også opprettast eigne arbeids- og velferdskontor i alle kommunar innan 2010, der aetat, trygdekontor og sosialtenesta skal samlast til ei felles førstelinjeteneste.

Tanken er at folk skal få ei raskare avklaring angående arbeidsforhold, enklare å forholde seg til eit kontor og ei heilskapeleg og meir effektiv teneste.

5.3.3 ORGANISASJONAR OG LIKEMANNSARBEID

Luster kommune har eit rikt organisasjonsliv. Ulike brukarorganisasjonar har mykje kompetanse på sine område. Fleire organisasjonar i kommunen driv likemannsarbeid.

Luster lag av LHL og Luster Reumatikarforeining har ope kontor i same bygg som Luster Treningssenter kvar veke. Andre eksempel er Luster Røde Kors besøksteneste, Idrettslag m.fl. Frivillige organisasjonar kan også vere viktige for å byggja opp sosiale nettverk og gjev tilbod til spesielle grupper.

5.4 ANDRE KOMMUNALE PLANAR

Kommuneplan for Luster Kommune (1998-2007) har som hovudmål å oppretthalda og vidareutvikla eit livskraftig Lustrasamfunn. Arbeidet med ny kommuneplan er i gang våren 2006.

Andre planar:

Plan for psykisk helse (2005-2006)

Ruspolitisk handlingsplan

Økonomiplan

Plan for pleie- og omsorgstenesta (2002-2005)

Plan for helsestasjon og skulehelsetenesta

Bustadsosial handlingsplan 2006-2010.

5.5 KARTLEGGING

Det har vore sendt ut e-post til alle tilsette i kommunen med spørsmål om rehabilitering (sjå vedlegg 1). Me har fått rundt 20 svar på desse. Dette er sjølv sagt for lite til å trekke bastante slutningar, men me vel å ta med hovudtendensar.

Tilbakemeldingane viser ulik forståing av kva som ligg i rehabiliteringsbegrepet.

Av samarbeidsforum er det nemnt samarbeidsmøte på skulane, bl.a. med skulehelseteneste, PPT. Det er også nemnt BUP, Barnehabilitering Helse Førde, konsulent for funksjonshemma, ulike kompetansesenter. Ofte er samarbeidet knytt til ansvarsgrupper eller samarbeidsmøte rundt einskildbrukarar.

Det er også peika på samarbeidsmøte mellom omsorgssenter/open omsorg og Psykisk helseteam, ergoterapeut og fysioterapeut, samt møter med Trygdekontor og Aetat.

Eit anna tiltak i kommunen er ressursgruppe for særleg krevjande brukarar.

Ansvarsgrupper verkar å vere relativt vanleg i skule/barnehagesamanheng, men er meir sjeldan nemnt elles.

I skule/barnehage kjenner dei til begrepet individuell opplæringsplan eller individuell læreplan. Desse var det mange av. Få kjende til/bruker begrepet individuell plan. Det har også vore vanskeleg å skaffe seg ein oversikt over kor mange Individuelle planar som finns i kommunen. Nokre kjende til opp til 6-7 IP.

På spørsmålet om opplevde hindringar for deltaking var det få som opplevde/kjende til dette. Inntrykket er at arbeidet rundt kvar enkelt brukar fungerer ofte greitt. Folk kjenner kvarandre og tek ansvar. Men det er rapportert om mangel på overordna system og rutinar.

Tilbakemelding frå brukarorganisasjonane er at dei stort sett opplever at ting fungerer.

5.6 BRUKARMEDVERKNAD I PLANARBEIDET

Det er gjennomført møte med brukarorganisasjonar og representantar for Kommunalt råd for funksjonshemma og Eldrerådet i samband med oppstart av arbeidet med rehabiliteringsplan.

Innspele frå møtet er tatt med i det vidare arbeidet med planen.

Ønskje om at utkast til rehabiliteringsplan skal leggjast ut på biblioteket og høyringsfrist på 1 månad vert teke omsyn til.

5.7 BEHOV FOR REHABILITERING

Samfunnsstrukturen endrar seg. Tidlegare tok storfamilien seg i stor grad av sine eldre og funksjonshemma, mens i dag vert dette i større grad eit offentleg ansvar. Endring frå særomsorg og institusjonar til normalisering og integrering i lokalsamfunna gjer at fleire utviklingshemma og andre med ulike diagnosar bur i kommunane. Etter kvart som medisinsk behandling klarer å redde fleire liv, vert resultatet at fleire overlever – nokre også med funksjonshemmingar. Gjennomsnittsalderen aukar og mange eldre vil ha eit auka hjelpebehov og også behov for rehabilitering. Psykiske lidningar er eit aukande problem. Rusmisbruk kan

Luster kommune – plan for rehabilitering

føre til påfølgjande seinskader. Mange har læringsvanskar, også i kombinasjon med sosiale og ådferdsmessige problemstillingar. Desse faktorane vil kunne føre til auka behov for rehabilitering for fleire grupper i kommunane framover.

Diagnose i seg sjølv seier ofte lite om behov for rehabilitering. Behovet for rehabilitering tek utgangspunkt i individuelle mål og behov, ikkje i sjukdomsgrupper.

Her i kommunen har me fleire brukarar med samansette behov og ulike problemstillingar. Dei har diagnoser som: MS, hjerneslag, reumatiske lidningar, demens, psykiatri, KOLS, ulike hjarteplager med fleire. Me veit også at kommunen per i dag har fleire born med samansette behov. Det vert også rapportert om aukande grad av samansette saker med problemstillingar av psykisk, sosial og fysisk karakter.

I bustadsosial handlingsplan er det signalisert behov for avlastningsbustader. Slik me ser det er behovet for slike bustader stort. Særleg i høve til born er det signalisert behov for bustader med tilgang på kvalifisert personale for avlastning og støtte til foreldre. Dette kan vere til nytte for heile familien og hjelpeapparatet på sikt. Det er også ønskjeleg å ha tilgang til ein overgangsbustad for personar som har behov ein tilrettelagd bustad, i påvente av t.d. å tilpasse eigen bustad.

Samansette behov med sosiale problem og rus kan også gi behov for spesielle bustader.

Det vil vere tenleg med ei eiga rehabiliteringsavdeling/eigne rehabiliteringsplassar på omsorgssenter for vaksne brukarar som ikkje kan bu heime. Dette fordi rehabilitering krev ein annan innsats og tilnærming frå personale enn Pleie og Omsorg. Det ville vere positivt å etablere eit tverrfagleg miljø med særskild kompetanse på rehabilitering.

Når ulike problemstillingar skal fordelast over eit folketal på knapt 4900, vert det sjølvsagt få av kvar diagnosegruppe/problemstilling. Det er difor ei stor utfordring å ha kompetanse til å gje alle desse eit best mogeleg tilbod.

5.8 ANDRE TILBOD FOR BRUKARAR

På kva område har kommunen særskilde tiltak:

- Kortidsopphald ved omsorgssenter /dagpasient
- ”Huset” (dagtilbod innan psykiatri)
- Støttekontakt
- Treningskontakt
- Ledsagarbevis
- Transporttilbod for funksjonshemma
- Tilrettelagd opplæring
- Borgarstyrt Personleg Assistent
- Hjelpemiddel
- Avlastningstiltak

6 MÅL MED PLANEN

- Arbeidet med rehabilitering skal vere heilskapeleg, koordinert og individuelt tilpassa.
- Lage eit system som samordnar regelverk med lokal organisering
- Etablere rutinar og praktiske løysingar innan kommunen, og i større grad forplikte og tydeleggjere ansvar for alle involverte (Tydeleggjere ansvarsfordeling og rollar)

- Definere/regulere arbeidet til koordinerende eining (organisering, ansvar osv.) og rehabiliteringskoordinator
- Definere/regulere arbeidet til ansvarsgrupper (organisering, ansvar osv.)
- Avklare ansvarstilhøve rundt Individuell Plan

- Peike på utfordringar og satsingsområde / munne ut i ein handlingsplan

7 ORGANISERING AV REHABILITERINGSTENESTA I LUSTER KOMMUNE - PRAKSIS OG RUTINAR

Arbeidsgruppa ønskjer ei koordinerende eining med ansvar for rehabilitering uavhengig av diagnose og alder. Denne bør vere samansett med representantar frå ulike einingar innan kommunen. Koordinerende eining bør vere leia av ein koordinator som i praksis er kommunen si adresse for tilmelding av rehabiliteringsbehov. Dette vil sikre ei adresse å henvende seg til som er tydeleg både for innbyggjarar og tilsette i kommunen, samt spesialisthelseteneste og andre aktuelle samarbeidspartnarar. Samstundes vil det vere positivt å kunne støtte seg på ei eining bestående av fleire personar i kompliserte saker. Tenesta vert også mindre sårbar ved fråver. Me tenkjer oss at koordinator kan overføre ansvar til ein anna person i koordinerende eining dersom dette er naturleg ut frå brukar sine behov. Det vil sei at det vert opna for ei viss grad av funksjonsfordeling innanfor eininga.

Hovudtrekk

- Behov for rehabilitering vert meldt til koordinator (t.d. frå brukar, kommunal eining eller spesialisthelseteneste).
- Koordinator, eventuelt i samråd med koordinerende eining tek stilling til behov for rehabilitering. Det kan vere nødvendig å gjennomføre ei kartlegging.
- Koordinator har ansvar for informasjon om ordninga med IP
- Det vert fatta enkeltvedtak på om tenestemottakar har rett på IP
- Koordinator tek kontakt med aktuelle fagpersonar
- Koordinator i samråd med tenestemottakar finn fram til ein personleg koordinator
- Personleg koordinator driv prosessen rundt den enkelte brukar, og melder tilbake til koordinator

7.1. MÅLGRUPPE

Rehabilitering gjeld alle brukarar som har behov for langvarige, samansette og koordinerte tiltak. Dette gjeld uavhengig av om det er somatiske, psykiske, sosiale eller t.d. eit rusproblem som gir behovet for rehabilitering.

Eit langvarig behov vil for enkelte kunne bety hjelp og oppfølging frå hjelpeapparatet gjennom store deler av livet. For andre vil oppfølging over månader vere nok. Dette vil vere avhengig av situasjonen.

Samansette og koordinerte tiltak inneber behov for tiltak frå tre instansar eller meir, gjerne innanfor ulike einingar.

7.2. KOORDINERANDE EINING FOR REHABILITERING/ SYSTEMKOORDINATOR

Luster kommune – plan for rehabilitering

Desse oppgåvene vert lagt til koordinerende eining

- Eit fast kontaktpunkt for brukarar og samarbeidspartnarar (ei adresse)
- Skal ha oversikt over behovet for rehabilitering i kommunen
- Fungere som ein lokal pådrivar i planlegging og utvikling
- Initiere og følgje opp lokale tiltak for kompetanseutvikling på tvers av faggrupper og sektorar (felles kunnskapsplattform)
- Etablere møteplassar for informasjon, kompetanseheving og samarbeid

- Ha ein overordna rolle i informasjon og opplæring i forhold til individuelle planar
- Skal ha ansvar for at det vert fatta vedtak om rett til IP
- Sikre at individuelle planar vert utarbeid og sett i verk
- I samarbeid med brukar finne fram til personleg koordinator (ansvarleg tenesteytar)
- Opplæring, vegleing og oppfølging av personlege koordinatorar
- Oversikt over ansvarsgrupper i kommunen

- Skal fremje tverrfagleg samarbeid
- Vere oppdatert på kva som skjer innan re-/habiliteringsfeltet lokalt, regionalt og nasjonalt
- Gi råd og vegleing

I tillegg til det direkte samarbeidet rundt enkeltbrukarar er det også viktig og hensiktsmessig med tverrfaglege møteplassar for samarbeid.

7.3 PERSONLEG KOORDINATOR

Forskrift om Individuell Plan (2005) skal sikra at det til ei kvar tid er ein tenesteytar som har hovudansvar for oppfølging av tenestemottakar.

Rolla er profesjonsnøytral. Det er ein fordel at koordinator har god oversikt over tenesteapparatet og kven han/ho kan henvise til. Koordinator bør også ha ein viss oversikt over kva ein person kan ha rett til av bistand. I utgangspunktet skal tenestemottakar velja fritt kven han/ho ønskjer som personleg koordinator. Det er naturleg at dette er ein tenesteytar som er direkte involvert og har mykje kontakt med brukar. Det er viktig at oppgåva vert fordelt på tilsette som jobbar innanfor ulike einingar for å sikre at ein tenesteytar ikkje får for mange personar å vere koordinator for. Systemkoordinator har høve til å påleggja ei eining koordineringsansvar i høve til ein bestemt tenestemottakar. Brukar kan også sjølv velje å vere eigen koordinator.

Personleg koordinator skal:

- I samråd med brukar og ev. ansvarsgruppe utarbeide ein Individuell Plan.
- Sikre god oppfølging av tenestemottakar og ei god framdrift i planprosessen
- Vere brukar sin medhjelpar og støttespelar
- Ved behov kontakte naudsynte etatar og tenester
- Stimulere til at tenestemottakar sjølv skal kunne spele ein aktiv rolle.
- I dei tilfelle der brukar har behov for ei ansvarsgruppe, skal personleg koordinator leie denne
- Kalle inn til og leie ansvarsgruppemøter
- Følgje rutinar for revisjon og evaluering av IP

Å vere personleg koordinator er ei utfordrande oppgåve. Det er viktig at oppgåva vert delt på fleire personar og einingar. Det skal utarbeidast rutinar og retningslinjer for arbeidet. Det er viktig å sikre opplæring og oppfølging av personlege koordinatorar. Det er naturleg å

utarbeide ei ”handbok” for personlege koordinatarar, for å gjere det lettare for tenesteytarar å ta på seg ei slik oppgåve. I tillegg har systemkoordinator og koordinerende eining eit ansvar for kursing og opplæring, samt leggje til rette for utveksling av erfaringar.

7.4 ANSVARSGRUPPE

Føremålet med å opprette ei ansvarsgruppe, er å samordne tiltak frå ulike yrkesgrupper og fagfelt, retta mot ein brukar. Ei ansvarsgruppe skal drøfte, planleggje og evaluere tiltak ut frå overordna målsetjingar og sikra at tiltak er tilpassa den einskilde brukar. Ei felles målsetjing, og då fortrinnsvis brukar sitt mål, må liggja til grunn. Ei ansvarsgruppe bør ikkje vere for stor, men samstundes sikre at tenestemottakaren sine behov vert ivaretatt.

Ansvarsgruppa kan vere aktiv i periodar med hyppige møter t.d. i overgangsfasar. Dersom ansvarsforhold er avklart kan det i periodar vere mindre behov for å møtast. Ei ansvarsgruppe er tidsavgrensa. Gruppa bør møtast minimum 1-2 gonger i året.

Koordinator for rehabilitering har ansvar for at det vert opprette ei ansvarsgruppe for tenestemottakar når behovet er til stades. Avgjerda vert teke i samråd med brukar/pårørande. Ansvarsgruppa skal ha ein hovudkontakt/personleg koordinator som også er leiar ansvarsgruppa. Medlemmane av ansvarsgruppa bidreg med dei tenester dei har mynde til å setje i verk i kraft av sin stilling. Ansvarsgruppe og tenestemottakar skal utarbeide individuell plan dersom tenestemottakar ønskjer og har rett på dette. Personleg koordinator har ansvaret for å utarbeide individuell plan.

Ansvarsgruppa bør vere samansett av faste personar som skal arbeide aktivt og ofte med tenestemottakar i framtida. Aktuelle medlemmar av gruppa kan vere fastlege, personale frå barnehage/skule/arbeidsplass, helsestasjon, konsulent for funksjonshemma, personale frå open omsorg, PPT, fysioterapeut med fleire. Det er også aktuelt med representantar frå spesialisthelseteneste eller statlege samarbeidspartnarar.

Tenestemottakar og ev. pårørande er faste deltakarar i gruppa. Ansvarsgruppa kan kalle inn andre aktørar ved behov.

Krev tenestemottakar tettare oppfølging kan det i ein periode oppnemnast ei arbeidsgruppe som koordinerer kortsiktige tenester og behov/arbeider med konkrete problemstillingar. Gruppa skal då bestå av aktuelle tenesteytarar. Personleg koordinator har også ansvar for koordinering av arbeidsgruppa. Ei ansvarsgruppe bør som hovudregel ikkje vere for stor. For meir opplysningar sjå retningslinjer for ansvarsgruppe.

7.5. INDIVIDUELL PLAN

Ordninga med Individuell Plan (IP) er eit verktøy og ein prosess. Den individuelle planlegginga skal sikre at nødvendig kartlegging vert gjort, og at det vert etablert eit samarbeid på tvers av sektorar, etatar og nivå –for at tenestemottakar skal få eit heilskapeleg tilbod. Uavhengig av om personen har nedsett funksjon av fysisk, psykisk, kognitiv, åtferdsmessig, sosial eller av samansett art, og uavhengig av alder kan personen ha rett på ein individuell plan. Retten er og uavhengig av kva type bistand ein person treng, så lenge vedkommande har behov for tenester frå fleire over ei viss tid. IP gjev ikkje større rett til tenester enn det som allereie følgjer av lovverket.

Ordninga består av:

- Ein ansvarleg tenesteytar, kalla personleg koordinator
- Ei kartlegging

Luster kommune – plan for rehabilitering

- Utarbeiding av eit plandokument (IP) i samarbeid på tvers av sektorar, etatar og einingar
- Evaluering og revidering av planen

I tillegg til ein IP kan det og finnast delplanar innanfor ulike fagområde/einingar. Til dømes kan ein individuell opplæringsplan (IOP) kan sjåast som ein delplan i forhold til ein samla, overordna individuell plan.

Det skal utarbeidast eit informasjonsskriv om IP i kommunen. Det skal fattast enkeltvedtak på om tenestemottakar har rett til IP. For nærmare beskriving og innhald sjå kap 2.3 om IP og retningslinjer IP.

7.6. UTFORDRINGAR

- Erfaringar frå tilsyn ved Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket tyder på at organiseringa av tenestene gjev kommunen utfordringar når det gjeld samhandling og samarbeid kring tenestemottakarar.
- Eit felles verdigrunnlag og felles ideologi for rehabilitering, og dermed felles forståing, haldningar og plattform for samarbeid
- Å etablerer felles system og rutinar for tverrfagleg og tverretatleg samarbeid, og sikre at desse vert følgd
- Utvikle tverrfagleg kompetanse
- Kommunikasjon
- Koordinering av tenester
- Kvalifisere personlege koordinatorar
- Utvikle gode samarbeidsrutinar med spesialisthelsetenesta
- Setje av tid til samarbeid. Vil oppnå gevinstar på lang sikt.
- Avklare ansvarstilhøve mellom ulike einingar (t.d i tilfelle der desse tenestene forvaltar same lovverk)
- Forankre arbeidet på leiarnivå
- Økonomi
- Mange brukarar med nye og samansette problemstillingar (til dømes ADHD)

8 KONKLUSJON

Hovudmålet er at kommunen har eit opplegg som er både organisasjonsmessig og fagleg forankra, slik at det vert ytt gode og heilskapelege tenester til menneske med behov for habilitering og rehabilitering.

Det må etablerast ein koordinerande eining med ansvarleg rehabiliteringskoordinator. Koordinator sitt mynde og mandat må avklarast. Rehabiliteringsarbeidet må vere forankra på leiarnivå, og det er aktuelt å opprette ei fast referansegruppe blant einingsleiarane.

Koordinerande eining bør bestå av fleire fagpersonar frå ulike einingar innan i kommunen. Gruppa må utarbeide gode samarbeidsrutinar både innad og med andre einingar.

Samarbeid mellom ulike einingar/tenester i kommunen og aktuelle samarbeidsfora bør kartleggjast nærmare. Det blir viktig å etablere kultur og rutinar for samarbeid.

Luster kommune – plan for rehabilitering

Eit vesentleg grunnlag for å få til eit forplikande samarbeid både på systemnivå og individnivå innan rehabilitering er felles forståing og verdigrunnlag på tvers av fagområde og forvaltningsnivå. Det vert difor viktig å få etablert system som ivaretek generell opplæring og haldningsarbeid overfor alle aktuelle aktørar og samarbeidspartar. Rehabilitering er ei oppgåve der dei fleste einingar kan bli involvert, og koordinerande eining må også ha noko grad av mynde for å få arbeidet rundt ein brukar til å fungere.

Koordinerande eining bør sjå på samarbeid med andre aktørar (t.d. spesialtisthelseteneste, trygdeetaten), og etablere gode rutinar for samarbeid.

Det må leggjast til rette for brukarmedverknad både på systemnivå og individnivå. Verktøyet Individuell plan må gjerast betre kjent i organisasjonen. IP skal vere eit verktøy for samhandling og sikre brukarmedverknad. Helse Førde har laga ein mal som skal nyttast i kommunen. Det må også utarbeidast gode felles rutinar og verktøy som skal brukast i heile organisasjonen. Koordinerande eining må ha mynde til å gi einingar ansvar for å ivareta rolla som personleg koordinator der det er naturleg.

Koordinerande eining skal fatte vedtak på om tenestemottakar har rett til individuell plan. Det er også naturleg å sjå på rutinar for lagring og oppbevaring av IP.

9 HANDLINGSPLAN

Koordinerande eining skal bestå av ergoterapeut, konsulent for funksjonshemma og sjefsfysioterapeut.

Funksjonen som rehabiliteringskoordinator vert tillagt sjefsfysioterapeut. Oppgåva skal løysast innanfor eksisterande stillingsheimel.

Brukarmedverknad på systemnivå skal sikrast gjennom kontakt med brukarorganisasjonar og kommunale råd.

Brukarmedverknad på individnivå skal sikrast gjennom systematisk arbeid med IP, ansvarsgrupper og bruk av personleg koordinator.

Koordinerande eining skal arbeide for felles forståing, verdigrunnlag og haldningar angående rehabilitering i organisasjonen. Arbeidet må vere forankra på leiarnivå.

Det skal vere fokus på tverrfagleg samarbeid og samarbeid mellom einingar. Dette gjeld direkte samarbeid rundt enkeltbrukarar, men også på systemnivå. Blant anna gjennom å utarbeide felles rutinar for arbeidet med IP og ansvarsgrupper.

Koordinerande eining skal arbeide for å involvere alle einingar i organisasjonen. Særleg viktig vil områda oppvekst, pleie- og omsorg, sosial og helse vere.

Koordinerande eining har ansvar for vidare arbeid med å utvikle system og rutinar for rehabiliteringsarbeidet.

Det skal utarbeidast:

- Informasjon som gjev ei god oversikt over korleis rehabiliteringsarbeidet er organisert i kommunen (Internett, papir)
- Informasjon om IP

- Stillingsbeskrivelse systemkoordinator (mynde og arbeidsoppgåver)
- Stillingsbeskrivelse personleg koordinator

Luster kommune – plan for rehabilitering

- Retningslinjer IP
- Retningslinjer ansvarsgruppe

- Opplæringsplan for personlege koordinatar
- Vegleiingshefte/kurs for personlege koordinatar

- Skjema for: Tilmelding av rehabiliteringsbehov
Informert samtykke

- Standard for enkeltvedtak gjeldande IP

LITTERATUR

- Bredland, Ebba (2002): Det handler om verdighet
- Elster; Ellen (2001): Eldre og medvirkning. Også eldre har sko som trykker
- Moen, Berit Hilde (SKUR-rapport nr. 5/2004): ”Færrest mulig kontordører å gå gjennom...”
- Normann, Trine, Sandvin, Johans Tveit og Thommesen, Hanne (2003): Om rehabilitering. Mot en helhetlig og felles forståelse
- Normann, Trine, Sandvin, Johans Tveit og Thommesen (20): Individuell plan
- Wekre, Lena Lande, Vardeberg, Kjersti (2004): Lærebok i rehabilitering

- Helhetlig rehabiliteringsplan Trondheim kommune 2006
- Helhetlig plan for rehabilitering Sarpsborg kommune 2003 - 2006
- Rehabiliteringsplan Vestre Toten kommune 2005 - 2008
- Rehabiliteringsplan, høyringsutkast Årdal kommune 2006

Offentlege publikasjonar:

- Utkast til Nasjonal plan for rehabilitering 2005, Mestring og medvirkning. Nasjonal strategi for styrking av helsetjenestens rolle i individuelle rehabiliteringsprosesser
- ...OG BEDRE SKAL DET BLI! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005) (IS-1162)
- Individuell plan 2005. Veileder til forskrift om individuell plan (IS-1253)
- NOU 2005: 8 Likeverd og tilgjengelighet. Rettslig vern mot diskriminering på grunnlag av nedsatt funksjonsevne. Bedret tilgjengelighet for alle.
- NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste
- NOU 2001:22: Fra bruker til borger
- Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008
- Strategiplan for familier med barn som har nedsatt funksjonsevne (2005)
- Strategiplan – Habilitering av barn (2004) Helsetjenestetilbud til barn med nedsatt funksjonsevne og kronisk syke barn, og deres foreldre – organisering og utvikling
- Regjeringens handlingsplan for økt tilgjengelighet for personer med nedsatt funksjonsevne (2004) Plan for universell utforming innen viktige samfunnsområder. T-1440,
- St.meld. nr. 40 (2002-2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer
- St.meld. nr. 21 (1998-99): Ansvar og mestring - Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk.
- St.meld. nr. 8 (1998-99) Om handlingsplan for funksjonshemma 1998-2001 Deltaking og likestilling
- FN's Standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemming (I-0802/B)
- Universell utforming over alt! Artikkelsamling frå Sosial og Helsedirektoratet (IS-1141)

Lover og forskrifter:

- Lov om helsetjenesten i kommunene

Luster kommune – plan for rehabilitering

- Lov om helsepersonell
- Lov om pasientrettigheter
- Lov om grunnskolen og vidaregåande opplæring (Opplæringslova)
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- Lov om sosiale tjenester
- Lov om spesialisthelsetjenesten
- Lov om folketrygd
- Forvaltningsloven
- Forskrift om habilitering og rehabilitering
- Forskrift om individuell plan
- Forskrift om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene
- Lover om generell planlegging

Vedlegg 1

SPØRSMÅL OM REHABILITERING

I Luster kommune har me ein rehabiliteringsplan som skal reviderast. I den samanheng ønskjer me innspel frå så mange som mogeleg.

Forskrift om re/-habilitering er heimla i helselovgiving, men det vert understreka at dette er ei oppgåve på tvers av einingane. Hovudmålsetjinga med rehabilitering er deltaking og meistring. Dette omfattar deltaking på alle arener i samfunnet som personen det gjeld finn viktig. Rehabilitering handlar både om å endre individet sine føresetnader for å fungere, og å kompensere for funksjonstap ved tilrettelegging og tekniske tiltak. Det er ønskeleg å oppnå deltaking og likestilling på område som tilgjenge, utdanning, arbeid, økonomisk og sosial tryggleik, familieliv og personleg integritet, kultur, fritids- og idrettsaktivitetar, religion m.m.

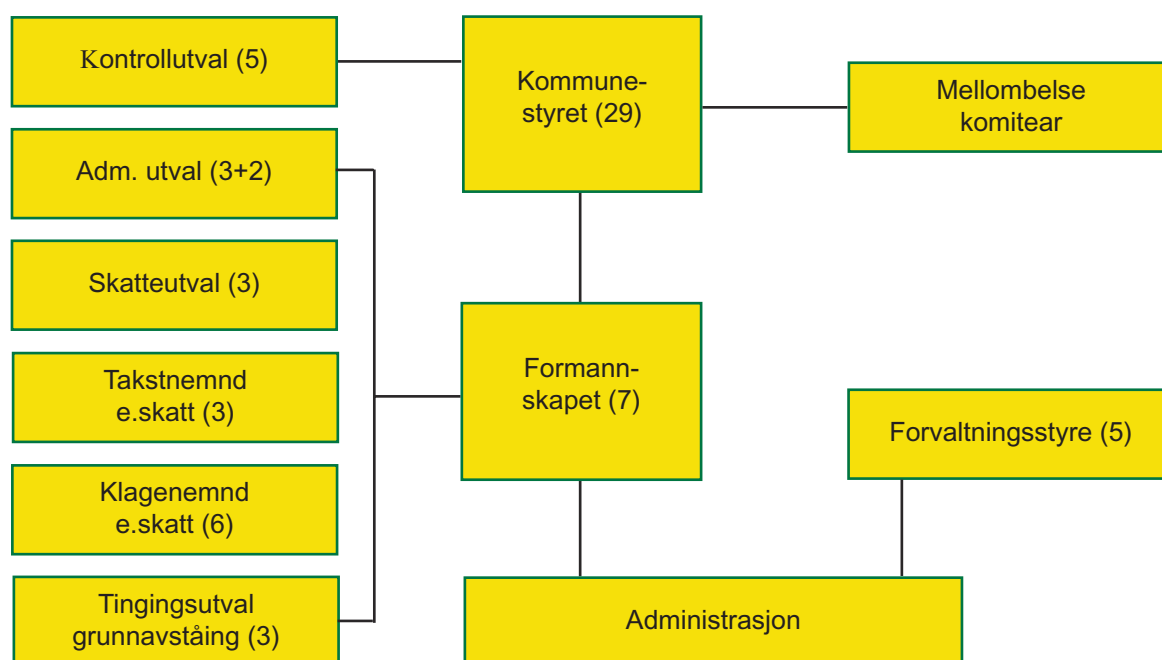
Det er ikkje sikkert du kan svare på alle spørsmåla under, men svar på dei du kan og kom gjerne med utfyllande kommentarer og anna du måtte ønskje å formidle.

- Er re/-habilitering eit begrep som angår deg og ditt fagområde?
- Kva arenaer for tverrfagleg samarbeid har du kjennskap til (samarbeidsmøte, team m.m.)?
- Er du kjend med begrepet ansvarsgruppe?
Ev. kor mange deltek du i?
- Kjenner du til begrepet Individuell plan?
Ev. kor mange planar kjenner du til i kommunen?
- Opplever du eller nokon du kjenner hindringar for deltaking (t.d. på ulike arrangement, tilgang til offentlege bygningar osv.)?

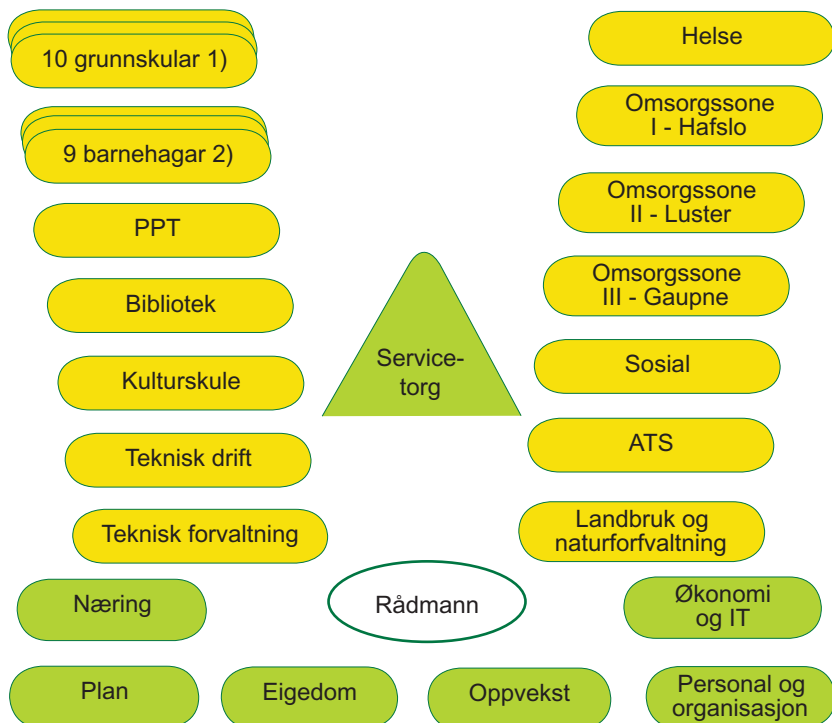
På førehand takk!

Med venleg helsing
Arbeidsgruppa for revisjon av rehabiliteringsplan

Politisk organisasjonsmodell



Innbyggjarar og tenestemottakarar



Administrativ organisasjonsmodell

Gul = Tenesteeiningar. Desse yter primært tenester til innbyggjarane i kommunen.
Grøn = Stabseiningar. Desse bistår rådmannen i hans arbeid, dels utad, dels i høve tenesteeiningane og dels i høve kommunen sine politiske organ.

Rådmannen har - på stabsnivået - peika ut "kontaktpersonar" for samtlige tenesteeiningar.

1) Kommunen har 10 skular og alle rektorane rapporterer til rådmannen (kontaktperson). Skulane er: **Bolstad skule, Dale skule, Fortun skule, Gaupne skule, Hafslo barne- og ungdomsskul Jostedal skule, Livdtun skule, Luster ungdomsskule, Solvorn skule, Veitastond skule.**

2) Kommunen har 9 barnehagar og alle styrarane rapporterer til rådmannen (kontaktperson). Barnehagane er: **Bolstad barnehage, Gamlestova barnehage, Gaupne barnehage, Grandmo barnehage, Hafslo barnehage, Indre Hafslo barnehage, Jostedal barnehage, Luster barnehage, Solvorn barnehage.**