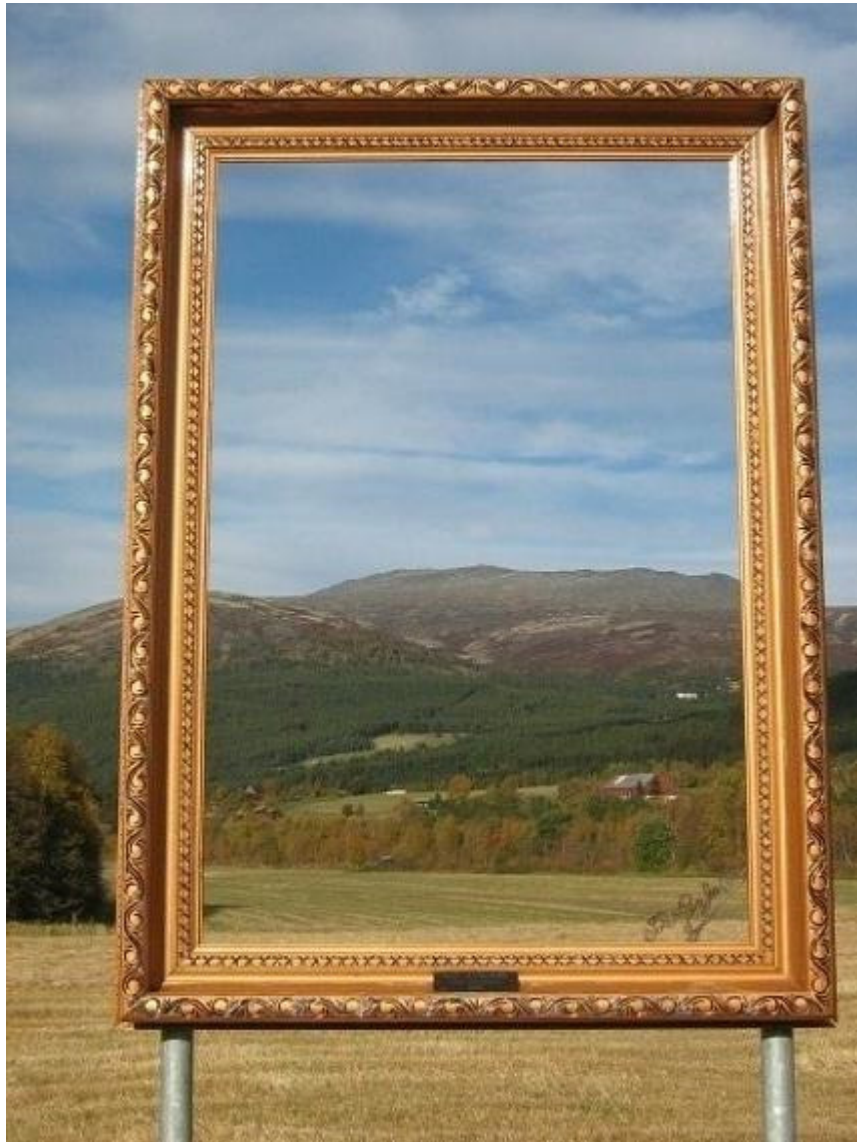


**Der det vanskelige er en bagatel,  
og det umulige en utfordring**



Bilde: Gunhild Ledang

## **ReHabiliteringsplan for Alvdal kommune 2015 – 2019**

## Forord

Rådmannen i Alvdal kommune ga våren 2007 et mandat til ledere innen forskjellige enheter å utarbeide en rehabiliteringsplan i tråd med gjeldende forskrifter og reglement. Februar 2008 var Rehabiliteringsplanen ferdig behandlet og godkjent i kommunestyret. Etter 4 år var det nå på tide å evaluere rehabiliteringsarbeidet så langt og revidere planen. Det har også kommet en del endringer i lovverket som en følge av samhandlingsreformen, med virkning fra 01.01.12. Koordinerende enhet (tidligere rehabiliteringsteamet) har jobbet med revideringen av planen, med spesielt fokus på nytt lovverk og tydeliggjøring av arbeidet i fht. individuell plan, personlig koordinator og ansvarsgrupper.

Planen sendes til høring hos kommunalt råd for funksjonshemmede, elderrådet, brukerorganisasjoner, brukerråd for psykisk helse, helseopplysningsutvalget, kommunens 11 enhetsledere, samt til de berørte hovedtillitsvalgte.

Vedtatt første gang i kommunestyret 24.04.08.

### **Evaluering av planen.**

Planen evalueres og justeres hvert fjerde år, neste gang i 1.kvartal i 2019.

Handlingsplan for ReHabilitering er tatt ut av ReHabiliteringsplanen, da denne evalueres av Koordinerende enhet 1 gang i året, og legges fram for kommunestyret i forbindelse med økonomiplanen. Kommunestyret holdes løpende orientert.



In solidum  
En for alle – alle for en

Alvdal, 04.07.16

For Koordinerende enhet

Gunhild Ledang, Rehabiliteringskonsulent/ergoterapeut.

Koordinator for ReHabilitering

Tlf. 62 48 94 26, Mobil. 95813140

E-post: [gunhild.ledang@alvdal.kommune.no](mailto:gunhild.ledang@alvdal.kommune.no)

# INNHOLDSFORTEGNELSE

INNHOLDSFORTEGNELSE .....	3
1.0 INNLEDNING .....	4
1.1 Bakgrunn for planarbeidet.....	4
1.2 Forhold til andre kommunale planer .....	5
1.3 Definisjoner og begreper .....	5
1.3.1 Habilitering og rehabilitering .....	6
1.3.2 Hverdagsrehabilitering .....	6
1.3.3 Funksjonshemming .....	8
1.3.4 Tverrfaglig samarbeid .....	8
1.3.5 Brukermedvirkning .....	8
1.3.6 Avgrensning mot andre deler av kommunale helsetjenester.....	9
2.0 SENTRALE LOVER OG RETNINGSLINJER .....	10
2.1 Samhandlingsreformen.....	10
2.2 Lov om folkehelse (FH-loven).....	11
2.3 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.....	11
2.4 Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.....	12
2.5 Opplæringsloven .....	12
2.6. Rammeplan for Barnehagen.....	12
2.7 Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.....	12
2.8 Universell utforming .....	13
2.9 Andre sentrale dokumenter .....	14
3.0 MÅLSETTING FOR REHABILITERING .....	14
4.0 AKTUELLE MÅLGRUPPER .....	15
5.0 ANSVAR OG OPPGAVER.....	16
5.1 Kommunens ansvar, 1.linjetjenesten.....	16
5.2 Det regionale og nasjonale helseforetakets ansvar.....	16
5.3 Kommunale og interkommunale samarbeidsfora .....	17
5.3.1 Barne- og ungdomsteam (BUT).....	17
5.3.2 NØRF .....	17
5.3.3 Ambulant eller poliklinisk aktivitet ved sykehuset Innlandet. ....	18
6.0 ORGANISERING AV REHABILITERINGSARBEIDET I ALVDAL KOMMUNE.....	19
6.1 Aktører/tiltak i ReHabilitering i Alvdal kommune .....	19
6.2 Organisasjonskart for ReHabilitering i Alvdal kommune.....	20
6.2.1 Råd for likestilling for funksjonshemmede .....	21
6.2.2 Koordinator for rehabilitering .....	21
6.2.3 Koordinerende enhet .....	21
6.2.4 Individuell plan .....	22
6.2.5 Ansvarsgruppe.....	23
6.2.6 Personlig koordinator .....	23
6.3 Pågående rehabiliteringsprosesser i kommunen .....	24
6.4 GANGEN I REHABILITERING .....	24
7.0. TIDSPLAN.....	26
LITTERATURLISTE .....	27

Vedlegg:

Henvisingsskjema

Samtykkeerklæring

”Smørbrødlister” (hjelpelister for informasjon til bruker)

# 1.0 INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn for planarbeidet

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 01.01.12 pålegger alle kommuner å tilby følgende:

### § 3-2 Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

Kommunens helse- og omsorgstjeneste skal omfatte følgende oppgaver:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
  - a. helsetjeneste i skoler og
  - b. helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
  - a. legevakt,
  - b. heldøgns medisinsk akuttberedskap og
  - c. medisinsk nødmeldetjeneste
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
  - a. helsetjenester i hjemmet,
  - b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt,
  - c. plass i institusjon, herunder sykehjem og
  - d. avlastningstiltak.

Rehabilitering skal favne alle innen kommunen fra fødsel til livets slutt. En betydelig del av befolkningen har en eller flere varige reduserte funksjonsevner på enkelte områder. Disse kan være medfødte, som følge av sykdom og skade eller av den naturlige aldringsprosessen. (I snitt vil en nordmann være funksjonshemmet i 14 år av livsløpet, de fleste p.g.a. aldring.)

Habilitering og rehabilitering handler om et menneskes rett til deltakelse i samfunnet på tross av funksjonshemming. Dette er ikke synonymt med opptrening hos ergoterapeut, fysioterapeut eller andre enkelttiltak. Habilitering/rehabilitering kan være både en prosess hos brukeren og en tilrettelegging/tilpassing av nærmiljøet.

Spennvidden innenfor mulige aktører er stort, f.eks. helse-, omsorgs-, psykiatri-, barneverns-, ergoterapi-, og fysioterapitjenesten, skole/barnehage/voksenopplæring, logoped, kultur, teknisk avdeling, NAV (tidligere aetat, trygdeetat og sosialkontor), transportvesen, frivillige organisasjoner, likemenn.

Rådmannen i Alvdal kommune ga våren 2007 et mandat til ledere innen forskjellige enheter å utarbeide en rehabiliteringsplan i tråd med gjeldende forskrifter og reglement. Februar 2008 var Rehabiliteringsplanen ferdig behandlet og godkjent i kommunestyret. Etter 4 år var det nå på tide å evaluere rehabiliteringsarbeidet så langt og revidere planen. Det har også kommet en

del endringer i lovverket som en følge av samhandlingsreformen, med virkning fra 01.01.12. Koordinerende enhet (tidligere rehabiliteringsteam) har jobbet med revideringen av planen, med spesielt fokus på nytt lovverk og tydeliggjøring av arbeidet i fht. individuell plan, personlig koordinator og ansvarsgrupper.

Alvdal kommune er en liten og oversiktlig kommune, og det er etterhvert blitt utviklet et godt samarbeid på tvers av enhetene. Men det er stadig rom for forbedringer på dette feltet. Bl.a. må det settes i system og være forpliktende for alle parter. Rehabiliteringsplanen vil være et godt verktøy til dette.

Det er behov for, og forventes av myndighetene, at habilitering/rehabiliteringsvirksomhet på kommunalt nivå skal synliggjøres. Brukere skal kunne vite hvor en skal henvende seg ved forespørsel, og andre instanser skal ha en fast ”adresse” å forholde seg til. Det skal finnes en koordinerende enhet for virksomheten.

Utfordringene innenfor området er store. Det trengs en felles grunnforståelse. Man må avklare roller og ansvar og få på plass klare og formelle samarbeidsrutiner mellom alle aktuelle aktører. Det må arbeides med felles metoder, prosedyrer og dokumentasjonsverktøy knyttet til bl.a. individuell plan. I dette arbeidet trenger vi personlige koordinatører, som er en kommunalt ansatt som er blitt utpekt til å ha et spesielt ansvar for en person som trenger rehabilitering. Kommunen må også få i stand jevnlig opplæring av personlige koordinatører, samt veiledning og oppfølging av disse.

Det kreves tilrettelegging for at brukere(-organisasjoner) skal ha medvirkning både i planer på systemnivå og i egne individuelle planer.

## **1.2 Forhold til andre kommunale planer**

Planen for re-/habilitering skal beskrive kommunens prioriteringer og framtidig utvikling av habiliterings-/rehabiliteringsvirksomheten. For å sikre en tverrsektoriell analyse og tiltaksplan, og lettere se sammenhenger mellom nærliggende tiltaksområder, f. eks. mellom psykisk helsevern og rehabilitering, anbefaler departementet at en innarbeider planen som del av den generelle kommuneplanen. Innlemming i kommuneplanen vil også gjøre planleggingen forpliktende ved at den knyttes til økonomiplan og langtidsbudsjettering.

## **1.3 Definisjoner og begreper**

Rehabilitering handler om:

⇒ **enkeltmennesket:**

Mennesker er i utgangspunktet forskjellige, de befinner seg i forskjellige situasjoner og har ulike mål for sine liv. Bistanden vil av den grunn bli forskjellig fra person til person og den som har behov for bistand er hovedaktøren.

⇒ **å kunne delta:**

En skal få bistand til å delta i samfunnet på egne premisser.

⇒ **å realisere individuelle mål:**

Rehabilitering har ikke ett bestemt innhold og heller ikke noen institusjonelle grenser. Rehabilitering er ikke noe som foregår på bestemte steder eller utføres av et

bestemt personale, men må i prinsippet defineres på nytt for hver enkelt person. Dette gjelder enten personen er barn eller voksen, har en medfødt, tidlig eller sent ervervet funksjonsnedsettelse.

⇒ **å bygge broer**

Dette handler om å finne smidige overganger mellom ulike livsfaser, og om å gjenvinne kontrollen over eget liv.

⇒ **tidsavgrensede prosesser:**

Det bør settes klare og realistiske tidsrammer, slik at det kan evalueres i forhold til de mål som er satt, og at evaluering må foretas for eventuelt å justere tid og mål.

⇒ **samarbeid og koordinering:**

Rehabilitering er en samarbeidsprosess mellom brukeren og ulike bistandsyttere. Kommunens ansvar er å koordinere og i verksette tiltak, mens brukeren selv skal ha innflytelse på hvem som skal utføre tiltakene.

(Normann, Sandvin og Thommesen s.26-35, 2003)

### 1.3.1 Habilitering og rehabilitering

Habilitering betegner stimulering, opptrening og erverving av ferdigheter som ikke tidligere har vært til stede, f.eks. språk og gangfunksjon. Habilitering brukes således om den delen av rehabiliteringsfeltet som forholder seg til barn og psykisk utviklingshemmede (Conradi og Rand-Hendriksen 2004).

Rehabilitering er å bistå personer med fysisk eller psykisk nedsatt funksjonsevne til i størst mulig utstrekning å gjenvinne denne, og omhandler det å gjenvinne en tapt funksjon etter en ervervet skade. Hvis den nedsatte funksjonsevnen medfødt, brukes ordet habilitering.

I denne plan legges definisjonen i Forskrift om habilitering og rehabilitering til grunn:

***”Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.”***

I forskriften likestilles habiliterings- og rehabiliteringsprosessene, og i tråd med dette, brukes heretter ordet ReHabilitering som et samlebegrep i denne planen.

### 1.3.2 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er forebygging og rehabilitering mens den det gjelder bor hjemme. Hverdagsrehabilitering starter med spørsmålet: «Hva er viktige aktiviteter for deg nå?» Hverdagsrehabilitering er en arbeidsform forankret i hjemmetjenesten.

I hverdagsrehabilitering er innsatsen tverrfaglig. Ergoterapeuter og fysioterapeuter, samt sykepleiere med rehabiliteringskompetanse, er faglige pådrivere som kartlegger systematisk og setter opp mål i samarbeid med bruker. Treningen blir gjennomført av hjemmetrenerne i

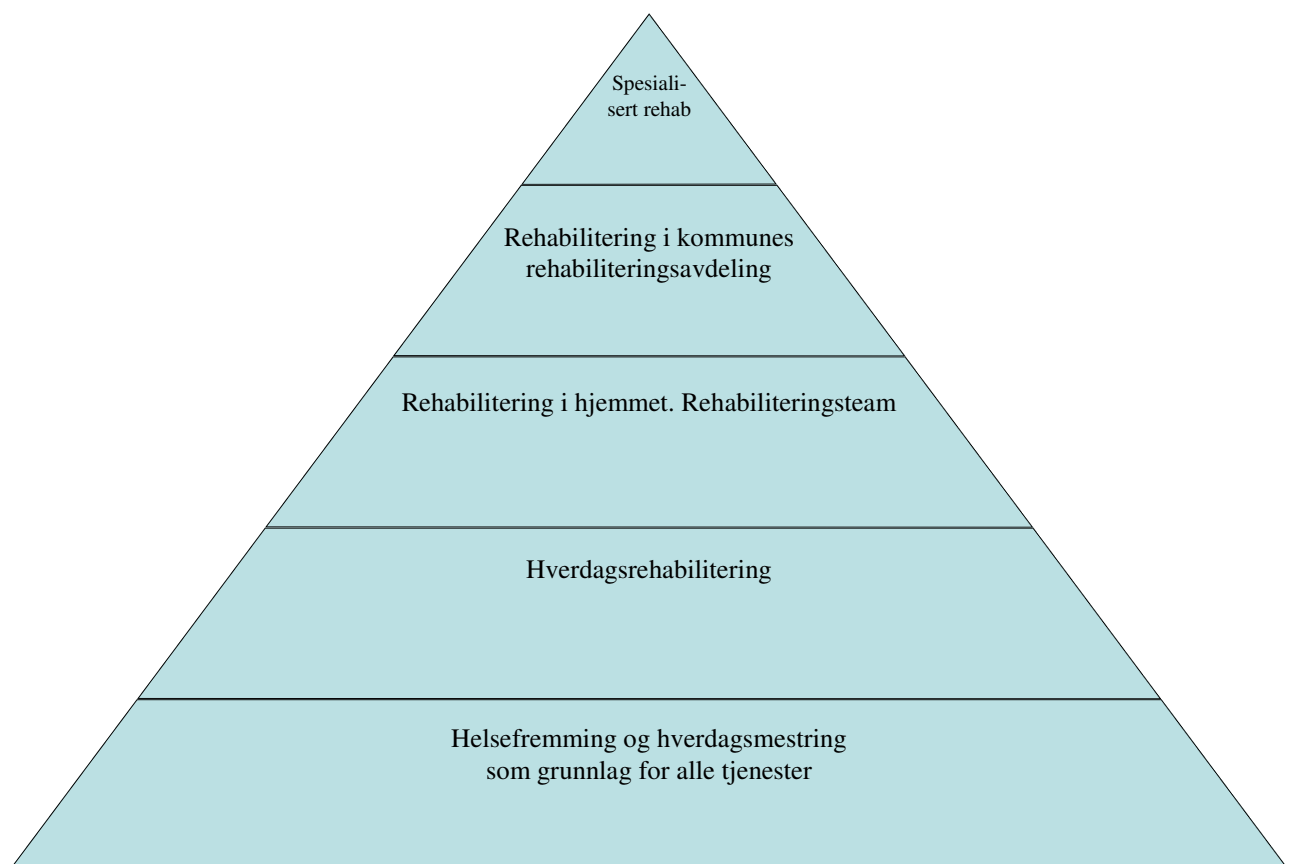
hjemmesykepleien under veiledning av ergo- eller fysioterapeut eller sykepleier. Treningen foregår i brukers hjem eller nærmiljø og det benyttes vanlige hverdagsaktiviteter.

Hverdagsrehabilitering er basert på en intensiv innsats i oppstarten, og gradvis avvikling etter som aktivitetsfunksjonen bedres. For å sikre kontinuitet etableres det et team rundt hver enkelt bruker. Det er fokus på forebygging, og brukergruppene er i hovedsak brukere som ber om tjenester for første gang, som har et funksjonsfall, eller som ber om hjelpemidler. Hensikten er at de skal gjenvinne og beholde sitt funksjonsnivå slik at de fortsatt kan bo hjemme og være aktiv i eget liv. (Hole og Hurum, 2014)

#### Målgruppe:

Hverdagsrehabilitering passer for hjemmeboende eldre som har fått problemer med å ivareta daglige aktiviteter de nylig har mestret på grunn av en funksjonsendring.

### **Rehabiliteringspyramiden**



- **Spesialisert rehabilitering;** Brukere med behov for spesialisert rehabilitering i sykehus eller rehabiliteringssenter. F.eks. etter akutte skader/ sykdommer
- **Rehabilitering i kommunens rehabiliteringsavdeling;** Brukere med behov for rehabiliteringstjenester der dette ikke kan ivaretas i hjemmet. F.eks. stort hjelpebehov, behov for høy intensitet, medisinske komplikasjoner
- **Rehabilitering i hjemmet. Rehabiliteringsteam;** Brukere med behov for spesifikk tverrfaglig rehabilitering
- **Hverdagsrehabilitering;**

- Nye brukere i hjemmetjenesten
- Brukere med endret funksjon
- Brukere utskrevet fra sykehus
- **Helsefremming og hverdagsmestring som grunnlag for alle tjenester;**  
Alle brukere / mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester

Pyramiden skal skissere forholdet mellom antall brukere og hvilke rehabiliteringstjenester som benyttes.

### 1.3.3 Funksjonshemming

”Kjernen i det å være funksjonshemmet er å bli satt utenfor deltakelse i livssammenhenger som oppfattes viktige i det samfunn en lever (Ivar Lie 1996). I hovedsak dreier det seg om de som får sin praktiske livsførsel vesentlig begrenset på grunn av gapet eller misforholdet mellom personens nedsatte funksjonsevne og miljøets/samfunnets krav.” (NOU 2001)

### 1.3.4 Tverrfaglig samarbeid

Siden rehabilitering er en sammensatt og helhetlig prosess, er det umulig å se helheten fra ett ståsted. Tverrfaglig samarbeid er en form for teamarbeid som tilstreber en helhetlig tilnærming for å nå felles mål. Dette kan best skje ved en fleksibel samordning av ulike type kompetanse. Kvaliteten forventes å bli bedre enn om hver og én løste hver sin del av oppgaven hver for seg. Felles mål og oppgavens art kan kreve at man går på tvers av vanlige yrkesroller og kompetansesegrener ved fordeling av arbeid. (Bredland, Linge og Vik 2002)

### 1.3.5 Brukermedvirkning *(beskrevet i ”Sammen om mestring” og ”Forskrift om habilitering og rehabilitering”)*.

Pasienter og brukere har rett til å medvirke og tjenestene har plikt til å involvere pasient og bruker i undersøkelse, behandling og valg av tjenestetilbud. Reell brukermedvirkning innebærer at den som berøres av en beslutning, eller er bruker av tjenester, deltar i beslutningsprosesser på like vilkår, slik at brukerens ulike oppfatninger, erfaringer, ønsker og behov kommer til uttrykk og legges til grunn for beslutninger og utforming av behandling og tjenestetilbud. Brukermedvirkning forutsetter at tjenestene oppfyller brukerens rett til nødvendig informasjon.

Brukermedvirkning er et egnet virkemiddel til å sikre at brukere likebehandles. Målet er ikke å yte like tilbud, men et likeverdig og forsvarlig tilbud av god kvalitet tilpasset brukerens behov og ønsker. Et likeverdig tilbud forutsetter at tjenesteapparatet har kjennskap til, verdsetter og anvender brukerens kunnskap i utformingen av tjenestetilbudet.

Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem.

#### Individnivå:

Det er en forutsetning at bruker selv er delaktig i og medvirker ved sin egen ReHabiliteringsprosess. Når bruker ikke er i stand til å representere seg selv, f.eks. på grunn av lav alder, kognitiv svikt (for eksempel hukommelsessvikt), sterke utviklingshemninger, språklige hindringer eller alvorlig psykisk sykdom, kan pårørende, hjelpeverge eller verge tale



brukers sak. Det må innhentes samtykke fra bruker, så fremt bruker ikke er umyndiggjort eller er under 18 år.

Det er kommunens ansvar å sørge for at brukermedvirkning kan gjennomføres og her beskrives noen enkle retningslinjer:

- ⇒ Bruker skal selv bestemme over egen deltakelse
- ⇒ Opprette ansvarsgrupper hvor bruker er den mest sentrale aktøren,
- ⇒ Sørge for god informasjon til bruker
- ⇒ Gi bruker god tid til å sette ned egne mål
- ⇒ Utarbeide individuell plan (de som har behov for langvarige, sammensatte og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan, jf. Pasientrettighetsloven § 2-5 med utfyllende regler i "Forskrift om individuelle planer"). Det forutsettes at brukeren skal samtykke til utarbeidelse av en slik plan.

Alvdal kommunens menneskesyn i tjenestesammenheng uttrykkes på følgende måte:

- ⇒ Brukerne har en iboende vilje til å klare seg selv
- ⇒ Brukerne tar ansvar for eget liv og vil være herre i eget hus - enten "huset" er i eget hjem, i omsorgsbolig eller på sjukeheimen
- ⇒ Brukerne har behov for trygghet for at hjelp blir gitt i situasjoner de selv ikke klarer
- ⇒ Brukerne tar ansvar for hverandre og har glede av fellesskapet
- ⇒ Hver bruker er unik
- ⇒ Pårørende har et ønske om å bidra til en best mulig omsorgssituasjon for brukerne

Alvdal kommunes menneskesyn innebærer at alle, uansett funksjonsnivå, har et ønske om å klare seg selv og styre sitt eget liv. Det innebærer også en tro på at nære slektninger vil bidra til å "skape det gode liv" for sine.

#### Systemnivå:

Representanter for brukeren i råd og utvalg skal inkluderes i alt arbeid i en kommune og fylkeskommune, som angår planlegging av virksomheten. Involveringen bør skje på et så tidlig tidspunkt som mulig.

### **1.3.6 Avgrensning mot andre deler av kommunale helsetjenester**

Lov om helsetjenesten i kommunen pålegger kommunen fire hovedoppgaver:

Forebyggende og helsefremmende arbeid	Behandling/diagnose	Habilitering/rehabilitering	Pleie og omsorg
---------------------------------------	---------------------	-----------------------------	-----------------

Det kan være vanskelig å klart avgrense tjenestene.

I St. melding nr. 21 Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk står det: Om forholdet til behandling:

*"Medisinsk diagnose, prognose og behandling vil ofte vere viktige føresetnader for rehabiliteringsprosessen.....rehabilitering vil ikkje seie "gjere frisk", men å hjelpe den det gjeld til å meistre funksjonsproblema sine med tanke på aktivitet og deltaking."*

Om forholdet til pleie og omsorg:

*”Definisjonen avgrensar også mot ordinær pleie- og omsorgsverksemd, mellom anna gjennom målsetjingane og fokus på eiga styring og eigeninnsats. Sjølv om ein rehabiliteringsprosess kan ta lang tid, er det tenlig å sjå på rehabilitering som tidsavgrensa prosessar, som kan takast opp att for same brukar, til skildnad frå ein meir varig pleie- og omsorgssituasjon.”*

## **2.0 SENTRALE LOVER OG RETNINGSLINJER**

Rettigheter og plikter om habilitering- og rehabiliteringsvirksomhet er i hovedsak hjemlet i **helselovgivningen**, men det sier seg selv at helhetlig ReHabilitering må involvere tjenesteytelse i forhold til alle livets arenaer og dermed også gjenspeiles i lover og retningslinjer for alle kommunale enheter.

### **2.1 Samhandlingsreformen**

Samhandlingsreformen er styrende for rehabiliteringsarbeidet. Fra 01.01.12 trådte nye lover og forskrifter i kraft på bakgrunn av innføring av samhandlingsreformen, og noen av de gamle lovene ble endret. Dette har innvirkning for rehabilitering/habilitering i kommunen.

Følgende helselover gjelder fra 01.01.12:

- Lov om kommunale helse og omsorgstjenester (HO-loven), (tidligere kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven)
- Lov om folkehelse (FH-loven)

Følgende forskrift er delvis ny og er den viktigste for rehabiliteringsarbeidet:

1. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Samhandlingsreformens hovedmål er å gi helsetjenesten en ny retning ved at forebyggende- og helsefremmende arbeid skal vies større oppmerksomhet. Tidlig innsats skal lønne seg. Flere av helsetjenestene skal utføres i kommunen der folk bor. De spesialiserte tjenestene skal overlates til spesialisthelsetjenesten. En skal i større grad skape helhetlige tjeneste-kjeder mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. I tillegg skal brukermedvirkningen styrkes.

Dette vil ha innvirkning på rehabiliteringsfeltet i kommunen. Større ansvar for mer og riktig rehabiliteringsinnsats med riktige tiltak på rett tid. Dette vil kreve økt kompetanse og økt kapasitet i kommunen. Kommunen bestemmer hvilke tjenestenivå og omfang som skal settes inn, men rehabiliteringsområdet må oppgraderes i årene framover fra dagens nivå for å imøtekomme lovens bestemmelser.

For både enkeltmennesket og samfunnsøkonomien er det avgjørende å lykkes med rehabiliteringsoppgavene. Det skaper gevinster og merverdi. Å redusere sykefravær og antall uføre er viktige mål. Likeså å gi god bistand til kronikere og de som trenger forsterkede tjenester. Kommunens ansvar er regulert i de to lovene. Staten finansierer oppgavene som har kommet i tillegg, og kommunen skal tilrettelegge tjenestene utfra lokale tilpasninger. Koordinerende enhet skal samordne tiltakene innenfor rehabilitering/ habiliteringsområdet.

Vi viser til:

- Strategisk helse- og omsorgsplan (fra 01.07.17)
- Fysioterapiplan
- Demensplan
- Rus- og psykiatriplan
- Mål og styringskort for involverte enheter

## **2.2 Lov om folkehelse (FH-loven)**

Lovens formål er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.

## **2.3 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.**

Lovens formål:

1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
3. sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
4. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
5. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

§ 7-1 sier at kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan, jfr. § 7-2.

§ 7-3 sier at kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med

individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter §§ 7-1 og 7-2.

## **2.4 Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen**

Loven har som formål:

å bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til sosial og økonomisk trygghet, herunder at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet.

Loven skal bidra til at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud, samt bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer

Loven hjemler rett til individuell plan til den som har behov for langvarig og koordinerte tjenester, jfr. § 28.

## **2.5 Opplæringsloven**

Opplæringsloven hjemler barn og voksnes rett til spesialundervisning. I mange tilfeller vil slik hjelp være en integrert del av ReHabilitering:

- ⇒ § 5-1 omhandler elever i grunnskole og videregående skoles rett til spesialpedagogisk hjelp.
- ⇒ § 5-7 gir barn under opplæringspliktig alder rett til spesialpedagogisk hjelp.
- ⇒ I § 4A-2 Rett til spesialundervisning på grunnskolens område heter det bl.a.: *Vaksne som har særlege behov for opplæring for å kunne utvikle eller halde ved like grunnleggjande dugleik, har rett til slik opplæring.*

## **2.6. Rammeplan for Barnehagen**

Kommunen har ansvar for at de ulike tjenestene for barnefamiliene er godt koordinert. For at barn og foreldre skal få et mest mulig helhetlig tilbud til beste for barns oppvekst og utvikling, kreves det at barnehagen samarbeider med andre tjenester og institusjoner i kommunen. Tverrfaglighet og helhetlig tenkning bør derfor stå sentralt. Både foreldre og barnehage kan ha behov for å samarbeide med ulike hjelpeinstanser. Ved samarbeid må bestemmelsene om taushets- og opplysningsplikt i barnehageloven og annet regelverk overholdes.

Barnehagene forholder seg forøvrig til opplæringsloven § 5-7.

## **2.7 Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator**

Forskriften skal sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Formålet er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene. Nye lover og forskrifter understreker og pålegger kommunen tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid for brukere med

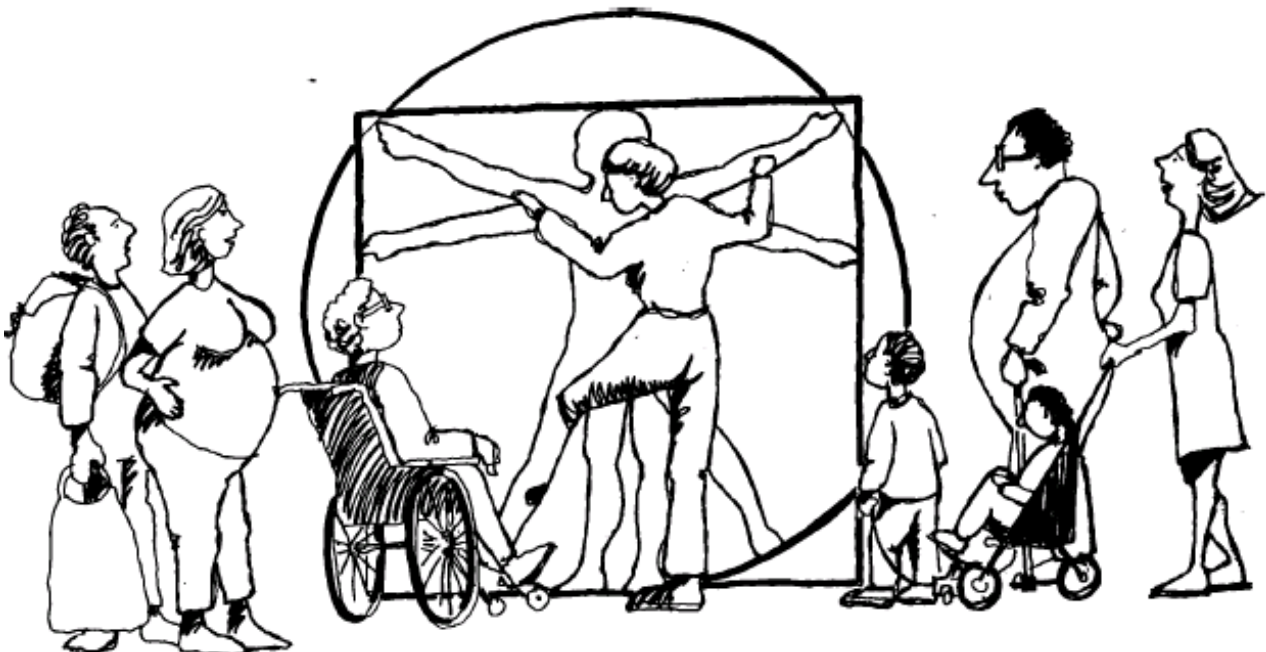
funksjonshemming som har behov for langvarige, sammensatte og koordinerte tjenester fra flere aktører. Brukere med slike behov har rett til en individuell plan hjemlet i **helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen § 15 (NAV-loven), lov om sosiale tjenester i NAV § 28 og § 33, Lov om barneverntjenester § 3-2 a, psykisk helsevernloven § 4-1, pasientrettighetsloven § 2-5**, med utfyllende regler i ”Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator”, samt ut fra **opplæringsloven §§ 4A-2, 5-1 og 5-7 (spesialundervisning)**. Skolens plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan er nedfelt i opplæringslova § 15-5.

## 2.8 Universell utforming

De nasjonale mål som søkes ivaretatt gjennom rundskriv T-5/99 ”Tilgjengelighet for alle” og **NOU 2001: ”Fra bruker til borger”** oppsummeres slik:

- a) Å sikre at planleggingen virker inkluderende, slik at alle kan benytte bebyggelse og uterom på likestilt måte.
- b) Å ivareta det offentlige ansvar for å sikre brukbar utforming av bebyggelse og uterom for alle.

Hensikten med all planlegging er å fremme samfunnsøkonomisk effektiv ressursutnyttelse, med miljømessig gode løsninger, trygge lokalsamfunn og bomiljøer, god trafiksikkerhet og effektiv trafikkavvikling. Det er en prioritert oppgave å påse at også hensyn til funksjonshemmede er med som tema i planprosessen. Det skal også understrekes at det normalt ikke vil være noe reelt motsetningsforhold mellom funksjonshemmede og andre. De fleste opplever å være funksjonshemmet i kortere eller lengre perioder i livet. Bedret tilgjengelighet vil svært ofte medføre fordeler for alle brukergrupper, f.eks. for småbarnsforeldre med barnevogner.



Universell utforming innebærer bl.a. at boliger og uteområder utformes ut fra mangfold i befolkningen, og ikke med ”idealmannen” som mal. (Tegning: Thorleif Bommen)

Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven § 9 sier noe om plikt til generell tilrettelegging (universell utforming)

## **2.9 Andre sentrale dokumenter**

Det finnes i tillegg et stort antall forskrifter, veiledere og andre publikasjoner som omhandler ReHabilitering, men vi har valgt å ikke ta med disse i denne omgangen da det stadig skjer så mye endringer på dette feltet at det er vanskelig å holde det oppdatert og ajourført.

## **3.0 MÅLSETTING FOR REHABILITERING**

Alvdal kommune har som hovedmål at kommunen skal legge til rette for at personer som har behov for ReHabilitering, tilbys tjenester som bidrar til at brukeren oppnår best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Alvdal kommune ønsker å jobbe med følgende delmål;

- 1: Rehabiliteringsvirksomheten skal involvere alle enheter i kommunen.
- 2: God kompetanse og faglig utvikling innen rehabiliteringsfeltet.
- 3: Gode prosedyrer, rutiner og dokumentasjonsverktøy
- 4: ReHabilitering skal tilbys på en hensiktsmessig arena
- 5: Universell utforming av samfunnet – tilgjengelighet for alle

Målene med tilhørende tiltak vil bli nærmere beskrevet i en handlingsplan, som Koordinerende enhet vil utarbeide hvert år i forbindelse med kommunens budsjettprosess. Kostnadskrevende tiltak innarbeides i årlige budsjettprosesser.

Viktige generelle prinsipper for ReHabilitering:

- ⇒ Ytes utfra et brukerperspektiv, dvs. bruker evt. brukers stedfortreder forventes å delta aktivt i rehabiliteringsprosessen.
- ⇒ Tilbys på en hensiktsmessig arena, nærmest mulig brukerens vante miljø
- ⇒ Være en tidsavgrenset, planlagt, målstyrt prosess
- ⇒ Ha et livsløpsperspektiv
- ⇒ Ytes av profesjonelle aktører samordnet på tvers av fag og tjenestenivå
- ⇒ Universell utforming av samfunnet

## 4.0 AKTUELLE MÅLGRUPPER

Tjenestetilbudene etter ”Forskrift om habilitering og rehabilitering” skal omfatte: ”..alle personer som har behov for habilitering og rehabilitering på grunn av medfødt eller ervervet funksjonshemming eller kronisk sykdom. Tilsvarende for personer som står i fare for å utvikle varig funksjonshemming eller kronisk sykdom.” Tilbudet i slike tilfeller bli av forebyggende karakter.

Følgende tabell illustrerer målgruppene utfra årsak:

Medfødte og ervervede individuelle forutsetninger som kan bidra til funksjonshemming:					Fysiske og psykososiale forhold i miljøet som kan bidra til funksjonshemming:	
<u>Medfødt:</u> Redusert funksjonsnivå v/kroniske sykdommer og tilstander	<u>Ervervet:</u> Brått fall i funksjonsnivå med mulighet til å gjenvinne tilnærmet all funksjon	<u>Ervervet:</u> Brått fall i funksjonsnivå uten mulighet for å gjenvinne all funksjon	<u>Ervervet:</u> Langsamt fall i funksjonsnivå som følge av kroniske eller progredierende sykdommer	<u>Usikre årsaker:</u> Gradvis redusert funksjonsnivå	<u>Fysiske forhold:</u> Ikke-tilrettelagt fysisk bevegelsesmiljø	<u>Psykososiale forhold:</u> Spesielle endringer i psykososialt miljø
Eksempel: personer med medfødte/tidlig ervervede hjerneskader, syndromer, Muskel-sykdommer	Eksempel: personer med brudd, eller som blir immobilisert etter annen akutt skade eller operasjon, eller med akutt (reaktiv) psykisk sykdom	Eksempel: personer med amputasjoner, hjerneslag, skader etter ulykker	Eksempel: personer med MS, leddgikt, andre kroniske muskel/skjelett sykdommer, alvorlige psykiske lidelser	Eksempel: Personer med rusproblemer, sosial funksjons-hemming	Eksempel: personer som skal benytte offentlige bygg og institusjoner, flytte til annen bolig, ny arbeidsplass mv.	Eksempel: personer som opplever personlig krise, f.eks. dødsfall eller annet tap

I Alvdal har vi brukere/pasienter fra alle målgrupper for ReHabilitering, og systemet for å ivareta det tverrfaglige ansvaret må struktureres og utvikles.

## **5.0 ANSVAR OG OPPGAVER**

Samarbeid mellom 1, 2. og 3. linjetjenesten er viktig for å lykkes med rehabiliteringsarbeidet. Det er utarbeidet gjensidig forpliktende avtaler mellom 1. og 2. linjetjenesten.

### **5.1 Kommunens ansvar, 1.linjetjenesten**

Kommunen har basisansvar for, og den viktigste koordineringsrollen i ReHabiliteringsarbeidet. Den enkelte skal hjelpes til å fungere best mulig i sitt nærmiljø.

#### **1.linjetjenestens oppgaver:**

- ⇒ Utarbeide kommunale planer for ReHabiliteringsarbeidet
- ⇒ Etablere en fast koordineringsfunksjon
- ⇒ Identifisere og følge opp personer med skade eller sykdom som kan føre til funksjonshemming
- ⇒ Utarbeide og bruke individuelle planer der det er relevant.
- ⇒ Koordinere tiltak og sørge for kontinuitet i rehabiliteringsopplegget for hver enkelt bruker, ved bl.a. å utpeke en personlig koordinator til personer med rehabiliteringsbehov.
- ⇒ Peke på tiltak av miljømessig og teknisk karakter med sikte på å forebygge problemer og optimalisere funksjonshemmedes livssituasjon.

### **5.2 Det regionale og nasjonale helseforetakets ansvar (tidligere 2. og 3. linjetjenesten)**

Det regionale helseforetaket (Helse Øst) har ansvar for å sørge for et ReHabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten. Ansvarer gjelder tjenester både i institusjon og ambulerende tjenester. Re-/habilitering i spesialisthelsetjenesten er en samlebetegnelse på den typen ReHabiliteringstjenester som krever en slik grad av spesialisering at det ikke er hensiktsmessig å legge dem inn under det kommunale ansvaret. Dette kan være tilfeller der bistanden må knyttes nært opp til spesialisert medisinsk behandling eller der kravet til kompetanse overstiger nivået som kan forventes fra kommunen.

#### **2.linjetjenestens oppgaver:**

- ⇒ Nødvendig undersøkelse og utredning
- ⇒ Sørge for trening og oppøving av funksjon og ulike individuelle ferdigheter som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning
- ⇒ Sørge for intensiv trening som inngår i individuell plan, eller som et nødvendig, spesialisert tilbud etter behandling
- ⇒ Sørge for tilrettelagt opplæring (f.eks. astmaskole), og tilrettelegge rammebetingelser som kan bidra til økt mestring
- ⇒ Gi råd og veiledning og samarbeide med kommunen rundt enkeltbrukere
- ⇒ Gi generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen
- ⇒ Samarbeide med andre etater ved behov



### **3.linjetjenestens oppgaver:**

Landsdekkende spesialisttjeneste som skal fungere som kompetansebaser for 1.- og 2. linjetjenesten. I tillegg skal det gis tilbud til pasienter med så sjeldne eller sammensatte behov at ReHabiliteringstjenesten under Helse Øst og 1.linjen ikke har den nødvendige kompetanse.

F.eks. Frambu – Senter for sjeldne funksjonshemninger, Statens senter for epilepsi, Sunnaas sykehus

## **5.3 Kommunale og interkommunale samarbeidsfora**

### **5.3.1 Barne- og ungdomsteam (BUT)**

Formålet til Barne- og ungdomsteam i Alvdal kommune er å være et organ for forpliktende samarbeid overfor barn/unge som har behov for vurdering fra flere instanser. Målet med BUT er å sette i gang nødvendige tiltak raskt, samordne tiltak, avklare ansvar, være drøftingsforum for sammensatte saker, ha fokus på forebygging av psykiske, fysiske og sosiale problemer og gi informasjon. Målgruppen er barn og unge mellom 0 – 18 år, med særlig behov for hjelp. Psykiatrien har ansvar for innkalling og referat.

BUT i Alvdal kommune består av representanter fra:

- Skolehelsetjenesten/helsestasjonen
- PPT
- Barnevernstjenesten
- Skole/barnehage
- Psykiatrikonsulent
- Politiet
- Storsteigen videregående skole
- Ved behov:
  - Bruker / foresatte
  - BUP
  - Familievernkontoret

Sammensetningen sikrer bred kompetanse. Teamet møtes fast 4 ganger i året, og ved behov. Alle faste medlemmer kan melde saker. I tillegg kan også rektor/barnehagebestyrer, lensmann, oppfølgingstjenesten og tjenesten for funksjonshemmede melde saker. Når saker skal drøftes har foreldre anledning til å delta på første del av møtet. Bekymringssaker drøftes anonymt.

### **5.3.2 NØRF (Nord-Østerdal Rehabiliteringsforum)**

NØRF består av to kontaktpersoner fra hver av Nord-Østerdals kommunene, samt Tynset sjukehus. Disse kontaktene er oppnevnt av overordnet administrasjon i hver kommune. Kontaktene skal holde sine respektive administrasjoner løpende orientert om arbeidet i forumet. Fra Alvdal kommune er det ergoterapeut/rehabiliteringskonsulenten og kommunal fysioterapeut som er oppnevnt til kontaktperson.

Forumets målsettinger er å være pådriver i samarbeidet om rehabilitering i Nord-Østerdal, og å bidra til å utvikle rehabiliteringsideologien og faget i regionen.

NØRF har møte ca. 4 – 6 ganger i året.

### **5.3.3 Ambulant eller poliklinisk aktivitet ved sykehuset Innlandet.**

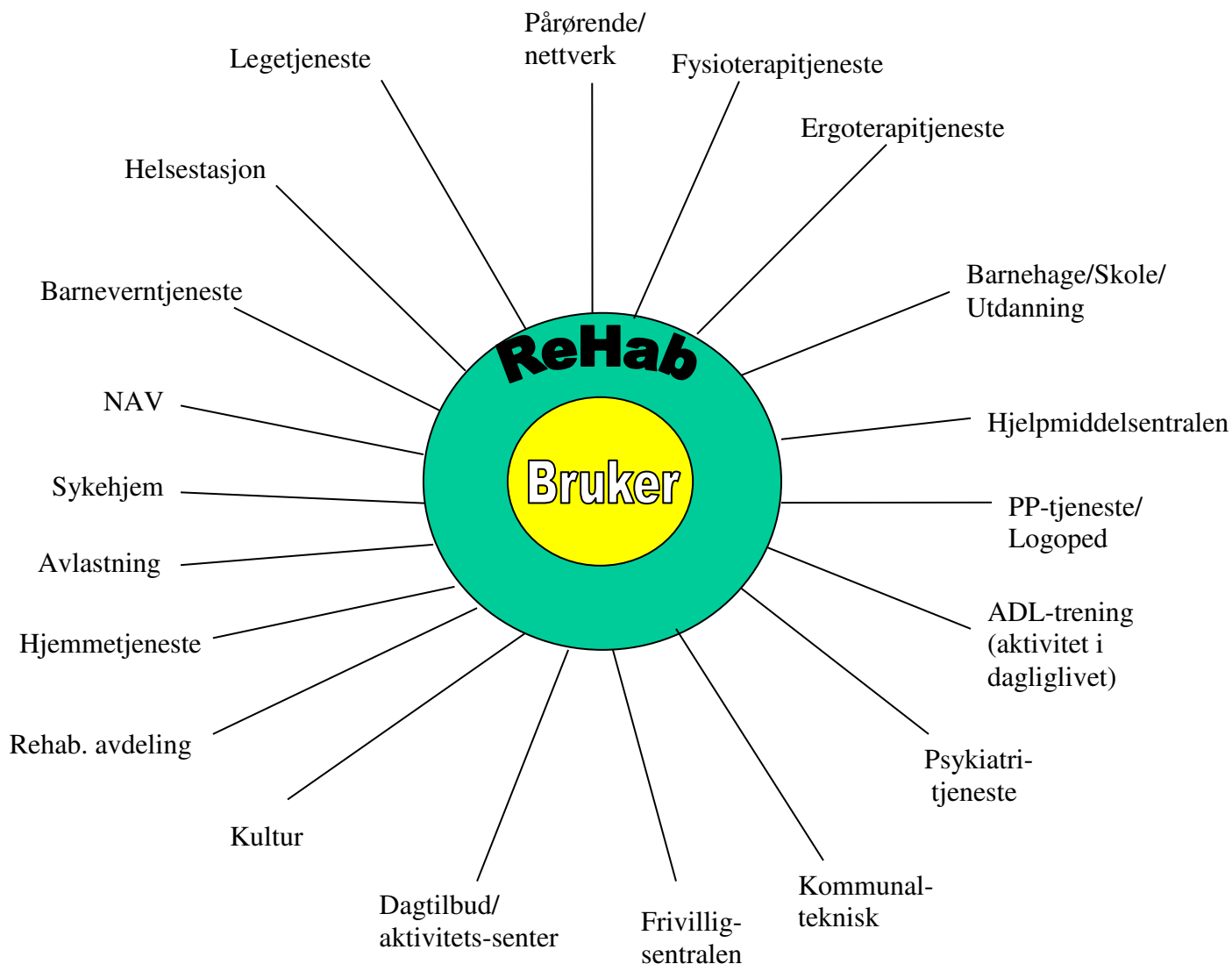
Hjerneskadeseksjoner på Ottestad og Gjøvik kan i begrenset grad tilby polikliniske eller ambulante vurderinger med tanke på utredning av tiltak og rådgivning til pasient, pårørende og førstelinjetjenesten. Målgruppen er personer med komplekse og sammensatte problemer etter hjerneskadeler og nevrologiske lidelser (f.eks. kognitive vansker). Målet er å kunne bistå pasienten, pårørende og lokale behandlere i ulike problemstillinger vedrørende rehabilitering.

Tilbudet gis blant annet i tilknytning til:

- Oppfølging av pasient etter rehabiliteringsopphold
- Vurdering før rehabiliteringsopphold
- Bistand ved henvendelse fra førstelinje
- Kontakt førstelinje ved møter, kurs og seminarer som avdelingen arrangerer

## 6.0 ORGANISERING AV REHABILITERINGSARBEIDET I ALVDAL KOMMUNE

### 6.1 Aktører/tiltak i ReHabilitering i Alvdal kommune



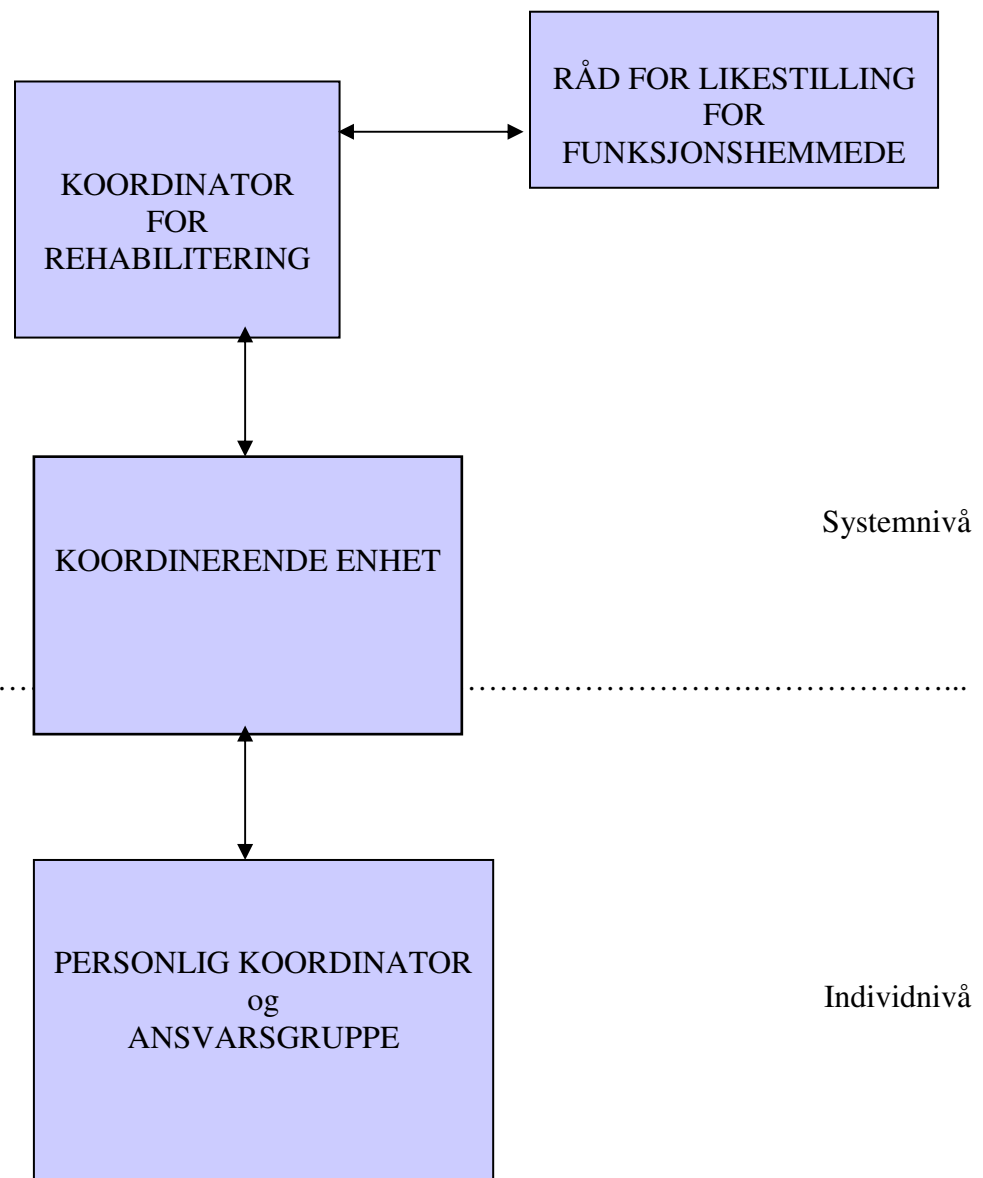
- Brukeren er den mest sentrale aktøren i ReHabiliteringsarbeidet.
- Av de kommunale aktørene vil noen være mer sentrale enn andre.
- Frivillige lag og brukerorganisasjoner er ikke med i oppstillingen, men er selvfølgelig med i helhetsbildet.
- For å styrke tjenestetilbudet vil det være aktuelt med økt interkommunalt samarbeid.
- **I tillegg til disse aktørene kommer også aktører fra 2. og 3. linjenivå; sykehus, opptreningsinstitusjoner, kompetansesenter, rehabiliteringssenter, ambulerende team mv.**

Ut fra at det ikke følger øremerkede midler med pålegget om å satse på ReHabilitering, har Alvdal kommune valgt å lage et oppsett som går på å strukturere og utvikle det eksisterende tjenestetilbudet.

6.2 viser organisasjonskart for ReHabilitering i Alvdal kommune, med utfyllende underpunkter. Kartet viser brukermedvirkning både på systemnivå og individnivå, ReHabilitering forankret på administrativt nivå og tjenestenivå.

6.4 viser gangen i en ReHabiliteringssak

## 6.2 Organisasjonskart for ReHabilitering i Alvdal kommune



## 6.2.1 Råd for likestilling for funksjonshemmede

Råd for likestilling for funksjonshemmede ble etablert januar-08, og består av 3 representanter fra funksjonshemmedes organisasjoner, 3 medlemmer fra kommunestyret og 1 fra kommuneadministrasjonen. Rådet er et rådgivende organ for kommune, statlige etater på kommunalt nivå og andre offentlige instanser og institusjoner. Rådet arbeider etter veiledende retningslinjer gitt av Sosial- og helsedepartementet, og skal arbeide for funksjonshemmede på alle samfunnets områder. Rådet skal rutinemessig bli involvert i planlegging og utviklingsarbeid, samt saker som gjelder psykisk helsearbeid. Videre kan rådet ta opp saker og uttale seg om framlagte saker i forhold til funksjonshemmedes interesser. Medlemmer oppnevnes av kommunestyret, kommunestyret velger leder blant de politisk oppnevnte representantene. Funksjonstiden til rådet følger den kommunale valgperioden.

## 6.2.2 Koordinator for rehabilitering

Koordinatorens oppgaver:

- ❖ Være kommunens adresse for ReHabilitering.
- ❖ Ta imot henvendelser fra eller om personer som har et ReHabiliteringsbehov.
- ❖ Være kontaktinstans for 2.og 3. linjetjenesten, samt brukerorganisasjonene.
- ❖ Bringe saker/henvendelser til Koordinatorende enhet og kalle inn til møter.
- ❖ Lede Koordinatorende enhet.
- ❖ Sørge for at møtereferat skrives og sendes ut til alle medlemmene.
- ❖ Oppfølging av personlige koordinatorene og ansvarsgrupper.
- ❖ Være en pådriver innen ReHabiliteringsfeltet i kommunen og gjøre tilbudet kjent for innbyggerne i kommunen.

## 6.2.3 Koordinatorende enhet

Kommunene er gjennom ”Forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator” (heretter kalt Forskriften) pålagt å ha en koordinatorende enhet, jfr § 6.

Medlemmer i koordinatorende enhet i Alvdal kommune er:

- ❖ Enhetsleder PRO
- ❖ Enhetsleder Helse
- ❖ Enhetsleder NAV
- ❖ Representant for skolene
- ❖ Representant for barnehagene
- ❖ Rehabiliteringskonsulent – er leder
- ❖ Andre kan innkalles ved behov i enkeltsaker

Enheten er ingen formell vedtaksmyndighet. Dette ansvaret følger den enheten som til enhver tid har tjenesten/ytelsen lovfestet i sitt lovverk. Rådmann er kopimottaker av innkallelser/referat og deltar ved behov.

- Koordinatorende enhet har følgende funksjoner, jfr § 6:
  - ❖ Bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.
  - ❖ Ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan.
    - Motta meldinger om behov for individuell plan
    - Sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeidet med individuell plan.
    - anbefale ansvarsgruppe i samråd med bruker.

- Ha oversikt over hvem som har personlig koordinator og Individuell plan i kommunen til enhver tid.
- ❖ Ha overordnet ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.
- ❖ Være adresse for henvisninger til (re)habilitering
- ❖ Være knutepunkt for samarbeid mellom kommune og helseforetak om brukere med rehabiliteringsbehov.
- ❖ Være oppdatert i forhold til endringer som skjer i lovverk, veiledere og anbefalt praksis og informere andre om dette.
- ❖ Utpeke personlig koordinator (en kommunal kontaktperson) når ansvarsgruppa ikke blir enig.
- ❖ Ha oppdatert oversikt over alle aktuelle tjenestetilbud som kommunen har i fht. rehabilitering, og aktuelle samarbeidspartnere.
- ❖ Bistå til å synliggjøre kommunens tjenester i fht. rehabilitering.
- ❖ Være diskusjonsforum på tjenestenivå i fht. rehabilitering.
- ❖ Fremme plansaker, tekniske og miljømessige endringer og tiltak som kan øke muligheten for deltagelse og tilgjengelighet for alle. (Universell utforming i samfunnet)
- ❖ Ta imot henvendelser fra rådgivere i videregående skoler og oppfølgingstjenesten, ved behov for tiltak rundt utfordringer som krever kommunale tjenester.

• **Møtehyppighet:** Koordinerende enhet har møte annenhver måned. Leder sender møteinnkalling med sakliste og skriver referat.

#### 6.2.4 Individuell plan

Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en helhetlig individuell plan, jfr. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 7, lov om sosiale tjenester i NAV § 28. Individuell plan er et verktøy og en metode for samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. I formålet med individuell plan skal det sikres at det alltid er en tjenesteyter som følger opp brukeren. Dette er tenkt sikret gjennom en personlig koordinator som utpekes i ansvarsgruppa. Initiativet til å få laget en individuell plan kan komme fra brukeren selv eller pårørende, men hovedansvaret for å utarbeide individuelle planer ligger i tjenesteapparatet.

Hovedmålet med individuell plan er å tilrettelegge for at bruker skal være i stand til å leve et så selvstendig liv som mulig. Ved hjelp av koordinerte tjenester skal bruker oppleve full deltakelse og likestilling i samfunnet gjennom best mulig utnyttelse av egen funksjons- og mestringsevne.

Planen skal inneholde en oversikt over brukers mål, ressurser og behov for tjenester, samt de tiltak og virkemidler som kan være aktuelle for brukeren, slik at brukeren kan leve et så aktivt og selvstendig liv som mulig, jfr. Forskriften § 19. For å lykkes forutsetter det at bruker, evt. brukers stedfortreder deltar aktivt i prosessen, jfr. § 16 i forskriften.

Gangen i utarbeidelse av Individuell plan:

- ❖ Søknad om individuell plan sendes til PRO v/Rehabiliteringskonsulent, som registrerer søknaden og fatter vedtak. Vedtak sendes søkeren, med kopi til innsøkende instans.
- ❖ Innsøkende instans innkaller til første møte – ansvarsgruppe dannes.
- ❖ Personlig koordinator utpekes av ansvarsgruppen.
- ❖ Samtykke undertegnes.

- ❖ Brukeren avklarer hvilke områder i sitt liv som er viktigst for seg – som bruker ønsker å nedfelle i sin individuelle plan.
- ❖ Bruker og ansvarsgruppa diskuterer hvilke delmål som er lurt å sette seg for å nå målet.
- ❖ Bruker og ansvarsgruppa drøfter tiltak som kan være nødvendige for å nå delmålene.
- ❖ Gruppa kommer med innspill om tiltak ut fra kompetanse og kapasitet.
- ❖ Ansvarsfordeling avklares og tidsfrister for gjennomføring settes.
- ❖ Personlig koordinator fører planen i pennen.
- ❖ Planen evalueres på hvert ansvarsgruppemøte, for å se at tiltak og mål er fulgt opp. Individuell plan fungerer da som et referat fra møtene.
- ❖ Delplaner skal fremgå av Individuell plan, som f.eks. individuell opplæringsplan.

### 6.2.5 Ansvarsgruppe

Ansvarsgrupper brukes til å koordinere arbeidet med individuell plan. Ei ansvarsgruppe består av brukeren og representanter for tjenester som brukeren mottar. Arbeidet i ei slik gruppe kan bidra til å koordinere innsatsen og til å avklare ansvarsforhold mellom de involverte instanser, jfr. Forskriften § 18. Det skal utnevnes en personlig koordinator som fungerer som leder i gruppen. Gruppen skal kunne utarbeide individuell plan og anbefale at tiltak iverksettes. Brukers medbestemmelse skal være i fokus for arbeidet, jfr. Forskriften § 4. Møtehyppigheten avgjøres av sakens innhold og kompleksitet. Der det er vanskelig å oppnevne en personlig koordinator i ansvarsgruppa løftes dette til koordinerende enhet.

Ansvarsgruppa skal ha brukerens mål i fokus i arbeidet med å kartlegge ressursene og mulighetene som finnes. Grunnlaget for å lykkes med koordineringsarbeidet er at en etablerer og vedlikeholder et forhold til brukeren, som er preget av tillit og respekt. I Alvdal kommune er det ønskelig at de brukere som ikke har individuell plan likevel kan jobbe etter samme mal, som et samarbeidsverktøy.

### 6.2.6 Personlig koordinator

Kommunen skal tilby personlig koordinator til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jfr. Forskriften § 21. Personlig koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. Personlig koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan, jfr. § 21. Rollen som personlig koordinator kan ivaretas av mange ulike profesjoner fra ulike sektorer.

I Alvdal kommune skal som hovedregel personlig koordinator oppnevnes fra den tjenesten som til daglig har mest kontakt med bruker. Personlig koordinatorrollen må bakes inn i stillingsressursen til vedkommende. Dette er lederens oppgave.

#### Personlig koordinators oppgave er:

- å innkalle til og lede møter knyttet til individuell plan/samordnet plan
- å sikre informert samtykke fra brukeren når det er nødvendig (skriftlig)
- skrive individuell plan etter samarbeid med bruker og ansvarsgruppa. Planen skal underskrives av bruker og personlig koordinator.
- å delta på felles opplæring for alle personlig koordinatorene 1 gang i året
- å delta på enhetsvise informasjonsmøter 1 g/året (på personalmøte).

- å være brukerens koordinator i tjenesteapparatet

For nærmere opplysninger om koordinatorrollen - klikk deg inn på [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no) for nærmere informasjon.

### **6.3 Pågående rehabiliteringsprosesser i kommunen**

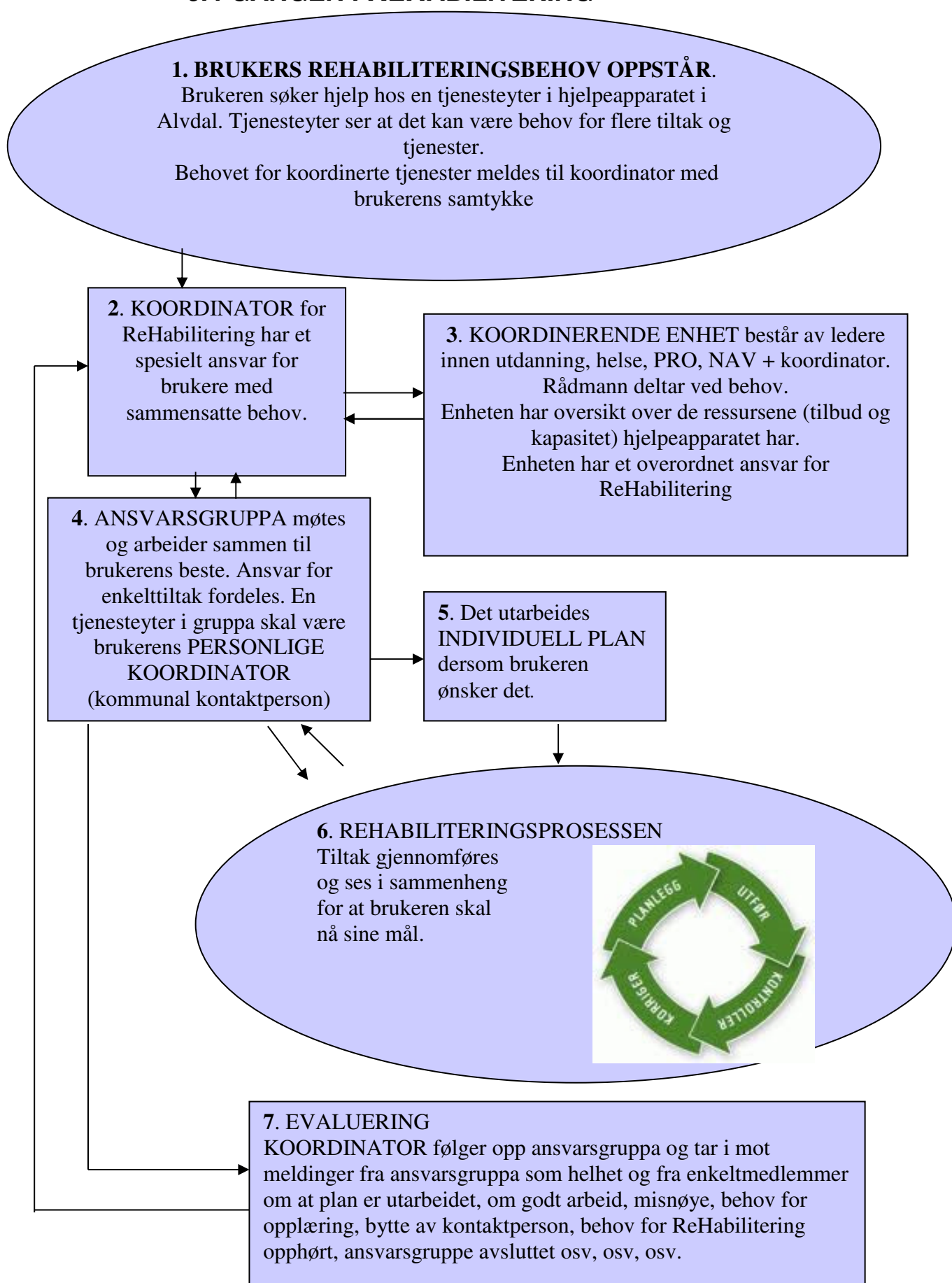
Samtidig som planen rulleres, pågår en omstilling i kommunen som sikter på å samle rehabiliteringsoppgavene innen pleie, rehabilitering og omsorg (enhet PRO) under hjemmetjenesten. Denne omstillingen forventes godkjent av kommunestyret innen utgangen av 2016.

Den evt. endringen medfører at Rehabiliteringsavdelingen legges til nordfløyen i første etasje på Solsida omsorgsheim. Vedtak om korttidsplass rehabilitering medfører tiltak fra hjemmetjenesten. Ved institusjonen gjøres vedtak om korttidsplass utredning. Hensikten med denne fordelingen er å klargjøre de tjenester som blir iverksatt både for bruker, pårørende og ansatte.

Omstillingen i tjenstedesign som er skissert her, forutsetter kommunestyrets godkjenning før årsskifte 2016/ 2017.



## 6.4 GANGEN I REHABILITERING



## 7.0. TIDSPLAN

<b>Tidsfrist</b>	<b>Hva</b>
Juni 2016	ReHabiliteringsplanen skal være ferdig utarbeidet av arbeidsgruppa og sendes rådmann for godkjenning
August 2016	Revidert ReHabiliteringsplanen skal være lagt frem for/godkjent politisk
August 2016	Planen iverksettes (forutsatt godkjent)
Våren 2016	Opplæring av personlige koordinatore er gjennomført
1.kvartal 2019	ReHabiliteringsplanen evalueres
Juni hvert år	Handlingsplanen utarbeides årlig innen 30.juni.

ReHabiliteringsplanen skal til enhver tid samsvare med gjeldende lover og forskrifter. Ved endringer i lover og forskrifter skal rehabiliteringsplanen revideres fortløpende. Slike endringer gjøres av koordinator for rehabilitering. Handlingsplanen vedtas årlig av koordinerende enhet i forbindelse med økonomiplanen.

## LITTERATURLISTE

- Bredland, Ebba Langum, Oddrun Anita Linge og Kjersti Vik. 2002. *Det handler om verdighet Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Conradi, Sven og Svend Rand-Hendriksen. 2004. Funksjonshemning og rehabilitering – ideologi og virkelighet. I: *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes*, L. Lande Wekre, K. Vardeberg (red.) Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- FOR:2011. *Forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*
- FOR:2001. *Forskrift om habilitering og rehabilitering; nr. 765, 28.06.01*. Helse- og omsorgsdepartementet
- FOR:2004. *Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven*. 2004
- Hole, Jill og Jon-Håvard Hurum. 2014. *Tverrfaglig rehabilitering i hjemmet*. Ergoterapeuten nr. 3 2014.
- Lie, Ivar. 1996. *Rehabilitering og habilitering. Prinsipper og praktisk orientering*. Ad Notam Gyldendal
- Normann, Trine, Johans Tveit Sandvin og Hanne Thommesen. 2003. *Om rehabilitering. Mot en helhetlig og felles forståelse?* 3.opplag med endringer 2006. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- NOU 2012:1 *Til barnas beste – Ny lovgivning for barnehagene*
- NOU 2001:22. *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmede barrierer*. Sosial- og helsedepartementet.
- St. melding 21. 1998/99. *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Sosial- og helsedepartementet.

Veileder IS - 2076; *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.* Helsedirektoratet.



**Vedlegg 2: Samtykkeerklæring**



**ALVDAL KOMMUNE**

**SAMTYKKEERKLÆRING**

Navn:..... Fødselsnr.....

Adresse:..... Tlf:.....

Evt. hjelpeverge:.....

Jeg gir herved samtykke til at Alvdal kommunes Koordinerende enhet:

.....  
.....  
.....  
.....

får tilgang på taushetsbelagte opplysninger og diskuterer min situasjon for å gi meg tilbud om koordinerte tjenester og personlig koordinator.

Saken gjelder:

Sted, dato:.....

Underskrift:.....

## "SMØRBRØDLISTER" for informasjon om ReHabilitering

### Gi informasjon

1. om at når man har behov for flere tiltak og tjenester over tid, kan det være lurt å få samordnet/koordinert sine behov og tjenester.
2. om at noen må snakke sammen for at du som bruker skal få det beste tilbudet.
3. om hvem disse er: Koordinerende enhet består av ledere for utdanning, helse, PRO (pleie, rehabilitering og omsorg) og NAV, i tillegg til en koordinator som gjør det praktiske arbeidet. Rådmann deltar ved behov.
4. om hva de gjør:
  - Ha oversikt over kapasitet og kompetanse i egen stab, samt være oppdatert på endringer i lovverk, veiledere og anbefalt praksis.
  - Ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, herunder opplæring av personlig koordinatorene.
  - Være diskusjonsforum på tjenestenivå i fht. rehabilitering.
5. om hva en personlig koordinator er:

Kommunen har et antall personer som er aktuelle som personlig koordinator. Disse skal ha en rimelig god oversikt over tilbud og muligheter og ha kunnskap om planarbeid. Rollen som personlig koordinator kan ivaretas av mange ulike profesjoner fra ulike sektorer. Personlig koordinator skal som regel oppnevnes fra den tjenesten som til daglig har mest kontakt med bruker. Personlig koordinator utpekes av ansvarsgruppen.

Viktigste oppgaver:

  - Være brukerens koordinator i hjelpeapparatet.
  - å innkalle til og lede møter knyttet til individuell plan/samordnet plan
  - skrive individuell plan etter samarbeid med bruker og ansvarsgruppa. Planen skal underskrives av bruker og personlig koordinator.
6. om hva en ansvarsgruppe er:

Ei ansvarsgruppe skal bestå av bruker selv og aktuelle fagpersoner rundt denne. Ansvarsgruppen utnevner en personlig koordinator (en kommunal kontaktperson). Møtehyppigheten avgjøres av sakens innhold og kompleksitet.

Opgaver:

  - Utarbeide individuell plan
  - Sette i gang tiltak, samt evaluere.
  - Holde Koordinerende enhet v/koordinator orientert om målsettinger og planarbeid.
7. fyll ut samtykkeskjema
8. fyll ut henvisningsskjema

**VELG UT DE PUNKTER SOM BRUKEREN HAR BEHOV FOR  
– ALLE KAN BLI FOR MYE!**

## GANGEN I REHABILITERING

