

RE-/ HABILITERINGSPLAN
FOR VEGÅRSHEI KOMMUNE
2009-2011



Innholdsfortegnelse

Forord

1. Innledning	2
1.1 Lovgrunnlag	2
1.2 Revisjon av planen.....	2
1.3 Brukermedvirkning.....	2
1.4 Forholdet mellom 1.2. og 3. linjetjeneste.....	2
2. Definisjoner	3
2.1 Rehabilitering	3
2.2 Habilitering.....	3
2.3 Medisinsk rehabilitering	3
2.4 Funksjonshemmet.....	3
2.5 Forklaringer på begreper om nivåer i re-/habiliteringsarbeid	3
3. Medisinsk rehabilitering.....	3
3.1 Funksjonsdiagnose.....	3
3.2 Rehabiliteringsprosessen.....	3
3.3 Konsekvenser av medisinsk rehabilitering.....	4
4. Eksisterende re/habiliteringsordninger.....	5
4.1 Rehabiliterings- og korttids enhet VBO.....	5
4.2 Rehabiliteringstjeneste for hejmmeboende.....	5
4.2.1 Rutiner for rehabiliteringsteam.....	5
4.2.2 Individuell plan.....	5
4.3 Habiliteringsenhet.....	8
4.4 Synskontakt/hørselskontakt.....	8
4.5 Hjelpemiddelsentrale i Aust-Agder.....	8
5. Liste over aktuelle samarbeidspartnere.....	9

Vedlegg 1: Søknad/kartleggings skjema pleie /rehabilitering/omsorg

Vedlegg 2: Søknad om individuell plan

Vedlegg 3: Informasjon om individuellplan

FORORD

”Forslag til re-/habiliteringsplan for Vegårshei kommune 2002 – 2006” ble fremlagt første gang i 2002. Vedtatt: K-SAK 42/02, behandla i møte 24.06.02.

Revisjon av planen ble det foretatt i 2005.

Planen legges til grunn for kommunens videre arbeid med re-/habilitering i forhold til enkeltbrukere i kommunen.

Hovedansvar for rullering/oppdatering av aktuell plan ligger hos enhetsleder helse.

Ansvarlig for rullering av noen viktig plandokumenter i kommunen skal nevnes her.

Enhetsleder åpen omsorg : Opptrappingsplan for psykiatritjenesten i Vegårshei kommune.

Enhetsleder sosiale tjeneste: Ruspolitisk handlingsplan.

Oppdatering/rullering av planen ble gjennomført av enhetsleder helse i tett samarbeid med enhetsleder VBO, enhetsleder åpen omsorg, kommunefysioterapeut, kommuneergoterapeut.

Planen skal synliggjøre hvordan rehabiliteringsarbeidet blir organisert i kommunen.

Planen må evalueres /rulleres annet hvert år.

1. Innledning

1.1 Lovgrunnlag

Forskriften om habilitering og rehabilitering, fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 28. juni 2001 med hjemmel i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene §§1-3, 1-4, og lov om spesialisthelse tjenesten m.m. § 2-1.

Funksjonene som dekkes av denne forskriften, vil innebære mer enn et ansvar for å sikre at et nødvendig tjenestetilbud er etablert.

I lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene er det også vedtatt følgende §6-2 a: Kommunehelsetjenesten skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Kommunehelsetjenesten skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.

1.2 Revisjon av planen

Planen rulleres etter nye retningslinjer fra myndighetenes side. I utviklingsarbeidet må det tas hensyn til sentrale satsingsområder og kommunale prioriteringer.

Planen rulleres hvert andre år.

1.3 Brukermedvirkning

Et forsvarlig rehabiliteringsopplegg betinger brukermedvirkning. Forskriften gir både kommunen og fylkeskommunen ansvar for å sørge for at reell brukermedvirkning finner sted, både på individ- og system nivå.

Hvordan vi skal ivareta brukermedvirkning i rehabiliteringsarbeid er en utfordring. Bruker har rett til å delta i arbeidet med utarbeidelsen av sin individuelle plan, og det er viktig at tjenesteapparatet aktivt tilrettelegger for slik deltakelse. I samtaler og drøftinger må bruker og brukers synspunkter også aktivt inkluderes. Personer med kommunikasjonsvansker eller kognitive vansker kan ha problemer med å gi uttrykk for sine ønsker og behov. I slike tilfeller vil bruker kunne ha støtte fra pårørende, (hjelpe)verge eller en annen nær person. Tjenesteyterne har likevel et selvstendig ansvar for å sette seg inn i personens situasjon, og forsøke å danne seg et bilde av personens behov ut fra personens eget ståsted. Brukermedvirkning kan innebære både positive og negative elementer for den enkelte. Brukerne får muligheten til å fremme krav og ønsker, men må også selv være i stand til å ta ansvar og møte forventningene.

1.4 Forholdet mellom 1. 2. og 3. linjetjenesten

1. linjetjeneste – kommunehelsetjenesten
2. linjetjeneste – helseforetakene, bla Habiliteringstjenesten for Barn og Unge, SSHF
3. linjetjeneste – spesialiserte sykehus, bla. Sunnaas sykehus, visse deler av Rikshospitalet, etc.

Det skal være et godt samarbeid mellom kommune helsetjeneste og spesialist helsetjeneste. Kommunen må ha muligheten til å få råd og veiledning om opplegg for enkeltbrukere. Dessuten må partene også ha mulighet til å samarbeide om å lage disse oppleggene eller å utarbeide individuelle planer. 2. og 3. linjetjenesten skal ved behov også gi råd, veiledning og bistand til ansatte i kommunene.

2. DEFINISJONER

2.1 Rehabilitering; ”Den prosess som personer med ervervet funksjonshemning deltar i, sammen med behandlingsapparatet, for å gjenvinne, utvikle eller bevare funksjonsevnen.” Betyr egentlig ”å gjeninnsette verdighet”. En slik tolking av ordet har ikke bare sammenheng med funksjon, men peker også på samspillet mellom individ og samfunn.

2.2 Habilitering; ”Den prosess som personer med medfødt eller tidlig ervervede funksjonshemninger ut fra egne forutsetninger deltar i, sammen med behandlingsapparatet, for å utvikle eller opprettholde funksjonsevnen.”

Metaforisk kan det sies slik; ” en fugl om aldri har flydd skal lære å fly”.

”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 i samfunnet.” (*Forskrift om habilitering og rehabilitering*” av 28. juni 2001 § 2.)

2.3 Medisinsk rehabilitering.

”Helsetjenestens planmessige arbeid for at den som er funksjonshemmet på grunn av sykdom, skade eller medfødt lyte skal gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevnen og/ eller mestringsevnen med sikte på størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser.”

2.4 Funksjonshemmet.

”Funksjonshemmet er den som på grunn av varig sykdom, skade eller lyte, eller på grunn av avvik av sosial art, er vesentlig hemmet i sin praktiske livsførsel i forhold til det samfunnet som omgir ham.” Funksjonstap/ -hemninger kan være mentale eller fysiske.

2.5 Forklaringer på begreper om nivåer i re-/ habiliteringsarbeidet;

Systemnivå; dette nivået omhandler alt av strategier som blir lagt for det planmessige rehabiliteringsarbeidet som skal sikre at tjenesten som tilbys er helhetlig, strukturert og samordnet.

Behandlernivå; apparatet som utøver det koordinerte, målrettede og tverrfaglige arbeidet ovenfor en person med varig funksjonshemning.

Individnivå; det som gjennomleveres av en person og eller dens nærmeste etter at varig funksjonshemning har oppstått og blitt erkjent.

3. MEDISINSK REHABILITERING

3.1 Funksjonsdiagnose

Utgangspunktet for medisinsk rehabilitering er **funksjonsdiagnosen**. Denne beskriver de konsekvensene sykdom, skade eller lyte har på den enkeltes livsførsel og reflekterer den enkeltes muligheter og begrensninger i forhold til de krav omgivelsene stiller. Verdens helseorganisasjon (WHO) har laget et eget klassifiseringssystem som beskriver funksjonsdiagnosen i forhold til dagligdagse aktiviteter og innvirkning på sosialt rollenivå.

3.2 Rehabiliteringsprosessen.

Rehabilitering er en **prosess** i flere faser og krever innsats fra ulike fagfolk på flere nivåer både i og utenfor helsetjenesten. Prosessen *må* være målrettet og samordnet i tid og innhold. Den er ofte langvarig og mulig livslang. Prosessen *skal* være brukerstyrt og omfatter både den funksjonshemmede og hans/ hennes totale livsvilkår. Rehabiliteringsprosessen deles i flere trinn;

1. **Erkjennelse** av funksjonshemmingen.
2. **Kartlegging** av konsekvenser/ formulere funksjonsdiagnose.
3. Faglig vurdering av brukers **rehabiliteringspotensialet/ ressursanalyse**.
4. **Målbeskrivelse** med utgangspunkt i brukers realistiske ønsker for fremtiden.
5. **Individuell rehabiliteringsplan/** strategiutforming (herunder valg av tiltak).
6. Gjennomføring av **tiltak**.
7. **Oppfølging og evaluering** av arbeidet.

Ved å gjennomføre rehabiliteringsprosessen på denne måten setter vi oss i stand til å optimalisere den individrettede rehabiliteringen under forutsetning av at vi har de nødvendige virkemidler som;

- *Koordinerende enhet*
- *Faglig kvalifisert personell med gode samhandlingsrutiner*
- *Utstyr*
- *Lokaliteter*

3.3 Konsekvenser av medisinsk rehabilitering.

Medisinsk rehabilitering er ofte en forutsetning for yrkesrettet og sosial rehabilitering. En vellykket medisinsk rehabilitering vil få positive konsekvenser både for den funksjonshemmede og for samfunnet.

3.3.1 Konsekvenser for individet

For den enkelte er det et primært mål å bedre funksjonsevnen og redusere problemer knyttet til den alminnelige livsførsel. Bedret funksjon må kunne utnyttes til at den funksjonshemmede kan tre inn i nye aktiviteter og roller i samfunnet.

Det overordnede mål for all tjenesteyting er å gi den enkelte en høyere livskvalitet.

3.3.2 Konsekvenser for samfunnet

Målene beskrives slik;

- Bidra til at færrest mulig blir/ forblir funksjonshemmet.
- Bidra til at forbigående funksjonshemming varer så kort tid som mulig.
- Bidra til at konsekvensene av varig funksjonshemming blir minst mulig.

God medisinsk rehabilitering kan bidra til å forkorte sykemeldingsperioder, minske presset på sykehjemmene og redusere antall uføretrygdde og pleietrengende.

Et mål for samfunnet er samfunnsøkonomisk besparelse, samt at flere blir i stand til å bekle roller i arbeidslivet og derigjennom kunne yte til kollektivet.

4. EKSISTERENDE RE/HABILITERINGSORDNINGER

4.1.Rehabiliterings- og korttids enhet VBO

Rehabiliterings- og korttids enheten består av fire senger og fellesrommet ved enheten. Rommene kan disponeres også til avlastning. Faglig forum er kommunes rehabiliteringsteam. Den medisinske rehabiliteringen foregår slik: Tiltakene ordinert av tilsynslege eller fra sykehuset, blir gjennomført i samarbeid med personalet på respektive enhet. Kommunefysioterapeuten er faglig ansvarlig for gjennomføring av rehabiliteringsopplegget. Ved tilrettelegging av brukerens fysiske miljø er det ergoterapeuten som utføre oppgavene i samarbeid med fysioterapeuten. Det skal bli lagt opp til et godt opptreningstilbud for rehabiliteringspasienter.

Faglig forum er et tverrfaglig team sammensatt av:

- Fysioterapeut
- Kommunelege
- Enhetsleder VBO (institusjonen)
- Enhetsleder åpen omsorg
- Ergoterapeut

Dette anses å være et samarbeidsforum hvor vedtaksmyndighet ligger hos enhetsleder VBO. Alle søknader om opphold ved rehabiliterings- og korttidsenheten behandles i faglig forum. Søknaden må inneholde en del punkter for å kunne gi nok informasjon til faglig forum. Det må inneholde god beskrivelse av brukerens helse, funksjonsnivå, hjelpebehov og opptreningspotensialet. Etter faglig vurdering av søknad blir det fastsatt hvor lenge oppholdet bør være. Hvis det under oppholdet viser seg at det er behov for forlengelse av oppholdet, blir dette drøftet i neste møte.

I samråd med bruker, eventuelt også pårørende, skal faglig forum avgjøre når pasienten skal skrives ut. Vedtak fattes etter drøfting i faglig forum. Tilsynslege skal lage rapport om behandlingsforeløp under oppholdet på rehabiliteringsavdeling, med forslag til videre oppfølging og behandling. Rapporten skal sendes pasientens fastlege ved utskrivelse.

Faglig forum møter til vanlig en gang per uke.

4.2. Rehabiliteringstjeneste for hjemmeboende:

4.2.1 Rutiner for rehabiliteringsteam

I) Når kommunen får melding om en bruker som søker tjeneste i forhold til rehabilitering, skal rehabiliteringskoordinator kobles inn. Koordinator kan også kontaktes direkte, enten av 2. eller 3. linjetjeneste eller av bruker selv.

II) Det skal fylles ut et søknad/kartleggings skjema med brukers personalia, eventuell diagnose eller beskrivelse av problem og hvem som er henviser. (se vedlegg 1). Utfylte skjema vurderes i faglig forum.

III) På bakgrunn av dette møtet , eventuelt sammen med uttalelse fra 2. linjetjeneste skal det i samråd med bruker avtales tiltak. Dette kan være nedsettelse av en ansvarsgruppe , utarbeidelse av en individuell plan, eller et enkelttiltak. Fra sak til sak bør det evalueres om det er aktuelt at andre faggrupper i kommunen involveres (skole, barnehage, helsesøster, soisaltjeneste, flyktninger).

Kommunefysioterapeut er koordinator i rehabiliteringsarbeidet.

4.2.2 Individuelle plan

Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

En individuell plan kan være:

- et redskap for medvirkning og påvirkning fra brukerens side
- hjelpelig med å koordinere og systematisere re-/ habiliteringsprosessen og hjelpe til med å synliggjøre sammenhengen mellom de ulike tiltakene
- et redskap for ansvarsdeling og tverrfaglig samarbeid
- en måte å ”avtalefeste” samarbeidet mellom den enkelte og de som skal yte tjenester
- et utgangspunkt for evaluering og kvalitetssikring

Aktuelle målgrupper med behov for helhetlige individuelle planer kan være mange, blant annet barn med store psykiske og/eller fysiske problemer, voksne med rus problemer, eldre med fysiske problemer etc.

Planen skal gi brukeren ikke bare innflytelse, men også ansvar for eget tilbud. En individuell plan må inneholde brukerens egne mål, ressurser, problemer, behov, oppfølging og evaluering. Det er viktig å understreke at en bruker med en individuell plan ikke får økt rett på kommunale ytelser, men at planen skal være et verktøy for å koordinere tjenestetilbudet og å optimalisere disse.

Hvordan de individuelle planene skal utformes og hvor omfattende de skal være, vil avhenge av mange forhold og spesielt hvilken fase av livet vedkommende er i, funksjon, behov etc. Planen bør knyttes til de ulike arenaer personen befinner seg i. Dette være seg skole, hjem, arbeid, organisasjon etc. Det er viktig at planen blir så enkel og oversiktlig som mulig for alle parter, uten at dette går ut over kvaliteten.

Det vises til informasjonsblad om individuell plan (vedlegg 2)

Initiativ til planarbeidet kan komme fra brukeren selv eller fra pårørende. I dette tilfelle bør fylles u søknad om individuell plan. Systemkoordinator for individuell plan i kommunen er ergoterapeut.

4.2.3 Ansvarsgruppe

I tilfelle hvor en ser for seg et behov for langvarig oppfølging med flere faggrupper involvert, kan det være aktuelt å opprette en ansvarsgruppe. Det skal i den forbindelse utnevnes en koordinator.

Koordinator bør være den person som har mest med bruker å gjøre og som har mulighet til å ha en koordinerende funksjon.

4.3.Habiliteringsenhet

Helsestasjon i kommunen har en viktig funksjon i habilitering av barn og ungdom med sykdom eller funksjonshemning. Fagpersoner på helsestasjon dvs ledende helsesøster, kommunelege, kommunefysioterapeut jobber tett sammen til å tilby nødvendige tjenester . Viktige samarbeidspartnere i habiliteringsarbeidet er HABU og PPT. Det opprettes ansvarsgrupper rundt brukerne ved behov. Helsesøster informerer foreldrene om Individuell plan dersom det vurderes at en slik plan kan være til nytte. Systemkoordinator blir kontaktet av helsesøster. Det avtales da videre fremgang i prosess med tanke på utfylling av søknadsskjema . Utfylte skjema blir sendt til systemkoordinator. Søknaden behandles av rehabiliteringsteam i kommunen.

4.4.Synskontakt/hørselskontakt

Brukerne med alvorlig redusert sansefunksjon, som syn og hørsel, får et godt tilbud i forhold til hjelpemidler og opplæring i bruken av dem. Det er oppnevnt kontaktpersoner i kommunen, som formidler og som sammen med hjelpemiddelsentralen finner de beste løsningene for brukerne.

4.5. Hjelpemiddelsentralen i Aust Agder

Hjelpemiddelsentralen skal være en 2. linje – spesialisttjeneste på området for praktiske og tekniske løsninger for funksjonshemmede i alle aldre og situasjoner. Kommunene kan således også henvende seg til hjelpemiddelsentralen for å få faglig og praktisk hjelp i mer kompliserte saker. Dette betyr ikke at sentralen overtar ansvaret i slike enkeltsaker, men at den er et kompetansesenter som kan bistå kommunens egne fagfolk i arbeidet med de ulike fasene av formidlingsarbeidet.

5. Liste over aktuelle samarbeidspartnere

- 1. Hjelpemiddelsentralen**
- 2. Sørlandet sykehuset Arendal**
- 3. Hørsels sentralen**
- 4. Habiliteringstjeneste for barn og ungdom**
- 5. Habiliteringstjeneste for voksne**
- 6. PP tjeneste**
- 7. Trygdekontor**
- 8. Fastleger**
- 9. Sosialkontor**