



*Sogndal
kommune*

Plan for
**Habilitering
og
Rehabilitering**

**Sogndal kommune
April 2008**

INNHALDSLISTE

1 INNLEIING	3
1.1 VISJON.....	3
1.2 STATLEGE FØRINGAR.....	3
1.3 MÅL	5
1.4 MÅLSETTING MED PLANEN	5
1.5 KVA ER RE-/HABILITERING – DEFINISJONAR	6
1.6 MÅLGRUPPER FOR RE-/HABILITERING	6
1.7 BRUKARMEDVERKNAD.....	7
1.8 AVGRENSINGAR OG MÅLGRUPPER I PLANEN.....	7
2 STATUS I SOGNDAL KOMMUNE	8
2.1 RESSURSAR	8
2.2 KOMMUNALE TILTAK INNAN RE-/HABILITERING.....	9
2.3 SAMARBEIDSPARTAR I SPESIALISTHELSETENESTA.....	14
3 LEIING OG ORGANISERING.....	17
3.1 INDIVIDUELL PLAN	17
3.2 ANSVARSGRUPPER	17
3.3 RE-/HABILITERINGSKOORDINATOR.....	17
3.4 RE-/HABILITERINGSTEAM	18
3.5 LEIARGRUPPE FOR REHABILITERING	18
3.6 KORTTIDSAVDELING MED REHABILITERINGSEINING.....	18
3.7 AKTIVITETSAVDELING.....	19
3.8 TVERRFAGLEG SAMARBEID	19
3.9 SAMARBEID MED PRIVATE ORGANISASJONAR.....	20
4 UTFORDRINGAR OG PRIORITERINGAR I SOGNDAL KOMMUNE	20
4.1 UTFORDRINGAR.....	21
4.2 PRIORITERINGAR	21

VEDLEGG

REHABILITERINGSPLAN FOR SOGNDAL KOMMUNE.

1 Innleiing

1.1 Visjon

Kommuneplanen 2005 - 2015 Mål og strategiar viser kommunen sin visjon og verdiar for framtida. Visjonen er

Fleire innbyggjarar og auka trivsel i Sogndal

Planen er delt i tema som tek føre seg sentrale sider ved kommunen. Mellom desse er :

Trygge bu- og levekår

I Sogndal skal det vera godt å bu, leva og veksa opp, med tilrettelagde bu- og aktivitetstilbod for alle innbyggjarane.

Når det gjeld delmål og strategiar skal kommunen m.a.

- fremja folkehelsa og leggja tilhøva til rette for eit verdig liv for alle
- styrkja brukarane sin medverknad i helse-, sosial- og omsorgstenestene
- leggja til rette for eit mangfaldig bustadtilbod, med trygge nærmiljø

Det er ein visjon at denne planen skal bidra til å gje gode oppvekst- og levekår i Sogndal kommune, særleg i høve til dei som er vanskelegstilte.

Vi treng ein revidert plan for habilitering og rehabilitering fordi det vil gje oss:

- Oppdatert kunnskap om rehabiliteringsbehovet i kommunen
- Auka fokus på tverrfagleg samarbeid og samordning
- Auka fokus på brukarmedverknad og samarbeid med brukarorganisasjonane
- Auka fokus på kompetanse og kvalitetsutvikling

1.2 Statlege føringar

Rehabilitering skal alltid ytast i samsvar med dei krav som følgjer av lover, sentrale forskrifter og retningslinjer. I tillegg skal tenestene vera i samsvar med nasjonale og lokale målsetjingar og visjonar. Dei nasjonale føringane er gitt i form av stortingsmeldingar, NOU-ar, rundskriv m.m. frå fagdepartement og fagdirektorat.

Regjeringa la fram Nasjonal Strategi for habilitering og rehabilitering i St.prp.nr 1 (2007-2008) For Helse- og omsorgsdepartementet. I følgje Regjeringa har ikkje rehabilitering den posisjonen i helse - og

omsorgstenesta som dei overordna helse- og velferdspolitiske mål skulle tilseia. Det overordna målet for rehabiliteringa er å endra dette. Endringsarbeidet krev tiltak og innsats på mange område .

Følgjande punkt står sentralt i strategien:

- Det må setjast inn nok ressursar på habiliterings- og rehabiliteringsområde slik at tenesta får rett kapasitet.
- Den politiske styringa skal styrkast gjennom at det vert etablert fast kontakt mellom politisk leiing i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og brukarorganisasjonane.
- Brukarmedverknaden skal styrkast, m.a. gjennom likemannsarbeid.
- Rehabiliteringsstrategien er primært retta mot helse- og omsorgssektoren, men strategien kan ikkje lukkast utan eit nært samarbeid mellom samfunns- og departementsområde som gjeld arbeid, utdanning, barn og unge sine oppvekstvilkår m.m. Sentralt vil det bli etablert eit eige samarbeid mellom ulike departement.
- Individuell plan og koordinerande einingar er tiltak som må styrkast, det same gjeld koordineringa mellom kommunane og helseføretaka.
- Kommunane har ei sentral rolle i rehabiliteringsarbeidet. Utgangspunktet er at rehabiliteringstilbod skal tilbydast på lågast effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet).
- Det skal satsast systematisk på kvalitetsutvikling.
- Verdigrunnlaget for habilitering og rehabilitering skal ivaretakast - tenestetilbodet skal vera heilskapleg, koordinert og individuelt tilpassa, uavhengig av alder, kjønn, etnisitet, diagnose, samfunnsmessig lønsemd eller kvar ein bur i landet.
- Rehabiliteringsarbeidet skal vera med å betra og bevare funksjonsnivå, hjelpe til å endra helseskadeleg livsstil, vera med å yta tenester slik at eldre kan klara seg lengst mogeleg sjølve og at flest mogeleg kan vera aktive deltakarar i daglegliv, arbeidsliv og samfunnsliv.

Aktuelle dokument

- Forskrift om habilitering og rehabilitering
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011 (Kap 9 i St prp nr 1 (2007 -2008))
- Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet mellom HOD og KS
- Rettleiar for å inngå og vidareutvikla lokale samarbeidsavtalar mellom kommunar og dei regionale helseføretaka
- Sosialtenestelova
- Kommunehelsetenestelova
- Lov om pasientrettane
- Forskrift om individuell plan
- Strategiplan - habilitering av born

1.3 Mål

Mellom dei 10 høgaste prioriterte utviklingsområde for Sogndal kommune i planperioden 2008 – 2011 er følgjande:

Vi skal vidareføra fornyingsarbeidet i kommunen m.a. ved å delta i kvalitetskommuneprogrammet, etablera eit system for kvalitetsutvikling av tenestene i kommunen...

Internkontrollsystem er ein viktig del av eit kvalitetssystem som skal vera med å sikra fagleg forsvarleg tenester, og er eit verktøy som skal sikra at daglege oppgåver blir utførde i samsvar med lov og retningslinjer. Forskrift om internkontroll i helse- og sosialtenesta pålegg alle verksemdar som yter helse- og sosialtenester å ha eit internkontrollsystem. Dessutan har forskrifta prosedyrekrav som skal sikra tenestemottakarane sine grunnleggjande behov vert ivaretekne.

Det er ein del grunnleggjande element som må vera på plass for at ein skal få til ein god internkontroll. Følgjande strekpunkt er teke frå *IS-1183 Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helsetjenesten*.

- Oppgåver og mål – aktuelle dokument er organisasjonskart, delegasjonsreglement, funksjonsskildring, oversikt over tilsette, planar og budsjett.
- Tilgang til regelverk – alle skal sikrast tilgang til aktuelle lover og forskrifter som vedkjem verksemda – gje medarbeidarane tilgang til elektroniske regelverksamlingar og opplæring i å bruka tilgjengeleg regelverksamling
- Kompetanse - kompetansekartlegging, rekruttera personell med nødvendig kompetanse og sørgja for at alle medarbeidarane får tilstrekkeleg opplæring og etterutdanning
- Medverknad frå alle tilsette – arbeidsgrupper, kvalitetssirklar, medarbeidarsamtalar, avvikshandtering osv.
- Bruk av pasienterfaring – brukarundersøkingar, ombudsordningar, systematisera innhaldet i klager.
- Om trygge tenester, pasienttrykkleik og risikoanalysar - bruk av avviksmeldingar i forbetningsarbeid, system for å handtera tilbakemeldingar frå brukarar osv.
- Om å avdekka, retta opp og førebyggja - faglege prosedyrar, administrative prosedyrar, møtereferat, avvikshandtering, naudprosedyrar ved uhell, svikt, feil.

1.4 Målsetting med planen

Sentrale mål:

- Styrke kommunale planar for rehabilitering, samordna desse med andre delplanar innan helse- og sosialfeltet og integrera dei i økonomiplanane.
- Oppretthalde lokale organisatoriske løysingar som sikrar at rehabiliteringstilbodet er tilgjengeleg, planfast og systematisk.

- Utvikle planar som trekkjer brukarane med, og så langt som mogleg går på tvers av sektorane.
- Oppretthalde samarbeidet med 2. linjetenesta, NAV og utdaningssektoren for å hjelpa sjukemelde, kronisk sjuke og funksjonshemma.
- Gå gjennom / revidera internkontrollsystema, med særleg fokus på utfordringane knytt til heilskap og samhandling og til livsfaseovergangar. Plandokumentet inneheld mykje oppdatert informasjon som vert nyttig vidare.
- Prioritera ressursar til å internkontrollsystemet over på elektronisk format, og deretter gje alle opplæring i bruken av systemet.

1.5 Kva er re-/habilitering – definisjonar

1. Habilitering er å vinne funksjon. Oftast om barn (men kan også gjelde vaksne).

Habilitering er eit målretta arbeid for å byggje opp og støtte fysiske, psykologiske og sosiale funksjonar hos barn og unge med funksjonshemmingar som er medfødde, eller som dei er blitt påførde seinare i livet. Habilitering må gå ut frå eit utviklingsperspektiv.

2. Rehabilitering er å gjenvinne funksjon. Oftast om vaksne/eldre, men kan gjelde alle.

Rehabilitering kan også definerast som:

Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigeninnsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet. (St. meld. 21, 1998-99, s. 10)

1.6 Målgrupper for re-/habilitering

I forskrift for habilitering og rehabilitering, §3 Virkeområde, vert det slege fast at:

Tjenestetilbudene og ytelsene 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 funksjonshemning eller kronisk sykdom.

Under merknader til §3 (andre ledd) står det i tillegg at:

Ansvar for rehabilitering omfatter alle personer med behov for dette, både personer med somatiske og psykiske lidelser. Ansvarer gjelder overfor personer med medfødte behov og personer med senere ervervede behov. Det er uten betydning om funksjonshemningen er oppstått eller oppdaget i tidlig barnealder eller først i voksen alder. Dette innebærer at re-/habiliteringstilbudet skal gis til både barn, unge og vaksne. Tilbudet skal ytes uavhengig av diagnosegrupper.

1.7 Brukarmedverknad

Individnivå:

Kommunen skal sørge for brukarmedverknad i forhold til planlegging, utforming og evaluering av tilbudet til den enkelte. Med enkeltbrukar meiner ein brukaren sjølv eller verge/pårørande.

Brukarmedverknad som sikrar brukar innflytelse over eigen situasjon er ein føresetnad for at re-/habilitering skal kunne gjennomførast.

Systemnivå:

Kommunen bør sørge for brukarmedverknad på systemnivå. Det vil seie at representantar for brukarane i råd og utval vert inkludert i arbeidet med kommunen si planlegging av verksemda. Brukarinteressene bør bli involvert så tidleg som mogleg.

1.8 Avgrensingar og målgrupper i planen

Re-/habilitering gjeld brukarar som har behov for langvarige, samansette og koordinerte tiltak. Langvarig betyr oftast over eitt år, samansette og koordinerte tiltak betyr tiltak frå tre instansar eller meir. Dette samsvarar oftast med gruppa som har rett på individuell plan.

Brukarar med behov for opptrening åleine, vert ikkje omfatta av denne planen. Med opptrening åleine meiner me brukarar som t.d. etter eit brot treng oppfølging av berre lege og fysioterapeut.

Planen avgrensar seg til å gje ein status over nokre frivillige og private organisasjonar. Det er ønskjeleg å auke samarbeidet med frivillige og private organisasjonar, men dette kan ikkje påleggjast i ein slik plan. Oppdatert oversikt over organisasjonar finn ein på kommunen si heimeside på internett og i brosjyrrar på tenestetorget.

Ut frå definisjonen av habilitering og rehabilitering vert planen delt inn i gruppene barn/unge og vaksne/eldre. Dette samsvarar med organiseringa av tiltak som i stor grad utgjør ulike system rundt desse gruppene i kommunen i dag.

2 Status i Sogndal kommune

Ved inngangen til 2007 hadde kommunen eit innbyggjartal på 6822 personar. Frå år 2000 til 2006 hadde kommunen ein svak årleg vekst i folketalet, det siste året har folketalet gått litt ned. Framskrivingar viser at talet på personar i dei yngre årsklassar vil bli om lag uendra eller gå svakt attende, medan talet på eldre vil auka. Det er vanskeleg å seia eksakt kor mange studentar som til ei kvar tid oppheld seg i Sogndal, men eit rimeleg anslag er 1500-1800 personar.

Talet på innvandrarar har auka. Flyktningar som er busette i Sogndal, er ein del av denne gruppa. Asylmottaket har ein kapasitet på 120 personar. Dei fleste er busette i Sogndal sentrum eller på Kaupanger.

Kommunen har ein tenestekapasitet som ligg rundt gjennomsnittet for dei kommunane vi samanliknar oss med.

2.1 Ressursar

2.1.1 Kommunale

Helse:

- Helsestasjon: helsesøster 3.80 årsverk, herav 0.75 årsverk leiande helsesøster
- Jordmor: 1.00 årsverk i tillegg til 0.50 årsverk knytt til interkommunal samarbeidsavtale
- Fysioterapi: 2.00 årsverk fastlønna stillingar, 1.00 turnuskandidat
- 2.90 driftstilskot fordelt på 6 fysioterapeutar
- Legeteneste: Det er vel 7 500 pasientar i fastlegeordninga. Listekapasiteten er stor nok til å kunna gje nyinnflytta og studentar tilbod om fastlege.
- Legetenesta har om lag 6 timar pr veke knytt til samhandling innanfor kommunehelsetenesta, særleg rundt eldre brukarar, personar med oppfølgingsbehov etter behandling i spesialisthelsetenesta og personar med psykiske lidingar.

Pleie og omsorg:

- Institusjon: avdelingssjukepleiar 1.00 årsverk, sjuke-/vernepleiarar 10.32 årsverk, hjelpepleiarar/omsorgsarbeidarar/assistentar 17,29 årsverk og aktivtør 1.00 årsverk
- Open omsorg: sjuke-/vernepleiarar 18.59 årsverk, hjelpepleiarar/omsorgsarbeidarar 21,82 årsverk, heimehjelp/vaktmeisterteneste 32.41 årsverk
- Ergoterapi: ergoterapeut 1.00 årsverk
- Tenesteleiar Pleie og omsorg: 1.00 årsverk

Sosialtenesta:

- Sosialkurator: 3,5 årsverk
- Barnevern: 3,1 årsverk
- PU: 28,5 årsverk
- Psykisk helsearbeid: 8,4 årsverk
- Flyktning: 1 årsverk
- Tenesteleiar: 1 årsverk

2.1.2 Andre offentlege instansar

- NAV Sogndal
- NAV hjelpemiddelformidling i Sogn og Fjordane
- Samarbeidspartar i spesialisthelsetenesta

2.1.3 Private aktørar

- Idrettssenteret
- Vesterland
- Liv & Lyst
- Andre, sjå aktivitetsbrosjyra til Sogndal kommune.

2.1.2 Frivillige organisasjonar

- Frivilligsentralen
- Velferdssenteret/helselaget
- Sogndal Røde Kors besøksteneste
- Pårørandegruppe
- Andre, sjå aktivitetsbrosjyra til Sogndal kommune.

2.2 Kommunale tiltak innan re-/habilitering

Dei kommunale einingane yter tenester utifrå kva dei er ansvarlege for. Tenestene vert gitt ut frå brukaren sine behov og kva lowerket seier.

2.2.1 Born og unge (0-20 år)

Her er tenester som kun gjeld barn og unge tekne med.

Helsestasjonen / skulehelseteneste

På helsestasjonen arbeider helsesøster, lege, jordmor og fysioterapeut. Ressursane til helsestasjonen skal dekke alle tenesteområde for barn 0-20 år.

Helsestasjonen har kontakt med alle nyfødde og nytilflytte i Sogndal kommune. Alle barn blir følgde opp med faste kontrollar. Ved mistanke om eller stadfesta vanskar, vert borna kalla inn oftare og det vert evt. sett i gang tiltak etter vurdering frå ulike fagpersonar.

Helsestasjonen har fast samarbeid med kommunelege og -fysioterapeut og etter behov med sosialtenesta, PPT (pedagogisk psykologisk teneste), pediater frå Lærdal sjukehus og BUP (barne og ungdomspsykiatri).

Helsestasjon for ungdom

Helsestasjon for ungdom er eit tilbod til ungdom under 20 år som bur i Sogndal. Helsestasjonen er eit tilbod kvar veke til fastsette tider med helsesøster og lege tilstades. Det er ingen timebestilling.

Helsestasjon for ungdom gjev unge råd, rettleiing og hjelp direkte eller kan vere til hjelp med å etablere kontakt og tilvise vidare til andre instansar.

2.2.2 Skular og barnehagar

Det er 9 barnehagar i kommunen; 6 kommunale og 3 private. Alle barnehagane er godkjende for born i alderen 1- 5 år. Kommunen har 5 grunnskular der Norane, Fjærland og Trudvang skule har elevar på barnesteget, Kaupanger skule har både barne- og ungdomssteg. Sogndal ungdomsskule har ungdomssteg med elevar frå Norane, Fjærland og Trudvang. Det er også vidaregåande skule og høgskule i bygda.

Både skulane og barnehagane har tett samarbeid med helsestasjon, PPT og barnevern. Skulane og barnehagane er delvis tilrettelagt for born med nedsett fysisk funksjonsevne.

2.2.3 Pedagogisk- psykologisk teneste (PPT)

PPT skal gje råd til elevar, foreldre og skule om opplæring, oppseding og ulike problem i barnehage og skule. Vidare skal PPT gje råd om elevar som har behov for spesialundervisning, og dei skal gje råd som omhandlar det psykososiale miljø på skulen. Dei skal fanga opp bekymring og evt. kontakta andre instansar.

2.2.4 Barneverntenesta

Tiltak i barneverntenesta er retta mot barn/unge i alderen 0-18 år og kan utvidast til 23 år. Vedtak om tiltak er fatta med heimel i Lov om barneverntenester. Tiltaka kan vere førebyggjande medan barnet bur i heimen eller barnet kan plasserast utanfor heimen. Dei tilsette i barnverntenesta samarbeider med andre kommunale instansar om tiltak rundt det einskilde barnet. Tenesta blir interkommunal frå 01.09.08.

2.2.5 Sosialtenesta

Fagleiar funksjonshemma spelar ei viktig rolle når det gjeld habilitering for barn. Fagleiar koordinerar nokre av ansvarsgruppene.

2.2.6 Brukarstyrt personleg assistent

Brukarstyrt personleg assistanse er ei alternativ organisering av praktisk og personlig hjelp for sterkt funksjonshemma som har behov for bistand i dagleglivet, både i og utanfor heimen. Brukaren har rolla som arbeidsleiar og tek større ansvar for organisering og innhald i forhold til sine behov.

Moglegheit til å få brukarstyrt personleg assistanse er ikkje avgrensa til bestemte funksjonshemmingar, diagnoser eller liknande så lenge funksjonshemminga ikkje er til hinder for å utøve nødvendig brukarstyring. Det er ikkje sett nokon nedre grense for bistandsbehovet, men det føreset at bistandsbehovet er så omfattande eller av ein slik art at det meir hensiktsmessig kan ivaretakast gjennom brukarstyrt personleg assistanse enn gjennom meir tradisjonelle omsorgstenester for å kunne gje *"en aktiv og meningsfylt tilværelse i samvær med andre"*, jf. sosialtjenesteloven § 1-1.

Kriterium for å få tildelt brukarstyrt personleg assistent:

- Brukarar med samansette og omfattande tenestebehov.
- Brukarar som er i stand til å ta arbeidsleiarrolla.
- Brukarar som har eigen innsikt og som har ressursar til aktivt liv i og utanfor bustaden.
- Departementet er einig i at dette utgjer den primære målgruppa for ordninga.

Som omtalt i St.prp. nr. 60 (2004–2005) skal brukarstyrt personleg assistanse òg kunne nyttast for personar som ikkje kan ivareta brukarstyringa sjølv. Dette inneber mellom anna at personar med psykisk utviklingshemming og familiar med barn med nedsett funksjonsevne kan få tenestene organisert som brukarstyrt personleg assistanse. Dette er ei utviding av målgruppa i forhold til siktemålet med ordninga då den blei regulert i lov om sosiale tenester i 2000, jf. rundskriv I-20/2000.

2.2.7 Vaksne og eldre

Fysioterapi

Fysioterapi er førebygging, vurdering/diagnostisering og oppfølging/opptrening, inkludert re/habilitering. Kommunefysioterapeutane fungerer som re/habiliteringskoordinator. Turnuskandidaten deler arbeidsoppgåver med dei andre kommunefysioterapeutane. Fysioterapitenesta deltek i ansvarsgrupper rundt barn, funksjonshemma og eldre. Fysioterapeutane med driftstilskot arbeider med diagnostisering og behandling av ungdom, vaksne og eldre individuelt og i grupper. Dei deltek òg i nokon grad i basisgrupper for langtidssjukemelde. Fysioterapeutane er lokalisert på Helsesenteret, Sogndal omsorgssenter og Fosshaugane campus.

Ergoterapi

Ergoterapeuten vurderer og legg til rette for daglege aktivitetar. Tiltaka kan vere opptrening av funksjon, tilrettelegging av omgjevnadane og tilpassing av hjelpemiddel. Ergoterapeuten deltek i ulike ansvarsgrupper. Ergoterapeuten har det overordna ansvaret for formidling av hjelpemiddel i Sogndal kommune, og er kontaktperson for NAV Hjelpemiddelsentral i Sogn og Fjordane.

Legetenesta

Fastlegeordninga blei sett i verk 01.06.01. I Sogndal kommune dekkjer legane 7500 pasientar, det vil seie 5 årsverk kurativt. I tillegg har legetenesta 59,5 timar kommunalt legearbeid. Legevaksarbeidet i kommunen skjer i samarbeid med Leikanger kommune. På Sogndal legesenter arbeider 8 legar og ein turnuslege. Som ein del av det kommunale legearbeidet sit ein lege i rehabiliteringsgruppa i kommunen. I tillegg har kvar fastlege ansvar for deltaking i rehabiliteringsarbeidet for sine pasientar der det er aktuelt. Legane deltek i oppfølging av langtidssjukemelde, basismøte med NAV og ansvarsgruppemøte.

2.2.8 Helsestasjon for unge vaksne (20-25 år)

Sogndal kommune og Studentsamskipnaden i Sogn og Fjordane (SISOF) driv i samarbeid helsestasjon for unge vaksne (HUV). Dette er eit gratistilbod for innbyggjarar i aldersgruppa 20-25 år utan timebestilling. Helsestasjonen finn stad på Sogndal helsesenter.

2.2.9 Sogndal omsorgssenter (SOS)

Sogndal omsorgssenter er fellesnemning for:

- Skulevegen 7A: institusjonsdel, sjukeheim med 25-37 plassar
- Skulevegen 7B: 12 omsorgsbustader
- Skulevegen 7C: 32 omsorgsbustader med fellesskapsløysing
- Skulevegen 9: 18 omsorgsbustader

I institusjon nyttar ein 4-10 plassar til korttidsopphald. Plassane vert nytta til:

- Avlasting
- Akutt plassar
- Rehabilitering
- Terminal pleie

- Behandling/etterbehandling

Brukargruppene har ei klar målsetting for opphaldet, og det vert utarbeidd ein tiltaksplan for brukaren. Brukarar i rehabiliteringsopphald vil i sin tiltaksplan ha hovudfokus på ADL-funksjonar (daglege aktivitetar). Under opphaldet kartlegg ein funksjonar og rehabiliteringspotensiale, samt utarbeider ein tiltaksplan med sikte på å meistre kvardagen i eigen bustad. Sentralt under opphaldet står utprøving/tilpassing av tekniske hjelpemiddel. Mål og tiltak vert utarbeidd tverrfagleg mellom ulike faggrupper, brukar og pårørande.

2.2.10 Aktivitetsavdelinga

Avdelinga gir i hovudsak tilbod til brukarar som er heimebuande. Innskrivne til lang-/korttidsopphald i institusjon vert unntaksvis tildelt opphald. Brukarane får utarbeidd ein individuell aktiviseringsplan. Aktivitørar utfører arbeidet i samarbeid med ergoterapeut og fysioterapeut.

2.2.11 Open omsorg

Tenesta er organisert i 4 soner (Fjøra, Stedje, Skulevegen 7C og Fjærland). Ein avdelingssjukepleiar er soneleiar i kvar sone. Tenestene omfattar helsehjelp i form av heimesjukepleie og praktisk bistand i form av heimhjelp. Målsettinga vil vere å auke ADL-funksjon og dermed betre evna til eigenomsorg. Oppfølging og gjennomføring av medisinske tiltak vil også vere ei av hovudoppgåvene. Pleie og omsorg får tilmeldt eit rehabiliteringsbehov etter til dømes innlegging i sjukehus.

2.2.12 Sosialtenesta

Tenesta har ei generell opplysnings-, rettleiings- og rådgjevingsplikt for å løyse og førebygge sosiale problem. Sosialtenesta har mellom anna ansvar for å gje praktisk hjelp, skaffe støttekontakt, avlasting, økonomisk stønad, mellombels husvære; alt dette tenester som kan vere nødvendige i rehabiliteringsprosessen. Sosialkurator koordinerer tiltaka.

- Rus: Personar med rusmisbruk har vanlegvis eit samansett problem og kan trenge hjelp frå sosialtenesta på fleire måtar. Avrusing kan gjerast lokalt, men det vanlegaste er opphald ved avrusingsklinikkar med oppfølging lokalt. Etterverngruppe i frivillig regi er då ein viktig faktor. Og for familien kan ein tilby deltaking i pårørandegruppe.
- Psykisk helsearbeid: Fagleiar psykiatri er koordinator for psykiatritenesta. Sogndal kommune har siste åra gradvis bygd opp eit tilbod til innbyggjarar med psykiske lidingar/vanskar. Miljøterapeutar gjennomfører arbeidet individretta og i grupper. Arbeidsoppgåvene er førebygging av tilbakefall, oppfølging av behandling, samt rehabilitering. Brukarar av psykisk helsearbeid er ei svært samansett gruppe individ, grovt kan ein skilje mellom kronisk sjuke og forbigåande psykiske vanskar. Individ med kroniske lidingar vil trenge langsiktige planar for habilitering/rehabilitering. Så vel det medisinske må det sosiale, yrkesmessige og daglegdagse takast omsyn til.
- Psykisk utviklingshemma (PUH): Sosialtenesta bidrar med hjelp til hus (tilrettelegging), avlasting, støttekontakt, familiebesøk, samt arbeid og aktivitet. Miljøterapeutar kartlegg og utfører arbeidet med brukarar i verna bustader. For heimebuande er det ulikt kor mykje hjelp sosialtenesta bidreg med.

2.2.13 Tverrfagleg samarbeidsgruppe (TSG)

TSG består av tenesteleiar pleie og omsorg, tenesteleiar sosial, ein av soneleiarane i sone Stedje og sone Fjøra. Fagleiar psykiatri og koordinator PU, kommunefysioterapeut og ergoterapeut deltek etter behov.

Handsamar saker som gjeld tildeling av:

- langtids-/korttidsopphald i institusjon
- heimesjukepleien og praktisk bistand, heimehjelp
- personleg assistent
- omsorgsløn
- støttekontakt
- tenester innan transportordning for funksjonshemma etter fylkeskommunale retningslinjer
- husvære i omsorgsbustad
- alarmtelefon
- matombringingsteneste frå SOS
- dagplass i aktivitetsavdelinga
- godkjenning av parkeringskort

2.2.14 Norsk Arbeid og Velferd (NAV)

NAV Sogndal er eit partnerskap mellom stat og kommune, der delar av sosialtenesta er samordna med dei statlege tenestene.

Hovudmåla for NAV-reforma er:

- Fleire i arbeid og aktivitet og færre på stønad
- Tenester som er enklare for brukarane og tilpassa deira behov
- Ein heilskapleg og effektiv arbeids- og velferdsforvaltning

NAV-kontoret har mellom anna ansvar for oppfølging av arbeidssøklarar, inkludert personar på yrkesretta attføring, og oppfølging av sjukmelde og personar på tidsavgrensa uførestønad. Målretta arbeid, god dialog og tett samarbeid mellom arbeidsliv, hjelpeapparat og NAV-kontoret er ein føresetnad for å nå måla om eit meir inkluderande arbeidsliv. Dialogmøte mellom arbeidstakar, arbeidsgjevar, lege, evt. anna helsepersonell og NAV-kontoret er eit viktig tiltak i oppfølging av sjukmelde. NAV-kontoret samarbeider med arbeidslivet, arbeidsmarknads- og vekstverksemdar om å finne gode arbeidstrenings- og arbeidsutøvingsplassar.

NAV-kontoret legg opp til bruk av sjølvhjelpslysingar på mange område, og gjev rettleiing til brukarar som treng det. Einskildpersonar og familiar med særskilde behov kan søkje om ulike støtteordningar og hjelpemiddel.

2.2.15 NAV Hjelpemiddel

Sogndal kommune har inngått samarbeidsavtale med Hjelpemiddelsentralen i Sogn og Fjordane, og er ein aktiv brukar av tenestene derifrå. I Sogndal finst der lokale fagkontaktar for fagområda: syn, høyrsel, kommunikasjon, rørsle og vaktmeistersteneste. I kommunen er det òg eit lokalt hjelpemiddellager som formidlar utlån inntil 2 år. Pleie- og omsorgstenesta formidlar utlån. Kommunen er ansvarleg for fornying av utstyr.

2.2.16 Private aktørar/frivillige lag- og pasientorganisasjonar

I tillegg til offentlege instansar, har Sogndal ein rekke private aktørar, samt frivillige lag- og organisasjonar som gjer ein viktig innsats for innbyggerane.

Frivilligsentralen er eit formidlingskontor for frivillig innsats som omfattar ulike typar praktisk hjelp. Velferdssenteret vert drive av Helselaget og gir dagtilbod med ulike typar aktivitetar. Sogndal Røde Kors besøksteneste gir tilbod til innbyggerar som har behov for sosial kontakt. I Sogndal er det fleire aktive lokallag for ulike pasientorganisasjonar som fremmer ulike pasientgrupper sine rettar og interesser. For personar med kroniske rusproblem og deira pårørande finst det etterverngrupper/pårørande grupper.

2.3 Samarbeidspartar i spesialisthelsetenesta

2.3.1 Helse Førde, Habiliteringseiniga

Barnehabiliteringa er ei spesialistteneste som gjev tverrfaglege tenester til funksjonshemma og kronisk sjuke born og unge i Sogn og Fjordane. Avdelinga består av barnelege, barnefysioterapeut, ergoterapeut, sjukepleiar, vernepleiar, spesialpsykologar, spesialpedagogar, sosionom og sekretær.

Målsettinga for arbeidet er:

- undersøke, diagnostisere og foreslå tiltak i samarbeid med dei kommunale hjelpetenestene.
- gje den funksjonshemma med sine familiar informasjon og opplæring.
- tilby tenester for å styrke habiliteringsarbeidet i kommunane.
- samordne ulike spesialisttenester utanfor kommunalt hjelpeapparat.

2.3.2 Helse Førde, Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFMR)

Avdeling for Fysikalsk Medisin og Rehabilitering (AFMR) skal dekke behovet for spesialisert rehabilitering i Sogn og Fjordane. Avdelinga har poliklinikk og eiga sengeavdeling med 11 sengeplassar. Avdelinga består av eit tverrfagleg team av spesialistlegar, sosionomar, ergo-/fysioterapeutar, sjukepleiarar, logopedar, nevropsykologar og helsesekretærar. Ortopediingeniør og ortopediskomakar har faste tider ved avdelinga for måltaking til protesar og utprøving/tilpassing av andre ortopediske hjelpemiddel.

Målgruppene er i utgangspunktet alle med funksjonsproblem som har behov for assistanse til å nå eller halde ved like sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle, psykiske og sosiale funksjonsnivå.

2.3.3 Helse Førde, Lærings- og meistringssenteret (LMS)

Lærings- og meistringssenteret (LMS) er eit senter for meistring av kronisk/langvarig sjukdom og funksjonshemming. I LMS er også Ambulant rehabiliteringsteam og Behandlingshjelpemiddel organisert.

LMS skal fungere som ein ressursbase for kommunal rehabilitering og er:

- ein tilgjengeleg og nøytral møteplass for personar med kronisk sjukdom eller funksjonshemming, deira familie og vener, brukarorganisasjonar og fagpersonar.
- eit senter for kursverksemd.
- eit bidrag til at helsepersonell får auka kompetanse til å lære ifrå seg.
- eit aktivt informasjonssenter

2.3.4 Ambulant rehabiliteringsteam (ART)

Ambulant rehabiliteringsteam (ART) arbeider for å betre samhandling og kommunikasjon mellom sjukehus og kommune i rehabiliteringsarbeidet. ART er støttespelar i oppfølging av innlagde pasientar med tanke på samordning av vidare tiltak og ein ressurs for brukarane og kommunane i rehabiliteringssaker. Målet er at brukaren skal oppleve ein god og samanhengande rehabiliteringsprosess. Målgruppa er vaksne med funksjonshemming som blir hindra i si livsutfalding og som treng tverrfagleg bistand.

Pasientar som er innlagde i sjukehus vert tilviste til ART av aktuell avdeling ved behov. Frå kommunane kan både brukar, pårørande, helsepersonell ta direkte kontakt enten pr. telefon eller sende ei skriftleg tilvising.

2.3.5 Behandlingshjelpemiddel (BHJM)

Behandlingshjelpemiddel (BHJM) er spesialisert medisinsk behandling som finn stad heime hos pasientane. Behandlinga skjer ved bruk av utstyret/hjelpemiddelet utanfor sjukehus, mellom anna i heimen til pasientane, på arbeidsplassen eller i skule og barnehage. Behandlingshjelpemidla er eigde av helseføretaket og vert lånte ut til pasientane etter søknad frå legespesialist.

Ordninga med behandlingshjelpemiddel omfattar medisinskteknisk utstyr, flyrande oksygen, forbruksmateriell inklusive apotekvarer og medisinske og tekniske tenester inklusiv transport.

2.3.6 Rehabiliteringseining Lærdal sjukehus

Ved lokalsjukehuset er det ikkje eiga rehabiliteringsavdeling, men det er tilsett fagpersonale med kompetanse innan rehabilitering. Desse er sentrale innan oppstart av ein rehabiliteringsprosess, samt vurdere rehabiliteringspotensiale.

2.3.7 Rus

Fylket har pr. i dag ikkje institusjon for avrusing. Tenester av denne art vert kjøpte utanfor fylket. Rusmiddelkonsulentane ved sosialkontora formidlar tilbodet om tenesta.

2.3.8 Psykiatri / psykisk helsearbeid

Rehabilitering av personar med psykiske vanskar skjer for det meste i heimkommunane. Behandlinga har endra seg frå langvarige institusjonsopphald til kortare opphald med meir aktiv behandling og rehabilitering i heimemiljøet.

Indre Sogn Psykiatrisenter er no lokalisert på Rutlin i Sogndal. Der er poliklinikk for barn-/ ungdom og vaksne. I tillegg har dei tilbod om dagopphald for vaksne, samt døgnavdelingar (ei korttids- og ei langtidsavdeling).

2.3.9 Familievernkontoret

Familievernkontoret er ei spesialisthelseteneste som har familierelaterte problemstillingar som sitt fagfelt. Hovudoppgåvene til kontoret er rådgiving og behandling til par og familiar. Dei driv dessutan utadretta rettleiings- og informasjonsarbeid. Ei sentral oppgåve er mekling ved samlivsbrot. Alle kan venda seg direkte til familievernkontoret i sin kommune.

Ved familievernkontoret arbeider psykologar, sosionomar og andre faggrupper.

2.3.10 Tenester frå høgare nivå/kompetansesenter

I tillegg til habiliteringseininga i Helse Førde, samarbeider Sogndal kommune med Haukeland inkludert spastisitetsklinikken og ganglaboratoriet på Vestlund, Rikshospitalet og Sunnås med senter for sjeldne lidningar og Frambu kompetansesenter for ulike syndrom og sjeldne lidingar.

Omfattar sjukehus/senter med spesialkompetanse innan ulike fagfelt.

3 Leing og organisering

Lowverket og forskriftene opnar for ulike løysingar i kommunane med omsyn til organisering og gjennomføring av re-/habilitering. Vidare følgjer forslag til korleis re-/habilitering kan bli utført i Sogndal kommune. Det er forsøkt å legge til rette for vidareføring av allereie eksisterande tenester i dag.

3.1 Individuell plan

Personar som har behov for langvarige og koordinerte tenester har rett til å få utarbeidd ein individuell plan. Retten er regulert i Pasientrettighetslova §2-5, med utfyllande reglar i Forskrift om individuelle planer. Plikta til å utarbeide individuell plan er forankra i Kommunehelsestjenestelova §6-2a, Spesialisthelsetjenestelova § 2-6 og Psykisk helsevernlov §4-1. Ein individuell plan grip om alle teneste- og forvaltningsområde, og bør omfatte alle tenester og ytingar ein person med langvarige og samansette behov treng for å kunne leve eit aktivt og sjølvstendig liv. (Helse og sosialdepartementet - Veileder for individuell plan 2005)

Viser til Forskrift om individuelle planar § 7 for kva ein individuell plan skal innehalde.

3.2 Ansvarsgrupper

Ansvarsgruppe er ei arbeidsgruppe som er oppretta spesielt for kvar brukar. Kjernen i ansvarsgruppa skal vere dei som arbeider mest med brukaren og som har eit forpliktande delansvar for tiltak retta mot brukar. Fagpersonar som er med i ei ansvarsgruppe, vil variere etter kva livssituasjon den einskilde er i. Ved behov kallar ein inn til utvida ansvarsgruppemøte med alle involverte fagpersonar og evt. spesialisthelsetenesta. Ansvarsgruppa har ansvar for utarbeiding, gjennomføring og evaluering av individuell plan.

Primærkontakt:

Primærkontakta koordinerar ansvarsgruppa med møter og arbeid med individuell plan.

3.3 Re-/habiliteringskoordinator

For å møte krava i forskrifta, har kommunen oppretta koordinatorfunksjon for habilitering og rehabilitering. Koordinatorfunksjonen bør leggest som deltidsstilling til kommunal fagperson. Dette for å sikre god fagleg vurdering, samt sikre tverrfagleg samarbeid. Koordinatorfunksjonane er lagt til fysioterapistillingar, 10% habilitering og 10% rehabilitering.

Oppgåver til koordinatorfunksjonen er:

- Vere kontaktperson for innbyggjarane og fagpersonar i kommunen, samt andre instansar. Koordinator må vere tilgjengeleg både i form av informasjon utad og tid avsett til oppgåvene.
- Kanalisere førespurnader til rett instans i kommunen.
- I særskilde høve samle inn opplysningar om pasienten og vurdere rehabiliteringspotensiale og – behov og deretter kalle inn til møte i re-/habiliteringsteam. (Vurdering i samsvar til gitte retningslinjer, sjå kap 1)
- Delta i leiarteam for rehabilitering.
- Førebu og kalla inn til møter i leiarteam for rehabilitering.

Rehabiliteringskoordinator har ikkje mynde til å avgjere kven som har rett på ansvarsgruppe/individuell plan og skal heller ikkje delta i/leie ansvarsgrupper ut over det som følgjer av hovudstillinga.

3.4 Re-/habiliteringsteam

Desse teama består av fagpersonar som kan avgjere behov for re-/habilitering, oppretting av ansvarsgrupper og utarbeiding av individuell plan hjå brukarar som er blitt melde til koordinator. I dag er ulike fagpersonar knytt til ulike aldersgrupper. Det er difor naturleg å ha eitt habiliteringsteam og eitt rehabiliteringsteam.

1. Habiliteringsteam:

Habiliteringsteamet i Sogndal kommune består av lege, helsesøster, fysioterapeut og fagleiar funksjonshemma.

2. Rehabiliteringsteam:

Rehabiliteringsteamet tilsvarar utvida Tverrfagleg samarbeidsgruppe (TSG) der koordinator for rehabilitering er med i tillegg til dei faste medlemmane. I rehabiliteringsteamet bør då ergoterapeut og fysioterapeut sitje i tillegg til dagens team.

3.5 Leiargruppe for rehabilitering

For å styrke samarbeidet om rehabiliteringstenesta, er det oppretta ei leiargruppe for rehabilitering. Gruppa skal vere på leiar-/systemnivå og bør ha møte to gongar i året.

Leiargruppa sine oppgåver vil vere å koordinere og planleggje rehabiliteringstenesta på eit overordna plan. Gruppa skal revidere re-/habiliteringsplanen i kommunen, sørge for koordinering av opplæringstiltak for fagpersonar i kommunen og avklare prinsipielle spørsmål som går på tvers av fleire faggrupper, einingar og nivå i systemet.

I gruppa er Leiar for Tenesteeiningane Helse, Omsorg og Sosial naturlege representantar i tillegg til koordinator for habilitering og rehabilitering, lege med rehabilitering som kommunal oppgåve, ergoterapeut, fagleiar funksjonshemma, fagleiar psykisk helsearbeid, leiande helsesøster og ein brukarrepresentant (minst ein gong i året). Det er ynskjeleg at også PPT skal delta.

3.6 Korttidsavdeling med rehabiliteringseining

Rehabiliteringseininga bør planleggjast som ein del av ei korttidsavdeling. Korttidsavdelinga bør bestå av 12 plassar, herav minimum 4 plassar øymerka til rehabilitering som ved behov kan utvidast til 6 plassar. I periodar då rehabiliteringsbehovet er lite, kan rehabiliteringsplassane bli nytta til rein opptrening.

Rehabiliteringseininga kan med fordel bli lagt til noverande D-avdeling i 2. etasje i Skulevegen 7A. Rehabiliteringsromma bør plasserast nær fellesromma på eininga. Fellesarealet i eininga bør bestå av treningskjøkken, opphaldsrom og mindre grupperom til utprøving av hjelpemidlar og opptrening av ulike ADL-funksjonar. Dette fellesarealet bør bli utforma og tilrettelagt med tanke på tilgjenge og deltaking for rehabiliteringsbrukarane.

Fast og stabilt pleiepersonale og kompetanseoppbygging ved korttidsavdelinga innan rehabilitering bør prioriterast. Ergoterapeut, fysioterapeut og lege må ha fast tilknytning til avdelinga og andre faggrupper kan trekkast inn ved behov. Etablering av gode rutinar for tverrfagleg samarbeid, herunder utarbeiding av individuelle planar og brukarmedverknad bør legge grunnlaget for ei god fungerande lokal korttidsavdeling

I ei rehabiliteringseining vil ergoterapeuten vere ein viktig fagperson. Dersom noverande kommunal ergoterapeut skal nyttast aktivt i den daglege aktiviteten ved eininga, må stillingsinnhaldet til ergoterapeuten bli revurdert. Enkle hjelpemiddel som i dag vert formidla av ergoterapeuten kan då bli

lagt til merkantilt personale, og det bør bli oppretta stilling for ambulant vaktmeister. Alternativt bør stillingsressursen for ergoterapeut utvidast.

Kommunane er i dag på full fart mot ein sjukeheim der oppgåva vert å ta imot pasientar som er klare for utskrivning frå sjukehusa. Dette medfører større ansvar for fullføring av påbegynt behandling, samt rehabilitering.

3.7 Aktivitetsavdeling

Dagtilbodet bør prioriterast i ei eiga eining. Tilbodet til den einkilde brukar bør utarbeidast i nært samarbeid med ergo-/fysioterapeut og pleiepersonalet. Avdelinga bør ligge sentralt i SOS, gjerne i relasjon til øvrig fellesareal, men med høve til skjerming frå anna aktivitet.

Aktiviteten ved avdelinga har ein viktig funksjon for brukarar innan omsorg. Ved å øymerke arealet, unngår ein at dei heimebuande misser dagtilbodet sitt. Eit dagtilbod er for mange nok til å utsetje innlegging i heildøgnsinstitusjon. Å integrere dagtilbodet i bueingane er eit dårleg alternativ for dei som ikkje bur i desse einingane.

Rehabiliteringsbrukarane vil ha tidsavgrensa døgnopphald, og mange vil ha stor nytte av ytterlegare rehabilitering i dagtilbodet. Dagtilbod kan vere ein vesentleg faktor for rehabiliteringsbrukarar som bur heime i heile rehabiliteringsprosessen. Aktivitetsavdelinga gir òg eit viktig tilbod til bebuarar i institusjon og omsorgsbustader, for å oppretthalde mental og fysisk funksjon, trivsel og sosialt samvere. Aktivitøren si sentrale rolle i aktivitetsavdelinga i dag kan vidareførast og utviklast i høve til rehabilitering. Avdelinga må styrkast personellmessig dersom funksjonsmåla skal nåast.

3.8 Tverrfagleg samarbeid

Re-/habilitering må inngå i ein tverrfagleg arbeidsstruktur, der dei fagtilsette arbeider i fellesskap ut mot brukar og andre samarbeidspartnarar. Det tverrfaglege samarbeidet vil auke kvaliteten på tenesta til den enkelte, på den måten at tiltak vert samkørde og koordinerte. I tverrfagleg samarbeid legg ein vekt på felles målsetjing og utveksling av relevant informasjon til det beste for brukaren. I samsvar med teieplikta er samtykke frå brukar naudsynt ved utveksling av opplysningar mellom faggruppene. Gjennom arbeidet i ansvarsgrupper vert det tverrfaglege arbeidet sikra. Tverrfagleg samarbeid i kommunen er også avhengig av eit etablert og fungerande samarbeid med 2. og 3. linjetenesta.

3.8.1 Teieplikt

Alt helsepersonell er underlagt teieplikt, jf. § 21-23 i helsepersonellova av 01.01.01.

§21 tek føre seg hovudregel om teieplikta som seier:

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysningar om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlege forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

§22 Samtykke til å gi informasjon seier:

Taushetsplikt etter §21 er ikkje til hinder for at opplysningar gjøres kjent for den opplysningene direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker.

Tieplik er også heimla i Lov om Barnevern og Lov om Sosiale tenester.

Skjematisk oppsett over foreslått organisering:

Tiltak	Deltakarar	Møtefrekvens	Målsetjing	Innkalling
Leiargruppe for Rehabilitering	Tenesteområda som har (re-)habilitering som arbeidsfelt: Helse Omsorg Sosialtenesta Koordinator for habilitering og rehabilitering Brukarrepresentant (min.1x pr. år) Andre etter behov	2 x pr. år	Koordinering og planlegging. Evaluering Opplæring	Koordinator for rehabilitering
Rehab.team	TSG + fysio/ergo	Etter behov	Felles: Vurdere enkeltsaker.	Koordinator for rehabilitering
Hab.team	Helsesøster, lege, Komm.fysio.	Etter behov	Fordele ansvar	Koordinator for habilitering
Ansvarsgruppe	Brukar / pårørande, Aktuelle fagpersonar	Etter behov, min. 2x pr. år	Individuell plan, koordinering av samarbeidet	Primærkontakt

3.9 Samarbeid med private organisasjonar

Samarbeid med dei private organisasjonane kan ikkje påleggjast i denne planen, men for nokre brukarar kan dei vere viktige aktørar i rehabiliteringa. I nokre tilfeller kan tilbodet frå organisasjonane utfylle det dei kommunale tenestene kan tilby, særskilt med tanke på å oppnå livskvalitet på fleire område. For andre personar kan tilbod frå dei private organisasjonane vere aktuelt å nytte seg av etter ein periode med intensivt opplegg frå kommunale tenester.

4 Utfordringar og prioriteringar i Sogndal Kommune

Til slutt i planen sett vi fokus på utfordringar relatert til re-/habilitering i kommunen, ulike løysingar og prioriteringar.

4.1 Utfordringar

Utfordringar i re-/habiliteringsarbeidet :

- Følgje retningslinjene i forskriftene for rehabilitering og individuell plan.
- Kvalitetssikre arbeidet innan helse-, sosial- og omsorgstenestene.
- Sikre at den enkelte brukar får eit heilskapleg re-/habiliteringstilbod.
- Fungerande koordinatorfunksjon og re-/habiliteringsteam.
- Kompetanseoppbygging.
- Betre tverrfagleg samarbeid med interne og eksterne samarbeidspartar.

Tiltak :

- Ta i bruk KERBAS som kvalitetssikringssystem

4.2 Prioriteringar

Kompetanseoppbygging

Viser til utarbeidd Kompetanseplan fram til 2015.

Tre døme på re-/habiliteringsarbeid i praksis

1. Barn

Barn med funksjonshemming, oppdaga ved fødsel eller seinare i småbarnsalderen.

Melding til koordinator om barnet kan komme frå foreldre, helsesøster, fastlege eller andre som har kontakt med barnet.

Dersom det ikkje er foreldre som kontaktar koordinator må det føreliggje samtykke frå foreldra.

Planleggingsfase:

- Koordinator kontaktar foreldre og informerer om saksgang og kva som vil skje vidare. Koordinator organiserer møte i Habiliteringsteamet (som vil bestå av helsesøster, fysioterapeut, helsestasjonslege og fagleiar funksjonshemma).
- Habiliteringsteamet har i oppgåve å vurdere behov for ansvarsgruppe rundt barnet, og koordinator skal innkalle til møte med aktuelle faggrupper. Aktuelle faggrupper kan være pedagog / logoped frå PPT, skule/ barnehagepersonell eller ergoterapeut.
- Ansvarsgruppe blir etablert etter behov.

Tiltaksfase:

- Ansvarsgruppa vel eigen koordinator for gruppa.
- Ansvarsgruppemøte minimum 2 gongar i året.
- Ansvarsgruppa skal lage individuell plan for barnet. Sjå forskrift om individuelle planar.

2. Eldre slagpasient

Pasient meldt frå Lærdal sjukehus/Førde sentralsjukehus til koordinator for rehabilitering. Diagnose: apoplexia cerebri, hjerneslag. Funksjon: kan gå med hjelpemiddel over korte distansar, kan sitte, snakke, men har liten funksjon i venstre arm.

Planleggingsfase:

- Koordinator melder behov om rehabilitering i rehabiliteringsteamet.
- Oppretter ansvarsgruppe med aktuelle fagpersonar: sjukepleiar, lege, ergoterapeut og fysioterapeut.
- Ei gruppe fagpersonar som skal jobbe nær brukaren møter pasient og pårørande, kartlegg potensiale og behov.
- Individuell plan vert utarbeidd der tiltak, målsetting, ansvarsfordeling og tidsavgrensing kjem klart fram.

Tiltaksfase:

- Opphald rehabiliteringsavdeling ved SOS bestemt antal veker: Målsetting: mest mogleg sjølvhjelpen før utskriving til heimen.
- Tiltak vert kartlagt og utført. Opptrening av funksjon, tilpassing av hjelpemiddel og evt. tilrettelegging i heimen.
- Evaluering av tiltaka undervegs, eventuell justere tiltak.

Etter heimereise:

- Vidareføre opptrening ved Idrettssenteret under rettleiing frå fysioterapeut, delta i dagtilbod ved dagavdelinga på SOS i 3 mndr.
- Sidan ny evaluering.

3. Rus

Klient meldt frå lege, Lærdal sjukehus, Førde sentralsjukehus/2. linjetenesta eller pårørande til kurator ved sosialkontoret.

Diagnose: alkoholikar/rusmiddelmisbruk. Sjukemeldt, bur åleine, dårleg økonomi, lite nettverk.

Planleggingsfase:

- Kontaktar klient. Kartlegge situasjonen. Ønske om å bli rusfri?
- Opprette ansvarsgruppe; fastlege, bedriftshelseteneste, rusmiddelkonsulent, arbeidsgjevar, økonomisk rådgjevar.
- Individuell plan vert utarbeida og primær kontakt vert avklara.

Tiltaksfase:

- Innlegging i rusklinikk: sosialtenesta er søkande instans.
- Lokale tiltak i permisjonar og etter utskriving: hyppige samtaler med kurator, møte med arbeidsgjevar, økonomisk rådgjeving, tilbod om lokal etterverngruppe, nettverksarbeid. Tilbod til pårørande om å delta i pårørandegruppe.

Evalueringsfase:

- Evaluering undervegs.