



# Rehabiliteringsplan

Granvin Herad  
Revidert 2013/14

Alle kan kome i ein situasjon der ein ikkje har kontroll over eige liv.

Rehabilitering i eit helseperspektiv handlar om å få hjelp til å gjenvinne kontroll.

Det er avgjerande for oss i alle livssituasjonar å fungere best mogeleg innafor dei rammer og mogelegheiter me har. Det handlar både om livskvalitet og verdigheit.

Det er eit fundamentalt behov å mestre og være mest mogeleg sjølvhjelpen.

Rehabilitering er å bidra til at den enkelte kan fungere optimalt utifrå sine føresetnadar.

## **Eit Sandkorn**

Det var eit sandkorn  
på havsens strand  
som ville skina  
som perla kan

Og segni segjer  
for visst og sant  
at kornet vart  
ein diamant

Det vesle kornet  
frå sandgrått hav  
skin no på knappen  
på kongens stav

(Frå Glør i oska. Olav H. Hauge 1946)

# Innhald

## 1. Innleiing

1.1 Lovgrunnlag .....	s 4
1.2 Definisjonar innan re-/habiliteringsfeltet .....	s 5
1.3 Arbeidsretta tiltak.....	s 9
1.4 Føremål med rehabiliteringsplan.....	s 10

## 2. Målgruppe/Behov

2.1 Kven treng re-/habiliteringstilbod i vår kommune?....	s 10
2.2 Behov .....	s 11

## 3. Organisering/ressursar i dag

3.1 Aktørar og samarbeidspartar innan re/habilitering....	s 11
3.2 Personalressursar i Granvin herad.....	s 13
3.3 Andre ressursar .....	s 14
3.4 Stoda i heradet sitt re-/habiliteringsarbeid i dag...	s 14

## 4. Mål og tiltak i rehabiliteringsarbeidet

4.1 Mål/Tiltak 1- Sentrumsnære bustader.....	s 15
4.2 Mål/tiltak 2- Tverrfagleg kompetanse .....	s 17
4.3 Mål/Tiltak 3- Førebyggjande helsearbeid.....	s 18

5. Evaluering .....	s 19
---------------------	------

6. Kjelder .....	s 20
------------------	------

## 7. Vedlegg.

1. Tilråding om oppgåver som skal ivareta av kommunalt rehabiliteringsteam/koordinerande eining .....	s 21
2. Prosedyre for utarbeiding av individuell plan.....	s 22
3. Oppgåver for personleg koordinator .....	s 24
4. Rehabilitering i eigen kommune. Informasjonsfoldar .....	s 25
5. Kommunalt rehabiliteringsteam. Informasjonsfoldar .....	s 27

Desse har vore med i arbeidet med planen:

Kommunelækjar	Gunnar Hetland- til 01.08.13
Avd.leiar Pleie og omsorg	Magnhild Grønningsæter Ingunn Strømmen - frå 01.03.14
Ergoterapeut	Magnhild Branstveit
Helsesyster	Grete Kari Ljones
Sosialkonsulent/Nav	Hege Holven
Sakshandsamar Nav	Odd Einar Helleve
Råd for menneske med nedsett funksjonsevne	Marianne Espeland.

Ansvarleg for planen er heradet sitt kommunale rehabiliteringsteam og brukarrepresentant for Råd for menneske med nedsett funksjonsevne. Ergoterapeut har vore sekretær.

Re-/habilitering er skrivemåte i nyare lovverk for å inkludere både habilitering og rehabilitering.

Kommunalt rehabiliteringsteam er omtalt som Koordinerande Eining. (sjå pkt.1.2 definisjonar)

Same skrivemåte og omgrep vil bli nytta i planen her.

Me vonar at planen skal setja fokus på re-/habilitering og vera med å styrkja fagkompetansen innan denne helsetenesta.

Re-/habilitering ei av fleire lovpålagte kommunale helsetenester. Det er ei helseteneste som krev innsats frå fleire personellgrupper, ofte på tvers av tenestenivå, både i og utanfor helsetenesta. Dette stiller store krav til både planlegging og organisering.

Brukaren har lovfesta rett til individuell plan. Individuell Plan skal være med å sikre ei god samhandling mellom dei ulike instansane og er eit kommunalt ansvar, presisert i helse- og omsorgstenestelova av 2011.

Rehabiliteringsplanen skal være reiskap for dei som arbeider med rehabilitering i kommunen, men skal og gje informasjon til brukarar og andre samarbeidspartar.

Revidert mai 2014.

Planen bør evaluerast med 2 års mellomrom.

# 1. INNLEIING

## 1.1 Lovgrunnlag

### **Helse- og omsorgstenestelova.(2011)**

Heradet skal tilby nødvendig helse- og omsorgstenester til alle som oppheld seg her. Lovverket pålegg kommunane seks ulike helsetenester og medisinsk habilitering og rehabilitering er ein av dei.

“Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne”

(Helse – og omsorgstenestelova§ 3-1).

Retten til re-/habilitering er heimla som eiga teneste i helse- og omsorgstenestelova.

Tenesta re-/habilitering kan tildelast i eige vedtak, eller heimlast i det tilbodet som vert gjeve. Ved for eksempel korttidsplass i sjukeheim skal det i vedtaket om korttidsplass presiserast at tilbodet inneheld re-/habilitering.

**Vedtak** om sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering skal heimlast etter Helse- og omsorgstjenestelova § 3-2 punkt 5, jf. § 3-1 (Del 1.6 Info consensus).

**Forskrift om habilitering og rehabilitering( 2012)** presiserar det kommunale ansvaret slik: ”Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering” (Forskrift om re-/habilitering § 5).

### **Folkehelselova (2011) seier i § 4 at:**

“Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen” (Folkehelselova § 4).

I lovformuleringane ser ein tydeleg at rehabilitering og folkehelse er to sider av samme sak.

**Spesialisthelsetenestelova** er lovgrunnlaget som styrer tiltak i helse Bergen inkludert Voss sjukehus.

Kommunane i vårt lokalsjukehusområdet har “Tenesteavtale 2” som konkretiserar dette samarbeidet. Tenesteavtale 2 har retningslinjer for samarbeid knytt til innlegging, utskriving og re-/habilitering. Det skal sikre heilskaplege og samanhengande helse- og omsorgstenester til pasientar som har behov for koordinerte tenester.

([www.Saman.no-Tenesteavtalar](http://www.Saman.no-Tenesteavtalar)).

### **Leon prinsippet.**

Verdens helseorganisasjon (WHO) har innført prinsippet om næromsorg. LEON står for Lavest Effektive OmsorgsNivå.

Prinsippet går ut på at alt førebyggjande og helsefremjande arbeid bør føregå i så nær tilknytning til heimemiljøet som mogeleg. I omgrepet næromsorg ligg ynskje om å kunne utnytte dei mogelegheitene og ressursane som ein finn i tilknytning til nærmiljø og sosialt nettverk. Prinsippet er nedfelt som en kommunal og fylkeskommunal forpliktelse gjennom gjeldande lovverk og i en rekke offentlige utredninger og planer.

Både av hensyn til pasienten/brukaren og riktig bruk av offentlige ressursar skal i største mulig grad tenestene gjevast på lågast effektive omsorgsnivå.

(Del 1.6 Info consensus).

## **1.2 Definisjonar innan re-/habiliteringsfeltet.**

### **Habilitering.**

Når det handlar om trening av funksjonar som manglar ved fødselen, og som dermed ikkje er tapt i ordets eigentlege forstand, brukar ein ofte omgrepet habilitering. Det er mest brukt om tiltak for barn som er født med funksjonshemming.

Som eit felles omgrep for både born og vaksne brukar ein ellers berre omgrepet rehabilitering med skrivemåte re-/habilitering i nyare lovverk.

**Re-/habilitering** er planmessig arbeid for at den som er funksjonshemma på grunn av sjukdom, skade eller lyte, skal utvikle funksjonsevne og/eller mestringsevne med sikte på størst mogeleg sjølvstende og livskvalitet på eigne premissar.

(Del 6.1.1. Info consensus).

St.meld. nr. 21 Ansvar og meistring definerar re-/habilitering slik:

”Rehabilitering er tidsavgrensa, planlagte prosessar med klare mål og virkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om og gje nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet”(s. 10).

I definisjonen går det fram at rehabilitering er noko meir enn berre behandling. Rehabilitering skal omfatta brukaren sin totale livssituasjon både fysisk, psykisk og sosialt. Brukaren sjølv skal ha ein aktiv rolle i rehabiliteringsprosessen, og det må takast utgangspunkt i dei ressursar og føresetnader den enkelte har.

Målet er å gjøre den det gjeld i stand til å fungere så godt som mogeleg i dagliglivet uti frå sine føresetnadar og ynskje.

Re-/habiliteringstilbodet skal gjevast til den det gjeld uavhengig av buform. Innforstått at det kan føregå i eigen heim, på institusjon eller der ein ferierar.

Den kommunale helse- og omsorgstenesta skal og ved behov samarbeide med andre etater”(Forskrift om re-/habilitering individuell plan og koordinator Kap.3 § 5).

Rehabilitering er ein utprega tverrfagleg aktivitet, der ulike profesjonar deltek alt etter kva den enkelte treng bistand til.

### **Brukarmedverknad.**

Brukarmedverknad tyder at den det gjeld skal og må ha innverknad på tiltak. Brukarperspektivet er sentralt i re-/habiliteringsprosessen og føreset at tenestemottakar deltek aktivt i å utforme mål for re-/habilitering, og være med å avgjere tiltak som eventuelt skal prioriterast.

Tenestemottaker skal også være aktivt med i gjennomføringa av tiltak som er valgt.

Kommunen skal legge til rette for at pårørande får delta på lik linje som tenestemottakar når det er ein aktuell situasjon.

Pasient og brukarmedverknad er presisert slik i forskrift for re-/habilitering: “Kommunen og det regionale helseforetaket skal sørge for at den enkelte pasient og bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud jf. pasient- og brukerretrtighetsloven § 3-1. Med gjennomføring menes planlegging, utforming, utøving og evaluering”(Forskrift for re-/habilitering Kap. 2 § 4).

### **Pasient og brukarrettar.**

Pasient/brukar sine rettar vert det omtala slik i forskrift for re-/habilitering: “Pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan, jf. pasient- og brukerretrtighetsloven § 2-5. Vedkommende har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette, jf. pasient- og brukerretrtighetsloven § 3-1. Pårørande skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning pasienten og brukeren og pårørande ønsker det”(Kap 5.§16).

### **Samtykkekompetanse.**

Å vurdere nokon sin samtykkekompetanse er aktuelt når den det gjeld motset seg helsetenester.

I denne samanheng er samtykket ein tillatelse som gir ein eller fleire andre rett til å utføre handlingar som utan slikt samtykke ville vært rettsstridige.

Hovudregelen om samtykke til helsehjelp er nedfelt i Pasientrettighetslova § 4-1, der det vert slått fast at helsehjelp berre kan gjevast med pasientens sitt samtykke, med mindre det føreligg lovheimel eller anna gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp utan samtykke.

Individuell plan kan ikkje utarbeidast utan samtykke frå den det gjeld eller den som kan samtykke på vegne av vedkommande. Tilsvarende gjeld ved oppnemning av koordinator(Sjå vedlegg 2 og 3).

“Dersom en pasient ikke har samtykkekompetanse, har vedkommendes nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten eller brukeren, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 tredje ledd.

Den individuelle planen gir ikke pasienten og brukeren større rett til helse- og omsorgstjenester enn det som følger av det øvrige regelverket”  
(Forskrift om re-/hab. Kap5. §16).

Sjå vedlegg 5. Informasjonsfoldar om rehabiliteringsteam, rett til individuell plan og koordinator.

### **Kommunalt rehabiliteringsteam.**

Kommunalt rehabiliteringsteam er i lovverk kalla koordinerende enhet og har fyljande hovudoppgåve:

“Den koordinerte enheten skal ha generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i kommunen og enheten skal være et kontaktpunkt for samarbeid. Koordinerende enheter er et viktig virkemiddel for å bedre samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale hjelpeapparatet”  
(Forskrift om re-/habilitering § 6).

Info consensus omtalar koordinerande eining slik:

“Enheten skal være synlig og lett tilgjengelig for brukerne, og det skal være et sted å henvende seg. Enheten skal være en tydelig adresse for enkeltpersoner med behov for habilitering/rehabilitering og et møtested for interne og eksterne samarbeidspartnere”(Del 6.6.1).

Granvin har ei koordinerande eining sammensett av dei helseprofesjonane som er tilgjengelege i heradet. Sjå pkt 3.4 kommunalt rehabiliteringsteam.

Granvin herad har informasjonsfoldar; “Rehabiliteringsteam” med kort informasjon om retten til Individuell Plan og koordinator. Informasjonsfoldaren skal bidra til å gjere denne helsetenesta synleg og lett tilgjengeleg. Den er å finne på lækjarkontor, tenestetorg og på heradet si heimeside som link under tenesta Pleie og omsorg.  
Sjå vedlegg 5.

### **Hjelpemidler og ergonomiske tiltak.**

Hjelpemidler og ergonomiske tiltak er å tilrettelegge ved hjelp av tekniske hjelpemidler eller tilpassing av omgjevnadane for å kunne oppretthalde daglegdagse aktivitetar og funksjon.:

“Kommunen skal sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte. Kommunen skal vurdere hjelpemidler som ett av flere alternative tiltak på grunnlag av pasientens og brukers samlede behov. Om nødvendig skal kommunen be om bistand fra Arbeids- og velferdsetaten eller fra andre relevante instanser”(Forskrift for re-/habilitering Kap.3§9).

### **Individuell plan.**

Individuell plan er eit verktøy for samarbeid mellom pasient/brukar og tenesteapparat. Planarbeidet må koordinerast, og det skal kun utarbeidast ein individuell plan for kvar enkelt pasient eller brukar.

Kommunen si helse- og omsorgsteneste har hovedansvar for at individuell plan vert utarbeidd for den det gjeld som har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Unntak er når både spesialisthelsetenesta og kommunen er inne med tenester. Då er ansvaret for individuell plan delt og spesialisthelsetenesta skal bistå kommunen i arbeid med utarbeiding av plan.

Har pasient/ brukar behov for tenester frå andre tenestestyrar eller etatar, skal kommunen si helse- og omsorgsteneste samarbeide med dei.

Om innhald i individuell plan seier Forskrift for re-/habilitering at:

“Den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte pasient eller brukar. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til vedkommendes etniske, kulturelle og språklige forutsetninger. Planen skal inneholde følgende hovedpunkter

- a) en oversikt over pasientens og brukers mål, ressurser og behov for tjenester
- b) en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen
- c) en angivelse av hvem som er koordinator
- d) en oversikt over hva pasient og brukar, tjeneste- og bidragsyterne og eventuelt pårørende vil bidra med i planarbeidet
- e) en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse
- f) en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres
- g) en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen
- h) pasientens og brukers samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger



i) en oversikt over nødvendig eller ønskeligs samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner og etater”(Kap. 5 § 16-23).

Helsetenesta i vår kommune har mal for individuell plan i sin digitale arbeidsredskap. Malen dekkar dei områda som er nemnt ovanfor.

### **Koordinator.**

Det er helsetenesta i kommunen som skal tilby koordinator til pasient/brukar

Med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Dette gjeld uavhengig av om pasienten/ brukar ynsker individuell plan.

Koordinatoren skal syte for nødvendig oppfølging av plan og tiltaka rundt den det gjeld. Koordinator skal og sikre samordning av tenestetilbodet og framdrift i arbeidet med individuell plan ( Kap. 5 § 16-23).

### **Ansvarsgruppe.**

Pasient/brukar med samansette vanskar treng gjerne tenester frå fleire over lengre tid. Eksempel er rus, psykiatri og funksjonshemma barn. Den det gjeld og koordinator kallar inn til ansvarsgruppemøte når det er hensiktsmessig. Ei ansvarsgruppe er samansett av brukaren (eller ein representant for brukar) og dei aktuelle fagpersonane.

## **1.3Arbeidsretta tiltak.**

Folketrygdlova omtalar det som før var attføring for arbeidsretta tiltak. Det som tidlegare var medisinsk attføring er no medisinsk rehabilitering.

Funksjonshemma eller yrkeshemma er personer som pga. varig sjukdom av fysisk eller psykisk art har avgrensa høve til å delta på arbeidsmarkedet.

Det har synt seg at best resultat få ein når arbeidsretta tiltak vert planlagt og sett i verk så tidlig som mogeleg i sjukdomsforløpet.

Når det er vanskeleg å finne plass i det ordinære arbeidslivet, kan arbeidsmarkedsbedrifter (AMB), før kalla verna bedrifter, være løysninga. I desse bedriftene får ein støtte for å auke arbeidsevne. Målet er jobb i vanleg arbeidsliv. Arbeidsmarked bedrifter får støtte økonomisk av arbeidsmarknadsetaten både under opprettelse og drift. Arbeidsmarkedsbedriftene er som hovedregel aksjeselskap med kommunal eller fylkeskommunal aksjemajoritet.

I tillegg til arbeidsmarkedsbedriftene yter arbeidsmarkedsetaten økonomisk støtte til arbeidssamvirketiltak: arbeidssamvirke (ASV), arbeidssamvirke i offentlig sektor (ASVO) og produksjonsverksteder (PV). De fleste deltakerne ved arbeidssamvirketiltakene har uføretrygd som si viktigaste inntektskjelde.

## 1.4 Føremål med rehabiliteringsplan

- Setja fokus på re-/habiliteringsarbeidet.
- Få eit samordna tilbod til personar med fysiske, psykiske og sosiale vanskar.
- Skapa ei sams forståing hjå tilsette i heradet for kva Re-/ habilitering innebær.
- Skapa forståing for at re-/habilitering i større eller mindre grad gjeld *alle einingar i heradet*.
- Planen skal vera ein arbeidsreiskap i re-/habiliteringsarbeidet.
- Ha fokus på brukarmedverknad.

## 2. MÅLGRUPPE/BEHOV

### 2.1 Kven treng re-/habiliteringstilbod i vår kommune?

Rehabiliteringspasienten kan være:

- ferdigbehandla i sjukehus, men kan oppnå eit høgare funksjonsnivå med bistand og støtte frå helstenesta i kommunen.
- har kronisk sjukdom eller skade og treng bistand for å betre eller vedlikehalde funksjonsnivå

I ein kommune på vår storleik vil dei fleste personane som treng rehabiliteringstiltak være over 67 år.

Dei under 67 år vil være få men treng gjerne fleire tiltak over mange år.

#### **Problemområde.**

Det kan være ein person som har eit eller fleire funksjonstap som skapar vanskar fysisk, psykisk eller sosialt. Vedkomande treng hjelp i ein kortare eller lengre fase for å kome i gang att med livet sitt.

Personen kan ha vanskar med å fungera i kvardagen av ulike årsaker: psykiske lidingar, muskel/skjelettlidningar, utviklingshemming, sansetap, sjukdomar i nervesystemet, hovudskade, kreft eller hjarte- lungesjukdom.

Det er viktig å understreka at rehabilitering er eit frivillig tilbod. Det er brukaren sjølv som må styra kva han vil ha informasjon om, og om han vil ta imot tilbod om rehabilitering sjølv om det er føreskrive frå sjukehus.

## **2.2 Behov**

Behov for rehabiliteringstiltak kan oppstå gjennom heile livet. Uansett alder kan ein verta utsett for t.d. ulukke, brotskade, kronisk sjukdom, hjerneslag, rusproblem, ein kan mista nære personar, eller det kan skje andre belastande endringar i kvardagen. Slik kan kven som helst ha trong for rehabiliteringstenester, men i ein kommune på vår storleik vil dei eldste innbyggjarane i heradet telje flest personar. Dei yngre er få, men kan trenge rehabiliteringstiltak med jamne mellomrom heile livet.

## **3. ORGANISERING/RESSURSAR I DAG**

### **3.1 Aktørar og samarbeidspartar innan re-/habilitering**

#### **Helse Bergen – det regionale helseføretaket.**

Koordinerende eining for habilitering og rehabilitering Helse Bergen har oppgåver retta mot dei ulike lokalsjukehusområda, men i nokon høve direkte mot ein einskild kommune.

“Det skal finnes en koordinerende enhet i hvert helseforetak som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5b. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering”. (Forskrift for re-/habilitering Kap 4§11)

#### **Helse Bergen - Voss sjukehus.**

Voss sjukehus har avdeling for rehabilitering og tverrfaglege tenester. Dei er sjukehuset sitt tverrfaglege rehabiliteringsteam samansett av fysioterapeut, ergoterapeut, sjukepleiar, sosionom, diabetessjukepleiar og ernæringsfysiolog.

Dei har eit nært samarbeid med sengepostane og det personalet som er aktuelt for den enkelte pasient.

Utad mot kommunane er deira oppgåve å utvikle og ivareta rehabiliteringsnettverket i lokalsjukehusområdet samt råd og rettleiing i forhold til pasient/klient. Dei tilbyr og undervisning i kommunane innan aktuelle tema og er ansvarleg for årleg lokalsjukehuskonferanse saman med underutval rehabilitering.

Utskrivingsklare pasientar som har eit rehabiliteringsbehov vert rapportert til helsetenesta i heimkommunen. Rapporten er viktig informasjon for å kunne gå raskt vidare i rehabiliteringsprosessen.

### **Samarbeidsrådet i Voss og omland lokalsjukehusområde.**

Samarbeidsrådet er eit samarbeidsorgan med saker knytt opp mot organisering og fagutvikling i lokalsjukehusområdet. I samarbeidsrådet er medlemmane kommunelækjar, rådmann eller einingsleiar. Rådet vart oppretta for å betra samhandlinga mellom sjukehus og kommunehelsetenesta

I vedtektene for Samarbeidsrådet er det nedfelt fylgjande mandat:

“Samarbeidsrådet skal syta for eit forpliktande samarbeid mellom 1. og 2. linetenestene i Voss lokalsjukehusområde. Samarbeidsrådet skal stimulera til rasjonell organisering og god fagutvikling, og det skal motivera til administrativ og fagleg vilje til å realisera dette, slik at kvaliteten blir sikra og ressursane utnytta best mogeleg.”(<http://www.samarbeidsraadet.no>)

Samarbeidsrådet har oppretta 5 underutval som er: Utval for akutt medisinsk beredskap, pleie og omsorg, rehabilitering, psykiatri og utval for barn og unge si psykiske helse. Slik har samarbeidsrådet fått utval med spisskompetanse på ulike fagfelt der det er viktig med samarbeid på tvers av kommunar, forvaltningsnivå og faggrupper.

Samarbeidsrådet står for tiltak og kurs som har vore tilpassa lokale behov. Gjennom kurs, seminar og møte har ein etablert kontaktar med fagpersonell på sjukehuset og i kommunane som har vore med å styrkja samkjensla og samarbeidet.

### **Underutval rehabilitering.**

Utvalet er sett saman av 2 representantar frå sjukehuset, 1 representant for kvar av kommunane og 2 brukarrepresentantar.

Utvalet er altså Samarbeidsrådet sitt fagutval i rehabilitering.

Utvalet skal fremja og styrka samarbeidet mellom 1. og 2. linetenesta i Voss lokalsjukehusområde innafor sitt fagfelt.

### **Læring-og mestringsnettverk - Helse Bergen.**

Som ledd i samhandlingsreforma og kompetanseutvikling mellom kommunane og sjukehusa er det oppretta eit fagleg nettverk for læring – og mestring.

Representant for vår region i dette nettverket er frå Kvam herad. Representanten vil og vera ein koordinator for læring- og mestringstiltak i vår region.

Fokus vil vere på gruppebasert opplæring av pasient og pårørende – og gjerne som interkommunalt samarbeid.

Det gjeld kommunane Eidfjord, Granvin, Kvam, Ulvik, Vaksdal og Voss.

“Nasjonalt kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse” er navnet på nasjonalt plan.

### **Kommunale aktørar:**

Kommunale aktørar er dei helseprofesjonane som det er naturleg å ha med utifrå kva problemområde er: Lækjar, sjukepleiar, fysioterapeut, ergoterapeut, logoped, aktivtør, sjukepleiar og sosionom. Det vil sei dei tverrfaglege tenestene heradet har tilgjengelege.

Andre etatar kan og bidra på rehabiliteringsfeltet.

Bustadgruppa i heradet kan være pådrivar for høvelege bustadar, teknisk etat med fysisk tilrettelegging/ universell utforming. Skuleetaten v/vaksenopplæringa kan vera ein viktig aktør i forhold til språkopplæring og undervisning.

Ny folkehelselov framhevar og ressursen som frivillige lag og organisasjonar står for. For nokon kan akkurat deira tilbod vera ein avgjerande faktor i rehabiliteringsprosessen.

For ein brukar i arbeidsfør alder vil tidlegare arbeidsplass vera viktig samarbeidspart, i andre tilfelle er det naudsynt å ha med Nav.

I tillegg til dei instansar som er nemnt ovanfor, vil brukar ofte ha kontakt med spesialisthelsetenesta.

### **Rehabiliteringspasienten som samarbeidspart.**

Den viktigaste aktøren i rehabiliteringsarbeidet er personen sjølv.

Når det gjeld born har pårørande ein betydeleg rolle.

Årsak til rehabiliteringsbehovet vil være avgjerande for kven som bidreg med tiltak.

## **3.2 Personalressursar i Granvin herad.**

Lækjartenesta:	Kommunelækjar , turnuskandidat
Sosialtenesta	Sosialkonsulent
Helsesøster	Helsestasjon/ Skulehelsetensta
Fysioterapi:	Privatpraktiserande fysioterapeut
Ergoterapi:	Ergoterapeut
Helse- og omsorgsleiar:	Helsepersonell i heimesjukepleie og institusjon. heimhjelp
Aktivtørar	Tilsaman 74 % st.
Syns og hørselskontakt :	Kontaktperson i pleie og omsorg
AKAN -kontakt:	Sosialkonsulent (Arbeidslivets kontaktperson mot alkoholisme og narkonomi)

Andre aktuelle personalressursar/samarbeidspartar er vist til i pkt. 3.1.

### **3.3 Andre ressursar.**

#### **Rehabiliteringsplassar i pleie og omsorg.**

Pleie og omsorg har 10 sjukeheimplassar i institusjon. Av disse er 2 kortidsplassar. Heimesjukepleien betjener i tillegg ei leilighet for palliasjon, og 2 rom for rehabilitering. Heradet har 22 omsorgsbustader.

### **3.4 Stoda i heradet sitt re-/habiliteringsarbeid i dag.**

Stortinget har vedteke at rehabilitering skal vera eit nasjonalt satsingsområde. Hovudansvar for rehabiliteringstilbodet er lagt til kommunehelsetenesta.

#### **Individretta arbeid.**

**Generelt om re-/habiliteringsbehov.** Granvin er det dei over 67 år som oftast treng rehabiliteringstenester, men dei yngre har gjerne meir omfattande behov og over mange år. Ikkje ulikt landet elles er det blant dei eldre kroniske lidingar og beinbrot som utløyser behov for re-/habilitering. Ein konsekvens av samhandlingsreforma i forhold til denne pasientgruppa er at sjukehusa har forventning om meir avansert behandling på institusjon kommunane. Fokus og ressursar i helsetenesta i kommunen må difor gå til behandling fyrst og fremst og kan fort stele merksemd og ressursar frå rehabiliteringsprosessen til den det gjeld.

Blant dei yngre er det innan diagnosegruppene utviklingshemma, psykiatri og seinskade alkohol ein finn rehabiliteringspasienten i Granvin.

Det er mest i denne pasient/brukargruppa ein finn dei som har rett til individuell plan, koordinator og eventuelt ansvarsgruppe. Heradet har fleire med slike tiltak.

For å nå planlagde mål og tiltak krevst det ei tverrfaglege samordna helseteneste. Granvin har knappe ressursar på dette feltet- spesielt mot diagnosegrupper som psykiatri, utviklingshemma og rus/psykiatri.

#### **Kvardagsrehabilitering.**

“Hverdagsrehabilitering er en type rehabilitering som kan drives i større omfang gjennom å involvere hjemmetjenestene i arbeidet”(St.meld. 29. Kap 2.42).

Nokon kommunar har innført kvardagsrehabilitering.- ein arbeidsmetode som krev at dei tilsette må arbeide saman med og ikkje for den enkelte brukar/pasient. Ved innføring av kvardagsrehabilitering i heimetenestene vert det oppretta eit tverrfagleg team med ergoterapeut, fysioterapeut, vernepleiar, sosionom og sjukepleiar med rehabiliteringskompetanse. Teamet går inn og vurderar rehabiliteringspotensiale hjå den det gjeld og samarbeidar om å lære opp og veileda dei tilsette i heimetenestene, slik at dei kan stå for opptrening i naturlege arenaer i heimen og i nærmiljøet.

Granvin har ikkje innført kvardagsrehabilitering.(St.meld. 29 Kap 2.4.2).

## **Systemretta arbeid.**

### **Heradet har kommunalt rehabiliteringsteam.**

Kommunalt re-/habiliteringsteam er samansett av lækjar, avdelingssjukepleiar i heimetenesta, sosialkonsulent, helsesyster, representant frå lokalt navkontor og ergoterapeut. Teamet har inntil seks møte i året- men oftare når der er konkrete saker.

Oppgåvene til teamet er: Ha oversikt over rehabiliteringstilbod og fremje alt arbeid som kan ha positiv effekt for dei med nedstt funksjonsevne.

Sjå vedlegg 1, mandat for kommunalt rehabiliteringsteam/koordinerande eining.

Det er likevel viktig å understreka at fagpersonar nemnt i pkt. 3.2, i større eller mindre grad arbeider med rehabilitering dagleg.

### **Kontaktperson i heradet mot spesialisthelsetenesta.**

Heradet har ein kontaktperson for rehabilitering. Denne er kontakt mellom den kommunale og regionale rehabiliteringstenesta, og møter til faste møte i underutval for rehabilitering. Det er forum for alle rehabiliteringskontaktane i lokalsjuehusområdet. For tida er rehabiliteringskontakten i vår kommune ergoterapeut som og er leiar i kommunalt rehabiliteringsteam. Kontaktpersonen skal og arbeida for ei god organisering av den kommunale rehabiliteringstenesta.

## **4 MÅL OG TILTAK I REHABILITERINGSARBEIDET.**

### **4.1 Mål/tiltak 1.**

#### **Sentrumsnære bustader.**

**Mål:** Fleire sentrumsnære utleigebustadar.

**Tiltak:** Samarbeid med Granvin Bustadstiftinga, for å beskrive behov.

#### **Framtidig behov for bustadar.**

Å ha ein funksjonell bustad plassert i kort avstand til daglegdagse ærend og kommunale tenester kan bidra til å gjere den det gjeld meir sjølvhjelpen i det daglege. Eldre som søker sentrumsnært husvære har ofte omsorgsbustad i Mælandshagen som førsteprioritet, men ikkje alle fyller kriterie for omsorgsbustad.

For yngre søkjarar med hjelpebehov kan det å bu sentralt være avgjerande i forhold til å være sjølvhjelpen når det gjeld daglegdagse ærend. Nærleik til helsetenester i pleie og omsorg kan gje tryggleik og redusere behov for tilsyn.

### Eldre som ynskjer husvære.

Me ser av søknader på omsorgsbustad som kjem til Pleie og omsorg at behovet er å bu sentrumsnært, ha alle funksjonar på eitt plan og trinnfri tilkomst. Dei fleste ynskjer to soverom. Granvin bustadstiftinga sine 12 utleigehusvære har vore ei viktig avlasting når det gjeld denne søkjargruppa.

Granvin herad har 22 omsorgsbustader – ingen har to soverom. Dei fleste som bur her er einslege eldre med behov for dagleg tilsyn og hjelp. Det står sjeldan omsorgsbustad ledig.

Tabell 2 Framskreven befolkning – Granvin, antall

Årstall		2012	2015	2020	2025	2030	2040
Geografi	Alder						
Granvin	alle aldre	923	915	911	898	896	882
	0-14 år	136	131	135	144	141	125
	15-24 år	145	120	106	90	85	98
	25-44 år	177	190	207	209	204	176
	45-64 år	274	264	238	219	211	224
	65-74 år	95	108	124	123	118	100
	75-79 år	28	42	40	52	56	52
	80 år+	68	60	61	61	81	107

«Framskrivningene viser framtidig utvikling ut fra forutsetninger om fruktbarhet, levealder og netto innflytting med utgangspunkt i den observerte utviklingen, basert på middels vekst i de nevnte kriteriene».

(Folkehelseinstituttet. Kommunehelse statistikkbank. Internett: <http://khs.fhi.no>. Lastet ned 27.02.13).

Folketalsutviklinga i Granvin for personar over 65 år vil auke fram mot 2020 og talet på eldre over 80 år er også høgare enn landsgjennomsnittet.

St.meld. 29 seier at: «Morgendagens brukere blir flere enn før, de vil være i alle aldersgrupper og ha et mer sammensatt omsorgsbehov. De siste årene har ikke tallet på eldre brukere økt. Veksten har vært størst blant de som er under 67 år, med fokus på langvarige og kroniske sykdommer, funksjonsnedsettelse, psykiske og sosiale problemer. De nærmeste årene er det sannsynligvis tallet på brukere i aldersgruppen



67-79 år som vil vokse, mens den sterkeste veksten i aldergruppen over 80 år først kommer om 10-15 år”(St.meld 29. 2013, kap 2.2).

### **Yngre med hjelpebehov som treng eige husvære.**

Yngre personar med hjelpebehov er den andre målgruppe. Granvin har fleire personar som er under 67 år med behov for tilrettelegging, hjelp og tilsyn i mange år framover. Nokon bur pr i dag i bustadstiftinga si husvære, andre i omsorgsbustad i Mælandshagen. Helsetenesta i heradet er kjend med at fleire vil trengja tilrettelagt bustadtilhøve og tett oppfølging for å kunne bu i eige husvære..

Bustadstiftinga er i gang med konkrete byggeplanar nær omsorgsbasen i pleie – og omsorg. Dei planlegg meir enn 10 husvære i fleire byggesteg. Alle husværa skal ha trinnfri tilkomst frå bakkeplan eller med heis. Det vil være eit godt supplement til utleiehusvære i sentrum, jf. mellom anna framskriven befolkning.

Om ein har husvære å tilby kunne ein også opne opp for å sjå nabokommunar sine behov når det gjeld yngre personar - for betre å få dekka våre eigne. Tanken er då auka trivsel der fleire er i noko lik situasjon.

### **Forankring i overordna kommuneplan.**

Overordna kommuneplan viser til reguleringsplan og omtalar planane for sentrum slik:

#### “Sentrum, inkludert grøntareal.

I reguleringsplanen for Eide er grøntareal og eit attraktivt sentrum sett i fokus. Det vert lagt vekt på at uteareala skal vera gode møteplassar og funksjonelle for alle uavhengig av individuelle behov”(Kommuneplanen, samfunnsdel 12.04.12 s,9).

Me ser av kommuneplan at ein tenkjer bustader i kort avstand til daglegdagse ærend i sentrum og at utforminga skal være funksjonell for alle.

Videre omtalar kommuneplanen sin samfunnsdel universell utforming slik:

“Prinsippet om universell utforming skal innarbeidast i alle kommunale planar. Universell utforming er tilgjenge for alle uavhengig av alder, funksjonstap m.m. I omgrepet ligg at utforming av bygningar, omgjevningar og produkt skal gjerast på ein slik måte at det i så stort omfang som rå kan nyttast av alle menneske utan spesialtilpassingar”(Kommuneplanen samfunnsdel s, 2).

## **4.2 Mål/tiltak 2.**

### **Tverrfagleg kompetanse.**

**Mål:** Betra den tverrfaglege kompetansen.

**Tiltak:** Styrke heimetenestene i pleie og omsorg med utdanningsgrupper ein ikkje tradisjonelt finn der.

I helsetilsynet sin publikasjon” Pleie og omsorgstjenester på strekk” står der at: “Utvidet ansvarområde har de senere årene gitt kommunene utfordring i form av nye brukergrupper med sammensatte og omfattende behov for hjelp og bistand; behov

som best blir møtt gjennom andre arbeidsformer og tiltak enn det som har vært vanlig tidligere”(sitert i Nevroplan 2015 s ,10).

Allerede i 2010 utgjorde brukarar under 67 år meir enn 1/3 av dei som mottok omsorgstenester her i landet (Nevroplan s, 8).

Nevroplan 2015 seier og at: Eit sterkare fokus på utviklande og førebyggjande tenester vil kreve ein fleirfagleg tilnærming som forutset at dei kommunale heimetenestene vert styrka med utdanningsgrupper, som blant anna aktivitør, fysioterapeut, ergoterapeut, vernepleiar, pedagog, sosialarbeidar og psykolog (s.10).

Granvin herad har same utfordringane som landet ellers når det gjeld brukarar med omfattande hjelpebehov under 67 år. Sjå pkt.3.4.

Ein kan styrke den tverrfaglege kompetansen på fleire måtar. Nevroplan 2010 seier at kommunane må tenkje nytt for å få til «utviklande og førebyggjande tenester». Ein må tenke nytt- utifrå dei behova som kjem til syne i heimetenestene i pleie og omsorg. Slik publikasjonen «Pleie og omsorgstenester på strekk» seier: ... " behov som best blir møtt gjennom andre arbeidsformer og tiltak enn det som har vært vanlig tidlegare». Og då må ein styrke heimetenestene med utdanningsgrupper ein tradisjonelt ikkje finn her.

### **4.3 Mål/tiltak 3.**

#### **Førebyggjande helsearbeid**

**Mål:** Det må vera eit mål at alle skal kunna bu lengst mogeleg i eigen heim med best mogeleg helse og vere sjølvhjelpen i det daglege.

**Tiltak I:** Gjennomføre heimebesøk til eldre over 75 år.

Det blir gjennomført med dei personalressursane ein har i dag.

Avdelingssjukepleiar heimetenester og ergoterapeut vil prioritere denne oppgåva i 2014/15.

**Tiltak II.** Utvide aktivitetsleiarstilling med 20 % for å styrke dagtilbod til psykisk helse og koordinering av frivilligarbeid.

#### **Førebyggjande helsearbeid- heimebesøk til eldre.**

Helse og omsorg har starta ei kartlegging av innbyggjarar over 75 år.

I samband med samhandlingsreforma har Helseregion Vest oppfordra kommunane til og gjere ei kartlegging av heimebuande eldre over 75år.

Alle vert kontakta på førehand og kan takke nei til tilbodet.

Det overordna formålet med heimebesøket er å styrkja den eldre si mogeleheit for god helse og vera lengst mogeleg sjølvhjelpen i eigen heim.

Ved førebyggjande heimebesøk kan ein oppdage rehabiliteringstiltak som kan gjere kvardagen enklare og tryggare for den det gjeld.

I vår kommune er 91 personar over 75 år. I tillegg kjem dei som fyller 75 i 2014. 16 personar er over 90 år i 2013. Dei fleste bur i eige husvære, omsorgsbustad.

I aldersgruppa 80 til 90 år er det 53 personar. Storparten bur i private husvære og er sjølvhjelpne. Der det er ektepar ser ein ofte at den eine har omsorg som den andre er avhengig av for å kunne bu heime.

I aldersgruppa 75 til 80 har me 22 personar.

Til no har ein gjennomført 24 heimebesøk i løpet av eit år. 14 personar fekk konkrete tiltak igangsett som fylje av heimebesøket.

### **Dagtilbod for heimebuande eldre.**

Dagtilbod er tredelt. Tre dagar i veka for heimebuande demente, to for eldre og ein dag for psykisk helse.

To dagar i veka á 4 timar er det samvær med aktivitetar i kantina i Mælandshagen. To aktivitetarar i deltidstilling har kvar sin dag dei leier dette tilbodet til eldre og andre som treng sosialt samvær. Tilbodet inneheld felles måltid, middag, trim og handarbeidsaktivitet for dei som ynskjer det.

### **Dagtilbod psykisk helse.**

Psykisk helse har dagtilbod ein gong i veka. Tilbodet inneheld aktivitetar som stimulerar til felles aktivitetar enten det er som samtalar, praktiske gjeremål eller trimturar. Dette er personar som treng bryte isolasjon og som profilerar på sosialt samvær og aktivitet. Tiltaket bør utvidast til to dagar i veka for å ha ein god førebyggjande helse-effekt.

### **Frivilligarbeid.**

I Granvin har me Nabohjelpa. Det er oppretta som eit minimalistisk tilbod. Aktivitør er kontaktperson og det er utarbeidd ein foldar som generell informasjon. Informasjon ligg og på heimesida til heradet. Aktivitør har telefon som er knytt til dette tiltaket og tek imot meldingar om kven som treng hjelp og kven som vil hjelpe. Det er kontaktpersonar for dei ulike grendane for å kunne utveksle hjelp innan grenda. Det vert systematisk jobba for å auke innsatsen i Nabohjelpa

### **Folkehelseoversikt.**

I forskrift om oversikt over folkehelsen vert kommunane pålagt å ha ein folkehelseoversikt over: "Befolknings-sammensetning, oppvekst – og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert adferd og helsetilstand (Forskrift om folkehelsa § 3).

Granvin har folkehelseoversikt frå 2013 – som eigen kommunedelplan/temaplan.

### **Lag og organisasjonar**

Aktivitetar som lag og organisasjonar tilbyr er særskild viktige i re-/habiliteringsarbeid. Sosialt samvær, fysisk aktivitet eller kreativitet kan være avgjerande både for å førebyggje og oppretthalde god helse.

## **5. EVALUERING**

Rehabiliteringsplanen skal rullerast om 2 år.

## 6. KJELDER

- Lov om kommunal Helse- og omsorgstjenester av (2011)
- Lov om folkehelsearbeid (2011)
- Forskrift om re-/habilitering, individuell plan og koordinator (2012)
- Forskrift om oversikt over Folkehelsen (2012)
- Info Consensus. Oppslagsverk for lovverk. [www.infoconsensus.no](http://www.infoconsensus.no)
- Lov om pasient og brukerettigheter (2001)
- Morgendagens omsorg (St.meld.nr. nr 29.2013)
- Fremtidens helsetjeneste: trygghet for alle
- (<http://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no>)
- Nasjonal helse-og omsorgsplan (St. Meld.16)
- Nevroplan 2015
- Ansvar og meistring (St.meld. nr. 21)
- Folkehelseinstituttet. Kommnehelsa statistikkbank. Internett: <http://khs.fhi.no>. Lastet ned 27.02.13).
- Saman.no. Nettside for Helse Bergen
- Samarbeidsraadet.no. Nettside for samarbeidsrådet i lokalsjukehusområdet.

## **7. VEDLEGG**

### **Vedlegg 1.**

## **Tilråding om oppgåver som skal ivaretakast av kommunalt rehabiliteringsteam/koordinerande eining**

### **1. Oversikt over rehabiliteringstilbod**

- Ha oversikt over meldte rehabiliteringsbehov.
- Ha oversikt over tilbod og kompetanse i eigen kommune.
- Ha oversikt over tilbod i helseforetaket (2.linetenesta).
- Ha eller skaffe oversikt over regionale og landsdekkjande tilbod.

### **2. Individretta arbeid**

- Syte for tilgjengelegheit til rehabiliteringstenesta.
- Sikre at brukarar får tilbod om utgreiing og oppfølging ved langvarige og samansette behov.
- Ha ansvar for å setje i gang og fylgje opp planmessig arbeid i brukarsaker. Syta for brukarmedverknad (individuelle planar, personleg koordinator, ansvarsgruppe).
- Samhandle med andre instansar i brukarsaker

### **3. Systemarbeid i brukarsaker**

- Ha rutinar for mottak av melding om rehabiliteringsbehov.
- Ha rutinar for å sikre at brukarar med langvarige og samansette behov for tilbod om utgreiing og oppfylgjing.
- Utvikle rutinar for samhandling i brukarsaker.
- Ha rutinar for utarbeiding av individuelle planar.
- Ha overordna ansvar for individuell plan og oppnevning, opplæring og rettleiing av koordinatorar.

### **4. Utvikle kompetanse**

- Bidra til fagleg og tverrfagleg oppdatering; litteratur, kurs, seminar, hospitering m.m.
- Syte for oppdatering om (nye) nasjonale helsepolitiske føringar.
- Spreie kunnskap og informasjon om rehabilitering i eigen kommune.
- Medverke til fokus på heilheitleg tilnærming, å avdekke rehabiliteringsbehov og drive prosessarbeid rundt einskildbrukarar.
- Delta i kunnskapsutvikling med samarbeidspartnerar utover eigen kommune.

### **5. Pådrivaransvar for utvikling av eigen organisasjon**

- Delta i kommunalt planarbeid om rehabiliteringstenesta, evaluering / endring.
- Delta i kommunalt planarbeid om fysisk nærmiljø. Tilretteleggje for at alle kan delta i samfunnslivet på lik linje.

Rehabiliteringsutvalet  
25.09.13

Kjelde: <http://www.lovdatabank.no/lovdata/no/ltavd1/filer/sf-20111216-1256.html>

## Vedlegg 2.

### I. Prosedyre for utarbeiding av individuell plan.

**Føremål:** Sikre at kommunen si helse - og omsorgsteneste gir tilbud om utarbeiding av Individuell Plan til alle som har krav på det og ynskjer det.

**Bruksområde:** Prosedyren omtalar korleis gangen skal vera i prosessen med å sikra aktuelle brukarar ein Individuell Plan (IP) innanfor helse- og omsorgstenesta i Granvin herad

**Ansvar:** Prosedyren skal følgjast opp og evt justerast av Kommunalt Rehabiliteringsteam

Handling i prosedyren: Medlemmane i kommunalt rehabiliteringsteam er ansvarleg for handling i prosedyren.

**Definisjonar:** Individuell Plan og koordinator. Målgruppe er brukarar med trong for langvarige og koordinerte helse- eller omsorgstenester. IP konkretiserer kva behov for tenester den einskilte har og korleis desse skal dekkast og samordnast.

I IP skal det og førast opp kven som er brukaren sin koordinator i kommunen.

Ein kan få oppnevnt koordinator sjølv om ein ikkje har individuell plan.

Ein IP vil gripa over alle tenesteområde og forvaltningsnivå og bør omfatta alle tenester.

**Referansar:**Helse-og omsorgstenestelova § 3-2.5 Medisinsk rehabilitering.  
Pasientrettighetslova § 2-5 Forskrift om re/habilitering, individuell plan og koordinator.

**Handling:** Initiativ til ein individuell plan kan koma på fleire måtar:

- Pasienten/ brukaren tek kontakt eller nemner det for ein i hjelpeapparatet
- Personar i helse- og omsorgstenesta tek initiativ overfor ein brukar dei meiner har trong for IP
- Spørsmålet kjem frå 2.linjetenesta

Uansett initiativ til ein IP, skal det kanalisert vidare til kommunalt rehabiliteringsteam ved leiar.

Kommunalt rehabiliteringsteam har møte kvar 3/4. månad.

Ved førespurnad om individuell plan kallar ein inn straks.

Grappa vurderer den aktuelle brukaren sin rett til IP.

Dei bestemmer og kva personar i grappa som skal arbeida vidare saman med brukar el brukars representant i å utarbeida ein IP.

**Avikshandtering:**Avvik frå prosedyren kan medføra at brukarar ikkje får dei rettane dei har krav på. Når ein får kjennskap til avvik, skal det meldast til rehabiliteringskoordinator, som tek det opp i kommunalt rehabiliteringsteam og søker å lukka avviket.

**Distribusjon:** Denne prosedyren skal finnast:

- På "felles-server "(G) i mappe Rehabilitering.

## II. Førespurnad om utarbeiding av Individuell.

Eg/ vi meiner at

(Brukar) .....

(F.dato)..... adr/ tlf).....

.....

har trong for å få utarbeidd ein Individuell Plan

Søkjær oppfyller krav om behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstenester, slik det er beskrevet i Pasientrettighetslova § 2-5 og i Forskrift om medisinsk habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (Helsedirektoratet 2012))

Ein ber kommunalt rehabiliteringsteam følgja opp dette.

Underskrift brukar:

.....

Evt underskrift av tilsett i helse og omsorgstenesta

.....

Sendast til:

Rehabiliteringskoordinator  
Granvin herad  
5736 Granvin

### **Vedlegg 3.**

#### **Oppgaver for personleg koordinator**

Uavhengig av om ein har individuell plan kan ein få oppnevnt personleg koordinator.

1. Sikre at brukaren har medverknad i prosessen
2. Sikre at brukaren har all tilgjengeleg informasjon, inkludert retten til individuell plan
3. Ha kontinuerleg kontakt med brukar.
4. Ta kontakt med aktuelle fagpersonar/etatar og koordinere tiltak
5. Sende ut referat i etterkant av brukarmøter



## Vedlegg 4 .

Denne informasjonsfoldarar er å finna på tenestetorget, lækjarkontor samt på heradssidene under teneste Pleie og omsorg

### Granvin herad Pleie- og omsorg

#### Rehabilitering i eigen kommune.



#### **Pleie- og omsorg disponerar tre rehabiliteringsplassar:**

##### ***Rehabilitering i institusjon***

Sjukeheimen har to rom merka rehabilitering/ korttidsopphald.

##### ***Rom for lindring***

I tillegg er der ei leilegheit lokalisert i underetasjen ved sjukeheimen.

Den inneheld pasientrom, kombinert stove for pårørande med høve for overnatting og kjøkken, samt romsleg bad- og eigen utgang til hage. Privatliv til den enkelte er vektlagt.

Leilegheita er innreia slik at ein kan vera sjølvhjelpen, men og tilrettelagt med alarmanlegg og lett tilgjenge til kvalifisert personale frå sjukeheimen.

**Søknad** om rehabiliteringsopphald på eige søknadsskjema til:  
Pleie og omsorg Granvin Herad.

**For meir informasjon:**

Ring Granvin sjukeheim på tlf 56 52 41 40. Kontaktpersonar:  
Ergoterapeut/rehab.koordinator eller avdelingssjukepleiar

**Rehabiliteringspasienten er :**

- ferdigbehandla i sjukehus, men kan oppnå eit høgare funksjonsnivå med bistand og støtte frå helstenesta i kommunen.
- har kronisk sjukdom eller skade og treng bistand for å betre eller vedlikehalde funksjonsnivå

**Tilgjengelege helsetenester i kommunen:**

Lækjar, Sjukepleiar, Ergoterapeut, Sosionom Fysioterapeut

***Rehabilitering i institusjon***

Sjukeheimen har to rom merka rehabilitering/ korttidsopphald.

***Rom for lindring***

I tillegg er der ei leilegheit lokalisert i underetasjen ved sjukeheimen.

Den inneheld pasientrom, kombinert stove for pårørande med høve for overnatting og kjøkken, samt romsleg bad- og eigen utgang til hage. Privatliv til den enkelte er vektlagt.

Leilegheita er innreia slik at ein kan vera sjølvhjelpen, men og tilrettelagt med alarmanlegg og lett tilgjenge til kvalifisert personale frå sjukeheimen.

**Søknad** om rehabiliteringsopphald på eige søknadsskjema til:

Pleie - og omsorg Granvin Herad.

**For meir informasjon:**

Ring Granvin sjukeheim på tlf 56 52 41 40.

Kontaktpersonar: Ergoterapeut/rehab.koordinator eller avdelingssjukepleiar.

## Vedlegg 5.

### Kommunalt rehabiliteringsteam. Informasjonsfoldar.

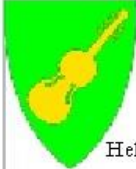


 <p><b>Granvin Herad</b> Helse- og omsorg</p> <h4>Kommunalt Rehabiliteringsteam</h4> <p>Alle kommunar skal ha ei synleg og lett tilgjengeleg koordinerende eining for habilitering og rehabilitering.</p> <p>I vår kommune er teamet samansett slik:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sosialkonsulent</li><li>• Lækjar</li><li>• Helse søster</li><li>• Ergoterapeut</li><li>• Sjukepleiar</li><li>• NAV konsulent</li></ul> <p>Kontakt oss på tlf 56524000 Granvin Herad <a href="http://www.granvin.kommune.no">www.granvin.kommune.no</a></p>	 <h4>Individuell plan</h4> <p>Det er kommunalt rehabiliteringsteam som har det overordna ansvaret for individuell plan.</p> <p>Individuell plan skal vera eit verktøy for samarbeid mellom den det gjeld og tenesteytar.</p> <p>Pasient eller brukar som har trong for langvarige og samansette tenester har rett til å få utarbeidd individuell plan.</p>	 <h4>Koordinator</h4> <p>Pasient eller brukar som har trong for langvarige og samansette tenester har rett på å få oppnevnt koordinator, sjølv om vedkomande ikkje har individuell plan.</p> <p>Det er koordinator som skal bistå den det gjeld med samordning av tenester.</p> <p>Koordinator kan vera den som pasient eller brukar har mest kontakt med i tenesteapparatet.</p>
--	--	--

Foto: Kjetan Haugen

