



Saman om meistring

Plan for habilitering og rehabilitering for Tysnes kommune

Revidert utgåve av habilitering- og rehabiliteringsplan for Tysnes kommune (2001).
Ferdigstilt hausten 2019.

1.0.0 Innleiing	3
1.1.0 Lovgrunnlag	3
2.0.0 Prosjektgruppa består av	5
3.0.0 Mandat for gruppa	5
4.0.0 Definisjon av omgrep	5
4.1.0 Rehabilitering	5
4.1.1 Kvardagsrehabilitering	6
4.2.0 Kommunal plan for personar med behov for koordinerte tenester	6
4.3.0 Brukarar av rehabiliteringstenester	7
4.4.0 Verdigrunnlag	8
4.5.0 Koordinerande eining	8
4.6.0 Individuell plan	8
4.7.0 Brukarmedverknad	9
4.8.0 Nedsett funksjonsevne og funksjonshemming	9
4.9.0 Universell utforming	10
4.10.0 Hjelpemiddelformidling og tilrettelegging	10
4.11.0 Helseføretaka sitt ansvar	11
5.0.0 Rehabiliteringsprosessen	11
5.1.0 Trinna i rehabiliteringsprosessen	11
5.2.0 Rehabiliteringsteam	12
6.0.0 Individuell plan	12
7.0.0 Ressursar i Tysnes kommune	14
8.0.0 Samarbeidsinstansar i første-, andre- og tredjelinjetenesta	15
9.0.0 Rehabiliteringsarbeid framover	16
9.1.0 Kvardagsrehabilitering	16
9.2.0 Inntaksteam	16
9.3.0 Rehabiliteringsteam	17
9.3.1 Rehabilitering i institusjon	17
9.4.0 Ansvarsgrupper	17
9.5.0 Førebyggjande arbeid	18
9.5.1 Dagtilbod for eldre	18
9.5.2 Aktivitetssenter i Våge	18
9.6.0 Økonomiske ressursar	18
9.7.0 Rekruttering	18
9.8.0 Tverrfagleg samarbeid	18
9.9.0 Kompetanseheving	19
9.10.0 Brukarorganisasjonar	19
9.11.0 Vidare planarbeid	19

1.0.0 Innleiing

I 1996 vart det utarbeidd ein rehabiliteringsplan for Tysnes kommune. Planen vart revidert i 2001. Det er no tid for å revidera planen, og målet er å bli ferdig hausten 2019. Når rehabilitering blir omtalt, gjeld dette og habilitering.

1.1.0 Lovgrunnlag

Kommunane sitt ansvar for habilitering og rehabilitering er nedfelt i lov om helsetenester i kommunane, lov om sosiale tenester, lov om pasientrettar, forskrift om habilitering og rehabilitering og forskrift om individuell plan. Tenester og tiltak etter andre lover er og viktig for å få til heilskapleg rehabilitering. Lovverket omhandlar kommunen si plikt til å yta rehabiliteringstenester, brukaren sine rettar til koordinerte tenester, og helsetenesta si plikt til å koordinera og samhandla.

Forskrift for habilitering og rehabilitering seier at kommunen skal ha generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering.

- Synlege og lett tilgjengelege tenester
- Ha ei koordinerande eining
- Leggja til rette for at tenesteytarar og andre kan melda behov om habilitering og rehabilitering
- Sikra at personar som har behov for habilitering og rehabilitering, får tilbod om tenester som kan stimulera til eiga læring, auka evne til funksjon og meistring, likeverd og deltaking.

Forskrifta skal vidare sikra at tenester vert tilbode og ytt

- Ut frå eit brukarperspektiv,
- Samordna, tverrfagleg og planmessig, i eller nærast mogleg brukaren sitt vande miljø
- I ein meiningsfull samanheng for brukaren

Sentrale lover, forskrifter etc.

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2018) *Helse- og omsorgstjenesteloven* <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Lov om helsepersonell (2019) *Helsepersonelloven* <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonel>
- Lov om spesialisthelsetjenester (2019) *Spesialisthelsetjenesteloven* <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=>
- Lov om sosiale tjenester (2018) *Sosialtjenesteloven* <https://lovdata.no/lov/2009-12-18-131>
- <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/sec1>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2004) <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/forskrift-om-habilitering-og-rehabiliter/id670065/>
- Individuell plan (2007) Veileder til forskriften https://www.uio.no/studier/emner/uv/isp/SPED2020/v14/pensumliste/is-1253ny_27349a.pdf
- Habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2015) Veileder til forskriften <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- St. Meld. 15 (2017-2018) «Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre»
- St. Meld. 21 (1998-1999) «Ansvar og meistring» <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/habilitering-og-rehabilitering/id732467/>
- St. Meld. 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/sec1>
- St. Meld. 29 (2012-2013) «Morgendagens omsorg» <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- St. Meld. 40 (2002-2003) «Nedbygging av funksjonshemmende barrierer» <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-40-2002-2003-/id197129/sec1>
- NOU (2001:22) «Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer» <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2001-22/id143931/sec1>
- NOU (2004:18) «Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene» <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2004-18/id150699/sec1>
- St.prp. nr. 1 (2007-2008) Kap.9: Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011) <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/sartrykk-av-st.prp.nr.1-kapittel-9.pdf>

2.0.0 Prosjektgruppa består av

Kommunalsjef helse- og sosial Hildur Heie

Kommunefysioterapeut, fagleiar Anne Margrete Opdal

Spesialfysioterapeut Nancie Luth-Hanssen

Kommuneergoterapeut, fagleiar Inger Børve (tidl. Britt Kjellesvik Rage)

Kommuneoverlege Anita Midtun

Einingsleiar institusjonstenester Helga N. Boland

Avdelingssjukepleiar ved Tysnes omsorgssenter Anne-Cecilie Lunde

Einingsleiar open omsorg Birthe Tveit (tidl. Therece T. Aga)

Fagleiar psykisk helseteneste Synnøve Pettersen Espelund

Avdelingsleiar Haugen bufellesskap Irene Røssland Matre

3.0.0 Mandat for gruppa

Mandat for arbeidet:

1. Ytre rammer, krav, forventningar med omsyn til rehabiliteringsarbeidet
2. Kva overordna perspektiv ligg til grunn for rehabiliteringsarbeid i Tysnes framover
3. Revisjon av gjeldande rehabiliteringsplan
4. Kva ressursar nyttar me i dag til rehabilitering? Kva måloppnåing har me? Kan me få auka effekt ved å organisera arbeidet på annan måte?
5. Organisering av rehabiliteringsarbeidet
6. Utvikla samarbeid med brukarorganisasjonar og evt. eksterne samarbeidspartnarar

4.0.0 Definisjon av omgrep

Definisjon av sentrale omgrep

4.1.0 Rehabilitering

I forskrifter og andre offentlege dokument, vert habilitering og rehabilitering definert som:

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

Definisjonen omfattar både medisinsk, sosial og psykososial rehabilitering. Det handlar både om å betra funksjonsevne og å fjerna barrierar i omgjevnadane som hindrar sjølvstende og deltaking. Rehabilitering handlar ikkje om ei einskild teneste, men om fleire tenester og tiltak sette i system, og om samarbeid mellom tenesteytarar og personar som treng samansett, planlagt og koordinert assistanse for å nå sine mål. Målet er meistring av livet og deltaking sosialt i samfunnet. Habilitering er på same måte målretta arbeid for å byggja opp og støtta funksjonar, samspel og livskvalitetar hos menneske med tidleg erverva eller medfødde funksjonshemmingar.

Forskrifta skil ikkje mellom omgrepa habilitering og rehabilitering. Når me i planen skriv rehabilitering, vil det derfor og omfatta habilitering. Det er gjort ei avgrensing mot det me kan kalla enklare rehabilitering og opptrening etter sjukdom/skade. Desse brukarane kan ivaretakast gjennom enkelttiltak og vert ikkje særskilt omtala i planen. Planen omfattar i hovudsak dei brukarane som treng omfattande assistanse i sin rehabiliteringsprosess.

4.1.1 Kvardagsrehabilitering

Noreg står overfor store demografiske utfordringar med eit aukande tal eldre. Mange vil ha god helse, samstundes vil det bli fleire eldre som vil oppleve funksjonssvikt. I St. meld 15 (2017-2018) «Leve hele livet» står det at eldre skal ha moglegheit til å klare seg mest mogleg sjølve. Helse- og omsorgstenesta bør vurdere kvar einskild sitt potensial for rehabilitering og eiga omsorg, før det vert sett i gang kompensierende tiltak.

Dei ulike kommunane brukar ulike arbeidsmodellar for kvardagsrehabilitering. Felles er at kvardagsrehabilitering vert organisert som tverrfaglege team, som regel sett saman av fysioterapeut, ergoterapeut, sjukepleiar og heimetrenar.

Kvardagsrehabilitering er rehabilitering og førebygging i brukar sin eigen heim, der målet er auka livskvalitet og eiga meistring. Fokus er trening på kvardagslege gjeremål i eigen heim og nærmiljø. T.d. matlaging, gå i trapp, personleg stell, å handla. Dette er eit lavterskeltilbod for brukarar som har eit byrjande hjelpebehov, eller som har hatt eit fall i funksjon.

Kvardagsrehabilitering kan redusera behovet for hjelp både på kort og lang sikt, og er dermed eit lønnsamt samfunnsøkonomisk tiltak.

4.2.0 Kommunal plan for personar med behov for koordinerte tenester

St.meld. 21 (1998-99) ”Ansvar og meistring – mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk” er retningsgevande for planlegging av rehabiliteringstenester. Meldinga gir følgjande føringar:

1. Rehabilitering skal omfatta alle som har nedsett funksjonsevne og har behov for samansett og koordinert bistand, uavhengig av art og grad av funksjonsnedsetting, årsaksforhold og alder.
2. Rehabilitering skal vera brukaren sin eigen prosess, der dei andre aktørane assisterer.
3. Rehabilitering handlar om individuelle prosessar, ikkje om spesielle tenester.
4. Kommunane skal ha hovudansvar for rehabilitering slik at tenestene, i størst mulig grad, kan ytast og samordnast nær brukars bustad og daglege virke.
5. Rehabilitering skal vera eit planmessig samarbeid mellom fleire aktørar og derfor eit felles ansvar på tvers av fag og sektorgrenser.
6. Individuell plan er eit viktig verkemiddel for å styrkja brukaren sin rett til å bestemma sjølv.
7. Formålet med rehabilitering er å oppnå best mulig sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet, altså mål som er knytt til det å vera samfunnsborgar og til å leva eit liv på egne premissar.

4.3.0 Brukarar av rehabiliteringstenester

For å synleggjera kven brukarane av rehabiliteringstenestene er, har ein i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 -2011, presentert denne oversikten:

1. Personar med medfødde eller tidleg erverva tilstand som medfører varig funksjonsnedsetting. Døme: Autisme, cerebral parese.
2. Personar med akutt oppstått sjukdom eller skade, med langvarig eller varig funksjonsnedsetting. Døme: Multitraume, ryggmargskadar, brannskadar, hjerneslag, amputasjon.
3. Personar med medfødde og kroniske tilstandar, med varierende eller tiltakande funksjonsnedsetting. Døme: Lungesjukdommar, MS, nevrologiske og reumatiske sjukdommar.
4. Personar med akutte sjukdommar og skader som kan behandlast og rehabiliterast slik at tidlegare funksjonsnivå kan gjenvinnast. Døme: hofteproteseopererte p.g.a slitasjegikt, einskilde hjarteopererte og personar med visse former for kreft.

Denne oversikten har bakgrunn i medisinsk rehabilitering. Me vil leggja til eit punkt.

5. Personar som har vanskar med å fungera i dagleglivet, p.g.a. omfattande psykiske, rus- og/eller sosiale problem.

4.4.0 Verdigrunnlag

Tilbodet skal vera uavhengig av alder, kjønn, etnisk bakgrunn, diagnose, samfunnsmessig lønsemd eller bustadadresse. Tenestetilbodet skal fremja sjølvstende og evne til å meistra eige liv.

Korleis gjer me det? Rehabilitering er tverrfagleg arbeid, og det vil ofte vera mange aktørar involvert. Fordi ingen rehabiliteringsprosess er lik, vil det variera frå sak til sak kva tenesteytarar som skal samarbeida. Tenesteytarane representerer ulike faggrupper og ulike einingar (verksemder). For å få til ein målretta og godt samordna prosess for den enkelte brukar, er det utvikla nokre felles verkemiddel som alle kommunar og helseføretak er pålagde å nytta - individuell plan og koordinerande eining. Vidare er det sett fokus på brukarmedverknad, og tiltak på systemnivå – då særleg universell utforming og tiltak for deltaking i skule, arbeidsliv og fritid.

4.5.0 Koordinerande eining

Koordinerande eining skal vere ein pådrivar i forhold til å kartleggja, planleggja og utvikla rehabiliteringstenester i kommunen. Den skal vera tydeleg plassert i organisasjonen og lett tilgjengeleg både for tenestemottakar og samarbeidspartar. Alle kommunar og helseføretak skal ha ei koordinerande eining. I kommunane skal ei koordinerande eining ha to funksjonar. Vera «ein stad å venda seg til» - ei tydeleg adresse for enkeltpersonar med behov for rehabilitering og eit kontaktpunkt for interne og eksterne samarbeidspartar. Koordinerande eining i Tysnes kommune heldt til på rådhuset.

4.6.0 Individuell plan

Tenestemottakarar med trong for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtenester, har rett til å få utarbeidd individuell plan. Individuell plan er eit verktøy og ein prosess. Brukar får tildelt ein ansvarleg tenesteytar (koordinator) som skal fungera som rettleiar gjennom prosessen. Det vert gjort ei kartlegging og utarbeidd eit plandokument ut frå brukar sine behov og mål – og på tvers av sektorar, etatar og nivå. Individuell plan skal medverka til at personar med langvarige og samansette behov for tenester skal få eit heilskapleg, koordinert og individuelt tilpassa tenestetilbod. Individuell plan gjev ikkje rett til tenester ut over det som er bestemt i anna lovverk.

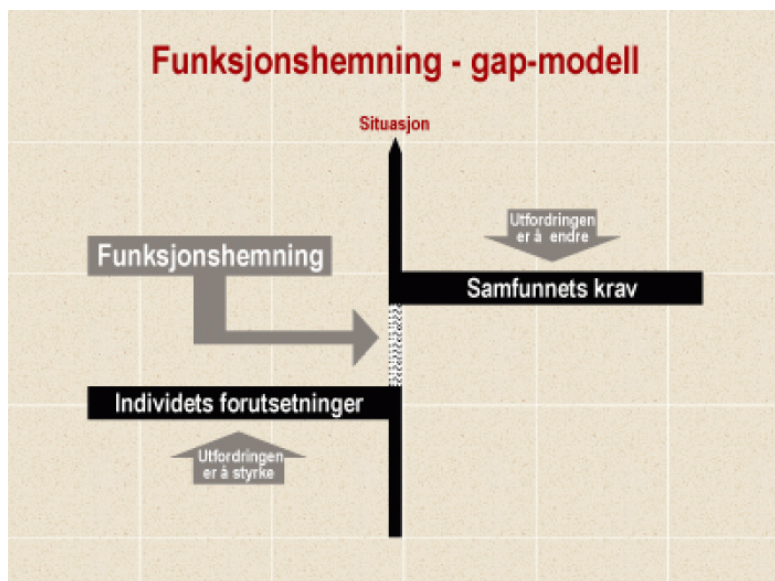
4.7.0 Brukarmedverknad

Brukarmedverknad vert vektlagt i nasjonale føringar og er også ein lovfesta rett. Ein ”brukar” er i denne samanheng ein person som nyttar kommunale tenester i ei eller anna form.

Brukarmedverknad – enten det er på system-, eller individnivå – inneber at brukaren er med på utforme tilbodet saman med tenesteytar. Brukarstyring er når brukar styrer tenesta eller tiltaket. På individnivå vil det seia at den som nyttar eit tenestetilbod skal kunna påverka utforming av tilbodet. Brukar medverkar i val, utforming og bruk av tilgjengelege tilbod. Dette medfører større sjølvråderett og kontroll over eige liv. På systemnivå inneber brukarmedverknad at brukarar inngår i eit likeverdig samarbeid med tenesteapparatet, og er aktiv deltakar i planleggings- og vedtaksprosessar. Systematisk innhenting av brukar erfaringar, brukarundersøkingar m.m. er andre døme. Det same er deltaking i politiske prosessar gjennom råd, utval, komitear og høyringar. Brukarmedverknad bygger på teorien om empowerment. Det handlar både om å styrkja brukaren som enkeltindivid slik at han vert gitt makt og mynde i eige liv, og å arbeida for å auka brukaren sin rett og moglegheit for deltaking og påverknad i samfunnet.

4.8.0 Nedsett funksjonsevne og funksjonshemming

Eit anna viktig punkt er korleis me forstår omgrepet funksjonshemming. Med nedsett funksjonsevne meiner me tap eller skade på ein kroppsdel eller i ein kroppsfunksjon. Det kan til dømes vera nedsett rørsle-, syn- eller hørselsfunksjon, nedsett kognitiv funksjon, eller ulike funksjonstap på grunn av allergi, hjarte- og lungesjukdommar. NOU 2001:22 «Fra Bruker til borger» definerer det slik: Redusert funksjonsevne viser til tap av, skade på eller avvik i ein kroppsdel eller i ein av kroppens psykologiske, fysiologiske eller biologiske funksjonar. Tap av funksjon treng ikkje resultera i avgrensa samfunnsmessig deltaking (funksjonshemming). Funksjonshemming oppstår først når det ligg føre eit gap mellom individet sine føresetnader og omgjevnadane si utforming eller krav til funksjon.



Figur 1.

Figuren viser sammenheng mellom omgrepa funksjonshemming og nedsett funksjonsevne. For å minska gapet og gjera funksjonshemminga mindre, må me setja inn tiltak både overfor individet og samfunnet.

4.9.0 Universell utforming

Universell utforming er eit av dei viktige tiltaka samfunnet kan gjera for å minska dette gapet og gjera funksjonshemmingar mindre. Universell utforming er utforming og samansetjing av produkt og omgjevnader, på ein slik måte at det kan brukast av alle menneske, i så stor utstrekning som mogeleg, utan behov for tilpassing og særskild utforming. Dette gjeld innan «alle» samfunnsområde - som IKT-produkt, opplæring, offentlege bygg og anlegg, bustadar, offentlig samferdsle, kultur og reiseliv. Universell utforming er ein strategi for planlegging og utforming av omgjevnadane for å oppnå eit inkluderande samfunn med full likestilling og deltaking for alle. Eit sentralt punkt ved universell utforming, er å oppnå at produkt og omgjevnader er tilgjengelege og brukande for personar med nedsett funksjonsevne, gjennom hovudløyningar som kan brukast av alle. Universell utforming inneheld eit sterkare likestillingskrav enn omgrepet tilgjengeleg. Det vil være situasjonar der det ikkje er mogleg å tilfredsstilla behova til alle brukarar i ei løysing. Særskild utforming eller tekniske hjelpemiddel kan då vera naudsynte for at alle skal kunne nytta produktet eller omgjevnadane.

4.10.0 Hjelpemiddelformidling og tilrettelegging

Kommunen har ansvar for å formidla naudsynte hjelpemiddel og for å leggja til rette miljøet rundt den einskilde. Dette omfattar hjelpemiddel og ergonomiske tiltak som er finansiert av folketrygda ved vesentlege og varige behov (meir enn 2 år).

Ansvar et omfattar og hjelpemiddel ved midlertidig behov (under 2 år) som er eit reint kommunalt ansvar, og råd og rettleiing i forhold til ombygging og tilrettelegging av bustad.

4.11.0 Helseføretaka sitt ansvar

Spesialisthelsetenesta skal sørgja for naudsynt undersøking, utgreiing og intensiv og spesialisert opptrening/opplæring. Dei skal samarbeide omkring enkeltbrukarar og gje råd og rettleiing til kommunen. Helseføretaka har og ei koordinerande eining som har oversikt over rehabiliteringstilbodet i helseføretaket.

5.0.0 Rehabiliteringsprosessen

Rehabilitering er ikkje ei behandling eller eit tiltak, men ein intensiv og tidsavgrensa prosess der brukaren står i sentrum. Prosessen omfattar både den funksjonshemma og han/hennar totale livskår. Dette krev medverknad frå fleire etatar og nivå i samfunnet. Rehabilitering kan sjåast på som ein tredelt prosess som startar med medisinsk behandling av aktuell skade, følgd opp av trening og/eller kompensering for funksjonstap og vidare tiltak for å oppnå optimal deltaking i samfunnet.

- I rehabiliteringsprosessen ynskjer ein å leggja vekt på funksjon som ein dimensjon som omfattar både fysiske, psykiske og sosiale kvalitetar.
- Ein ynskjer i større grad å fokusera meir på ressursar enn på manglar i høve til den funksjonshemma.
- Det er og ein føresetnad at ein i samarbeid med den funksjonshemma ser på utfordringar i ein heilskap. både av omsyn til evaluering og tiltak.
- Rehabilitering er kort sagt å gje bistand til ein omstillingsprosess.
- For å kunne nå måla må det leggjast stor vekt på samarbeid på tvers av profesjonar, helsenivå og etatar.
- Rehabilitering er såleis ikkje berre eit ansvar for helse- og sosialetaten, men gjeld også m.a. skule/PPT, teknisk etat og kulturetaten med meir.

5.1.0 Trinna i rehabiliteringsprosessen

Kommunen skal ha skriftlege prosedyrar som beskriv korleis ein skal gjennomføra rehabilitering og habilitering, knytta til kvar eining. Dei ulike prosedyrane skal ta utgangspunkt i fylgjande trinn:

1. Erkjenning:
 - Ein erkjenner at det ligg føre ei funksjonshemming. Den som er ramma og omgjevnadane kan vera prega av sorg og benekting, sidan erkjenning og meistring. Her vert grunnlaget for motivasjon til rehabilitering lagt hos den det gjeld.
2. Kartlegging:
 - Ein gjennomgang av ressursar og avgrensingar.
 - Basert på kor stort funksjonstapet er, og ressursar som kan påverka dette.
3. Rehabiliteringsmål:
 - Slike mål bør utarbeidast saman med brukar. Dei må vera realistiske og i samsvar med brukar sine ynskje.
4. Rehabiliteringsplan:
 - Det bør lagast individuell rehabiliteringsplan i høve til kvar enkelt brukar, der dette synest nyttig.
5. Gjennomføring av tiltak:
 - Aktuelle tiltak kan vera funksjonstrening, kvardagsrehabilitering, tilpassing av omgjevnader, vurdering/tilpassing av tekniske hjelpemiddel eller oppstart av nye aktivitetar.
6. Oppfølging og evaluering:
 - Undervegs kan det vera trong for å endra på mål og tiltak. Ansvar for ei slik oppfølging må vera definert på førehand.

5.2.0 Rehabiliteringsteam

Helsedirektoratet har utarbeidd ein nasjonal rettleiar til forskrifta «Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator», der tverrfagleg samarbeid står i fokus.

«Tverrfaglige metodikk er en sentral arbeidsform innen habilitering og rehabilitering for å imøtekomme kompleksiteten i brukernes behov. Tverrfaglig teamorganisering fremmer utvikling av felles kompetanse og tilnærming på tvers av fagområder. Det kan også bidra til mer robuste tjenester ved at en utnytter merverdien i kunnskapsdeling...

... Det bør utarbeides en struktur for det tverrfaglige samarbeidet gjennom faste møteplasser og forutsigbare arbeidsprosesser. Rolleavklaring, omforent praksis og felles holdninger, både til hvordan teamet skal fungere som en helhet og hvordan den enkeltes kompetanse skal utnyttes best mulig, er viktig.»

6.0.0 Individuell plan

Brukar med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstenester, har rett til å få utarbeidd individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Vedkomande har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal leggjast til rette for dette, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Pårørande skal engasjerast i arbeidet i den grad brukar og pårørande ynskjer det.

I kommunen skal det vere ei koordinerande eining for habilitering og rehabilitering (jf. Helse- og omsorgstjenesteloven §7-3). Formålet er å styrkja samhandling mellom helsetenester, brukar og eventuelt pårørande, samt mellom brukar og etatar på eit forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåa. Den koordinerande eininga skal bidra til å sikra heilskaplege tilbod til brukarar med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Koordinerande eining skal ha eit overordna ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnemning, opplæring og rettleiing av koordinator.

Søknadsskjema for individuell plan skal vere tilgjengeleg på Tysnes kommune sine heimesider.

7.0.0 Ressursar i Tysnes kommune

Teneste	Årsverk	Tenestetilbod
Legeteneste	4,0	Konsultasjon ved legekontor og legevakt. Tilsyn ved Tysnes omsorgssenter.
Kommunal fysioterapiteneste	1,5	Pasientbehandling/retteleing ved Tysnes omsorgssenter og heimebehandling. Vurdering/søknad/tilpassing av hjelpemiddel. Tverrfagleg oppfølging av barn ved helsestasjon, barnehage og skule. Gruppeoppfølging/undervisning.
Fysioterapi med driftstilskot	1,9	Klinisk behandling av pasientar individuelt og i gruppe.
Kommunal ergoterapiteneste	0,8	Kartlegging, tilrettelegging og kompensasjon for funksjonstap. Vurdering, søknad og tilpassing av hjelpemiddel.
Open omsorg		Pleie, medisinsk behandling og retteleing for brukarar i heimen. 10 «Omsorg pluss»-bustadar v/Tysnes omsorgssenter. Heimehjelp og praktisk bistand.
Tysnes omsorgssenter		Pleie, medisinsk behandling og ADL-retteleing for brukarar i institusjon. 30 institusjonsplassar , av desse fem korttidsplassar til rehabilitering og avlastning. Dagsenter for demente. Kulturelle innslag.
Psykisk helseteneste	1,5	Individuell oppfølging ved psykiatrisk sjukepleiar. Aktivitetssenter. Støttekontakt. Torsdagsturen (i samarbeid med friviljugsentralen).
Helsestasjon/skule helseteneste	2,3	Tverrfagleg oppfølging ved helsestasjon, barnehage og skule.
Teneste for psykisk utviklingshemma		Dagsenter, støttekontakt og avlastning. Butilbod, tilrettelegging og miljøteneste.
Logopedteneste		Tysnes kommune har tilbod om logopedteneste for barn og unge. Kommuneergoterapeut er kontaktperson for vaksne over 18 år med behov for logopedtenester.

Det er vanskeleg å talfesta kor stor del av dei ulike stillingane som blir brukt til arbeid med rehabilitering. I tillegg til dette kjem bruk av tenester frå andre etatar i kommunen.

Rehabilitering er ei god blanding av fag og organisering. Utan god organisering kan arbeidet kring rehabilitering lett bli tilfeldig og lite samordna.

Det er viktig å organisera rehabiliteringsprosessen på ein slik måte at behova vert fanga opp tidleg, slik at brukarar får høve til eit mest mogleg fullverdig liv på eigne premisser.

8.0.0 Samarbeidsinstansar i første-, andre- og tredjelinjetenesta

Helseføretaka er på mange måtar vår største oppdragsgjevar, men og ein viktig samarbeidspartnar og støttespelar. Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering i Helseregion vest er den regionale koordinerande eininga. På heimesida deira finn ein oversikt over tilgjengelege rehabiliteringstilbod i helseregionen og på landsbasis.

<https://helse-bergen.no/regionalt-kompetansesenter-for-habilitering-og-rehabilitering>.

I Helse Fonna har me fleire samarbeidsinstansar; Lærings- og meistringssenter, disktriktpsykiatrisk senter (DPS), barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk (BUP), pedagogisk psykologisk teneste (PPT) samt ulike institusjonar for habilitering- og rehabilitering.

Oversikt over dei ulike instansane ligg på heimesida: <https://helse-fonna.no/>.

Fou-eining for samhandling (FOUSAM) er ei felles forskning og utviklingseining mellom Helse Fonna, Høgskulen på Vestlandet og 18 kommunar i Helse Fonna-regionen, inkludert Tysnes. Kommuneergoterapeut, kommunefysioterapeut og to sjukepleiarar i open omsorg er knytt til FOUSAM sitt faglige nettverk for kreftomsorg og lindrande behandling.

Heimeside: <http://www.fousam.no/>.

NAV er ein sentral samarbeidspartnar i rehabiliteringssaker, både i forhold til trygd, arbeid og hjelpemiddelformidling. Hjelpemiddelsentralen er eit ressurs- og kompetansesenter for hjelpemiddelformidling og tilrettelegging, samt tolketenester for døve og døvblinde.

Hjelpemiddelsentralen har eit overordna og koordinerande ansvar for formidling av tekniske hjelpemiddel og tilrettelegging for funksjonshemma i fylket. Det føreligg ein samarbeidsavtale mellom Hjelpemiddelsentralen i Hordaland og kommunen. Alle kommunar har ein kontaktperson for å ivareta samarbeidet mellom hjelpemiddelsentralen og kommunane. For utfyllande informasjon, sjå heimeside:

<https://www.nav.no/no/lokalt/vestland>.

Kommunalt råd for menneske med nedsett funksjonsevne og råd for eldre er sentrale aktørar for å ivareta brukarmedverknad på systemnivå. Dei er begge viktige rådgjevande organ i forhold til saker relatert til rehabilitering. Andre kommunale samarbeidsinstansar er frivillige lag og organisasjonar. Meir informasjon sjå <https://www.tysnes.kommune.no/>.

Tysnes Industri AS er viktig samarbeidspartnar innanfor bedriftsintern attføring:

<https://www.tias.no/>.

9.0.0 Rehabiliteringsarbeid framover

Trass i at kommunen har knapt med ressursar og trong for ytterlegare stillingar, bør ein ikkje la dette bli eit hinder for å driva rehabilitering. Ein må kunna basera rehabiliteringsarbeidet på dei eksisterande ressursane, men samstundes vera merksam på at dette kan ta ressursar frå andre delar av tenesta. Det er likevel ikkje til å koma utanom at auka ressursar på dette feltet vil auka kvaliteten og kvantiteten på arbeidet, og gjera det mogleg å setja i gang nye tiltak. Kommunen bør gjennom avtalar med privatpraktiserande fysioterapeutar sikra tydelege retningslinjer for samarbeid, slik at dei inngår som sentrale ressursar i kommunens habiliterings- og rehabiliteringstilbod.

9.1.0 Kvardagsrehabilitering

Ved implementering av kvardagsrehabilitering i Tysnes kommune må slike tiltak forankrast administrativt og politisk og støttast av fagleg leiing. Det krev og god innsats frå teamet og dei aktuelle samarbeidspartane.

Ein treng tydelege og koordinerte prosjektplanar for å lukkast. Det må setjast av ressursar til hospitering og kompetanseutvikling. Det må opprettast eit team som jamleg kjem saman på fast møtestad for å sikra eit godt tverrfagleg samarbeid kring brukar.

9.2.0 Inntaksteam

Møte for inntak vert halde ein gong per månad. Der blir det drøfta søknader om korttid-/rehabiliteringsopphald, langtidsopphald og bustad (Omsorg+) ved Tysnes omsorgssenter, samt søknad om kommunal omsorgsbustad og dagsenter for demente.

Inntaksteam består av:

Kommunalsjef helse- og sosial

Tilsynslege Tysnes omsorgssenter/kommunelege*

Einingsleiar institusjonstenester

Avdelingssjukepleiar Tysnes omsorgssenter

Einingsleiar open omsorg

Kommunefysioterapeut*

Kommuneergoterapeut*

9.3.0 Rehabiliteringsteam

Personar merkte med * bør også sitja i rehabiliteringsteamet. Andre fagpersonar blir trekt inn når det er trong for det.

Teamet har ansvar for vidareføring av rehabiliteringsarbeidet når pasienten flyttar, anten frå sjukehus/rehabiliteringsinstitusjon til heim/institusjon i kommunen, eller frå institusjon i kommunen til heimen. Tanken har vore at rehabiliteringsteamet skal koma saman i etterkant av inntaksteammøtet, men erfaring syner at det ikkje vert avsett tid til dette.

I framtida bør det utarbeidast plan og prosedyrar for faste møte i rehabiliteringsteamet.

På denne måten vil ein styrka rehabiliteringsprosessen.

Sakene kan tilvisast frå 1., 2. og 3.linjetenesta.

9.3.1 Rehabilitering i institusjon

Det er viktig at rehabiliteringsopphald vert planlagt med tidsavgrensing og målsetjing for opphaldet. Aktuelle fagpersonar bør ha eit tverrfagleg møte i forkant av heimreise etter rehabiliteringsopphald, med tanke på oppfølging og vidare tiltak for brukar.

For å kvalitetssikra rehabiliteringsprosessen bør ein utarbeida prosedyrar for rehabilitering i institusjon.

Døme:

- Kartlegging av bustad/heimesituasjon
- Kartlegging av ressursar/avgrensingar
- Kartlegging av behov for kompenserande tiltak (t.d hjelpemiddel, tilrettelegging i heimen)
- Søknad/bestilling tekniske hjelpemiddel
- Kartleggja behov for vidare fysioterapioppfølging i heimen eller på institutt
- Kartleggja behov for heimehjelp, heimesjukepleie, tryggleiksalarm evt. andre tenester
- Kartleggja behov for medisinsk oppfølging

9.4.0 Ansvarsgrupper

Det blir avgjort i kvart tilfelle om ein bør ha ei mindre ansvarsgruppe til å arbeida med ei sak over ei avgrensa tid. Mindre ansvarsgrupper kan sjå meir detaljert på enkelte saker.

Det blir då teke i bruk andre verkemiddel som t.d. individuell plan. Det er vanleg at brukar eller pårørande er med i slike mindre grupper.

Det må likevel understreka at slike tiltak er svært tidkrevjande og ikkje kan opprettast for alle pasientar som er drøfta i rehabiliteringsteamet.

9.5.0 Førebyggjande arbeid

Helsestasjon, skulehelseteneste, kommunal fysioterapiteneste m.fl. jobbar aktivt med førebyggjande arbeid både individuelt og i grupper, og dette bør halda fram.

9.5.1 Dagtilbod for eldre

Dagsenter for demente ved Tysnes omsorgssenter held ope fire dagar i veka, året rundt. Kvar onsdag arrangerer friviljugsentralen treff for eldre heimebuande i storstova ved Tysnes omsorgssenter. Dei eldre vert henta og køyrde heim att av dei friviljuge i bilen dagsenter for demente disponerer. For å førebyggja isolasjon og funksjonssvikt bør kommunen utvida lavterskeltilbodet til dei eldre heimebuande.

9.5.2 Aktivitetssenter i Våge

Vaksne med psykiske helseutfordringar har tilbod om å delta på aktivitetssenter i Våge som heldt ope to dagar i veka, året rundt.

9.6.0 Økonomiske ressursar

For å sikre naudsynt og hensiktsmessig rehabilitering for Tysnes kommune si befolkning bør stilling for kommunefysioterapeut aukast til to heile stillingar. Likeins trengst det auke i ergoterapitenesta, dersom denne tenesta skal kunne delta aktivt i rehabiliteringsarbeid i institusjon og heim. Ved å auka driftstilskot ved private institutt kunne det til dømes drivast fleire gruppetreningar for brukarar med kroniske sjukdommar. Eitersom ergoterapeut og fysioterapeut er sentrale fagpersonar innan rehabilitering, blir desse nemnde spesielt. Rehabilitering medfører også behov for andre faggrupper, m.a. sjukepleiar, helsefagarbeidar og andre.

9.7.0 Rekruttering

Det har vist seg vanskeleg å rekruttera fagfolk i ledige stillingsheimlar, t.d. sjukepleiar. Erfaring viser at løn er eit viktig stimuleringsiltak. Lønsvilkåra bør vera tilsvarande nivået i andre Sunnhordlandskommunar. Heile stillingar framfor deltidstillingar er også ein viktig faktor.

9.8.0 Tverrfagleg samarbeid

Inga yrkesgruppe kan åleine ta ansvar for rehabilitering, og inga faggruppe har monopol på rehabilitering. Plan og prosedyrar for tverrfagleg samarbeid er såleis ein føresetnad for alt rehabiliteringsarbeid jf. Rehabiliteringsprosessen. Det er viktig at nødvendig personell kjem tidleg med i rehabiliteringsprosessen. Me har enno mykje igjen å læra når det gjeld samarbeid med yrkesgrupper innafor andre etatar.

9.9.0 Kompetanseheving

For at rehabiliteringa skal fungera på alle nivå vil det krevja ei felles forståing av kva rehabilitering er, og kva verkemiddel som må nyttast for å hjelpa brukar til å hjelpa seg sjølv. Innføring av ein slik "rehabiliteringstankegang" kan best gjerast gjennom undervisning av ulike grupper av personell som møter brukar i institusjonane og i heimane. Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering i Helseregion vest inviterer jamleg til kurs og seminar som bør prioriterast av fagpersonar i rehabiliteringsteam.

Interne kurs på lokalt plan, både i og utanfor institusjon, er eit viktig verkemiddel for kompetanseheving. Dersom Tysnes kommune skal satsa på kvardagsrehabilitering inneber det behov for kompetanseheving blant dei involverte faggruppene.

9.10.0 Brukarorganisasjonar

Det er naturleg å trekkja brukarorganisasjonar inn i dette arbeidet. Det er ynskjeleg å utvikla eit samarbeid med ulike organisasjonar. Tidlegare tilbakemeldingar frå brukarorganisasjonane er at mange får gode tilbod når det gjeld fysisk trening, men at det manglar tilbod for å hjelpa til med sosial deltaking og integrering i samfunnet.

9.11.0 Vidare planarbeid

Denne planen er utarbeidd av fagpersonar innan helseavdelinga, og kan difor vera prega av ei helse- og sosialfagleg vinkling. Ved revidering av rehabiliteringsplan er det naturleg at andre aktuelle etatar engasjerer seg for å gje arbeidet nye impulsar og tankar.