

Planmal for Beiarn kommune Habilitering og rehabilitering

En plan som sikrer brukerne med behov for koordinerte tjenester et samordnet og helhetlig tilbud med vekt på brukerperspektivet.

Beiarn kommune
8110 moldjord
75596000

Innhold

1. FORORD side 3

2. HENSIKT FOR KOORDINERENDE ENHET side 4

3. MÅLGRUPPER/BRUKERE side 4

3.1 Hvem kan ha behov for habilitering / rehabilitering? side 4

3.2 Brukermedvirkning side 5

3.3 Universell utforming/ god tilrettelegging side 5

3.4 Individuell plan side 5

4. ORGANISERING side 5

5. SAMMARBEID I KOMMUNENE side 6

5.1 Ansvarsgruppe side 6

5.2 Tiltaksmøte side 6

5.3 Torsdagsmøte side 6

5.4 Tilrettelagte tjenester side 7

6. LOVER OG FORSKRIFTER side 7

6.1 Helse- og omsorgstjenesteloven side 7

6.2 Lov om ST. meld.nr 21 Ansvar og mestring.

Mot helhetlig rehabiliteringspolitikk side 8

6.3 Opplæringsloven side 9

6.4 Forskrift om habilitering/ rehabilitering side 9

6.5 Forskrift om individuell plan side 9

7. HANDLINGSPLAN side 10

1. FORORD

Noen av innbyggerne i Beiarn kommune er født med behov som gjør at de trenger hjelp fra flere instanser (habilitering). Disse instansene bør samordne sitt arbeid for å gi nødvendig assistanse.

Andre innbyggere i kommunen har fått nedsatt funksjonsevnen senere i livet. Kommunen arbeider for å gi disse størst mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendig og deltagelse sosialt og i samfunnet. Dette blir kalt rehabilitering.

En plan for habilitering og rehabilitering skal sikre at personer som har ulike behov, får tilbud om tilpassede tjenester. Dette kan medvirke til stimulering av egen læring, øke motivasjonen, funksjon- og mestringsevnen, likeverdet og deltagelsen.

Målgruppen er alle som har behov for assistanse for å oppnå eller opprettholde sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle, psykiske og sosiale funksjonsnivå. Dette er avhengig av innsats fra flere yrkesgrupper og tjenesteområder.

Det er viktig å sikre forankring og eierforhold i alle ledd, administrativt, faglig og politisk.

Planen skal sette brukeren i sentrum. Brukermedvirkning bar tas på alvor og planen skal ha fokus på **deltagelse og mestring.**

2. MÅL FOR KORDINERENDE ENHET

- Brukere med behov for koordinerte tjenester skal vite hvor de skal henvende seg for å få hjelp
- Brukerne opplever tjenestetilbudet som samordnet, koordinert og individuelt tilpasset
- Brukerne opplever at brukermedvirkning fungerer, og at tiltak og tjenester tar utgangspunkt i den enkeltes resurser
- Gi mennesker med nedsatt funksjonsevne livskvalitet og mestring i hverdagen. Universell utforming ligger til grunn for utformingen av kommunale tjenester, planer, nybygg, m.m.
- Pårørende/pasient skal slippe å kjempe for lovpålagte tjenester.

Oppgavene til koordinerende enhet

- Registrere rehabiliteringsbehov og habilitering
- Fast adresse i kommunen og knutepunkt for samarbeid mellom kommunene, fylket og de statlige institusjonene for å sikre brukernes behov for tjenester
- Sikre gode rutiner for opplæring og utarbeidelse av individuell plan og ha oversikt over opprettet individuelle planer i kommunene
- Ha oversikt over ansvarsgrupper i kommunene
- Sikre brukerperspektiv
- Være lokal pådriver for kompetanseheving av habilitering og rehabilitering
- Ha oversikt over behov og kapasitet i kommunene sine rehabiliteringstilbud
- Nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- Samarbeid med aktuelle brukerorganisasjoner, demensforeningen, rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne, og eldrerådet.
- Evaluere kommunenes rehabiliteringsplan

3. MÅLGRUPPE/BRUKERNE

3.1 Personer som kan ha behov for habilitering eller rehabilitering

- Personer med medfødt funksjonssvikt
- Personer som på grunn av skade eller sykdom har hatt et brått fall i evnen til å fungere i dagliglivet
- Personer med gradvis synkende funksjonsevne over tid

- Personer med kroniske sykdommer
- Personer med fysiske, psykiske og sosiale problemer
- Personer med problemer på grunn av misbruk av alkohol eller narkotiske stoffer
- Personer som trenger hjelp til planlegging av nye situasjoner i livet, til overgang fra barnehage til skole, mellom ulike skoler, fra skole til arbeidsliv og ny bo situasjon

3.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning står sentralt i arbeidet med habilitering og rehabilitering.

Vi skal vise respekt for den enkelte sitt menneskeverd. Utgangspunktet skal være mennesket sin rett til selv å bestemme over vitale livskvalitet og til å formulere sine egne mål. Et brukerperspektiv vil sikre i størst mulig grad av egenkontroll over prosessen. Dette innebærer at brukerne blir tatt med i jevnlig evaluering og kvalitetssikring av tjenestene. I praksis vil individuell plan og ansvarsgruppemøter være arena for dette.

3.3 Universell utforming / god tilrettelegging

- Universell utforming betyr at omgivelser og produkt er utformet slik at de kan brukes i størst mulig grad. Universell utforming skal sikre tilgjengelighet på likeverdige vilkår
- En forutsetning for å oppnå delaktighet i samfunnet, er tilgjengelighet.
- For å oppnå god tilrettelegging kan det handle om planlegging og utforming av uteområder, bygninger, transport og produkt. For brukerne er universell utforming et virkemiddel for likestilling, for å unngå diskriminering.

3.4 Individuell plan

Den som har behov for langvarige og koordinerte helse- og/ eller sosiale tjenester har rett til å få utarbeid en individuell plan. Rett til individuell plan kan bety at tjenestemottaker har rett til en plan som viser et helhetlig tjenestetilbud, som omfatter behov og tiltak.

Kommunene benytter det internettbaserte verktøyet SAMPRO i arbeidet med individuelle planer.

4. ORGANISERING

- Etter Helse- og omsorgssloven om habilitering og rehabilitering, skal det være en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene. Tjenestene skal være synlige og lett tilgjengelig for brukere og samarbeidspartnere.
- En fast person er leder for den koordinerende enheten i kommunene.
- Koordinerende enhet er administrativt tilknyttet til Helse- og omsorgsetaten. Enheten er forankret i et overordnet ledernivå, og er en sikret styringsmyndighet på tvers av sektor og virksomhet.
- Koordinerende enhet er også en rådgivende gruppe. Gruppen består av leder for koordinerende enhet, helsesøster og fagleder for sosial og flyktningetjenesten. Gruppa kan knytte til seg flere fagpersoner ved behov.
- Gruppa vil blant annet ta ansvar for å arrangere temadager i kommunene, med bakgrunn i faktiske behov for kompetanseheving.
- Gruppa møtes minimum 4 ganger i året.
- Rehabiliteringssaker som krever koordinerende tiltak på tvers av sektorene og fag skal meldes til koordinerende enhet. Leder for koordinerende enhet drøfter saker med den/ de det gjelder, og melder den opp til kommunalleder helse.
- Koordinerende enhet har myndighet til å fatte vedtak om oppretting av individuell plan.

5. SAMARBEID

5.1 Ansvarsgruppe – if (Retningslinjer for ansvarsgrupper og søknad om individuell plan) denne ligger på kommunens web sider.

I kommunene arbeider vi etter en modell med bruk av ansvarsgrupper, der målet er å samordne tjenestene bedre.

Arbeidsgruppen er en formalisert og tidsavgrenset samarbeidsforum for bruker, pårørende og tjenesteutøver, både på første- og andrelinjenivå.

Formålet med ansvarsgruppen er å samordne tiltak fra ulike yrkesgrupper og fagfelt. Ansvarsgruppen blir benyttet som et redskap i koordinering når bruker ønsker det.

Ansvarsgruppen må settes sammen slik at den gir optimal faglig kunnskap, oversikt og koordinering av ressurser.

5.2 Tiltaksmøte er et møte der alle vedtak på tjenester knyttet til Omsorg blir fattet.

5.3 Månedlig samhandlingsform mellom helse-, omsorg og oppvekstetaten i kommunene. Hensikten er at det skal være enkelt å nå sentrale personer i sentrale stillinger. Faste medlemmer er kommuneoverlege, kommunalsjef for helse- og omsorg, kommunalsjef for oppvekst, leder for NAV, barnevern, helsestasjon og koordinerende enhet.

Saksbehandlingen tar utgangspunkt i IPLOS, kartleggings-skjema av pasienter som ligger i digipro-helse.

5.4 Tilrettelagte tjenester

- Koordinerende enhet
- Helsestasjon
- Legetjeneste
- PPT
- Hjemmetjeneste
- Fysioterapitjeneste
- Korttids – rehabiliteringsavdeling
- Psykiatri og rus tjeneste
- Dagsenter for voksne og eldre
- NAV
- Tannhelsetjenesten
- Kommunenes kompetansesenter, pedagogisk ressurssenter inn mot barnehage, grunnskole og voksne
- Aktivitetssenter
- Familievernkontoret
- Barnevern
- Flykningetjenesten
- Sosialtjenesten
- Kommunepsykolog

Mer informasjon om de ulike tjenestene, se kommunenes webside.

6. LOVER OG FORSKRIFTER

6.1 Helse- og omsorgstjenesteloven

Definerer i § 3-2 Kommunen sitt ansvar for helse- og sosialtjenester.

Kommunen skal kunne tilby:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder

- Helsetjeneste i skoler
- Helsestasjonstjeneste

2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester

3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder

- Legevakt
- Heldøgns, medisinsk akuttberedskap
- Medisinsk nødmeldingstjeneste

4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning

5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder

- Helsetjenester i hjemmet
- Personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt
- Plass i institusjon, herunder sykehjem
- Avlastningstiltak

6.2 St. meld.nr 21 Ansvar og mestring. Mot en helhetlig rehabiliteringspolitikk

Stortingsmeldingen setter fokus på rehabilitering og forebyggende helse. Medisinsk rehabilitering skal ses på som et av flere bidrag som inngår i en større helhet. Meldingen gir en ny forståelse av rehabiliteringsomfanget. Med denne meldingen er der slått fast at rehabilitering skal drives på tvers av sektor og fag, og at virksomheten skal inneholde mer enn bare helsetjenester.

I meldingen heter det mellom annet

Sosial- og helsedepartementet vil

- Tydelig krav til rehabiliteringsvirksomhet i kommunene gjennom forskrift til kommunehelsetjenesteloven, der det mellom annet blir stilt krav til å klage for en koordineringsfunksjon i rehabiliteringsarbeidet som skal fremstå som en fast og tydelig instans en kan henvende seg til, og som kan fungere som pådriver for utvikling og gjennomføring av planer både i forhold til ulike sektorer og forvaltningsnivå.
- Fremme forslag om at kommunene skal pålegges plikt til å etablere ordning med personlig assistent på samme måte som for andre sosial tjenester.
- Vurdere rehabilitering i sykehjem i sammenheng med en generell utredning om hvilke funksjoner sykehjem skal ha.

Meldingen omtaler også rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, fylkeskommunen sitt ansvar og det statlige ansvaret for rehabilitering.

6.3 Opplæringsloven

Pedagogisk- psykologisk tjeneste (PPT) er hjemmel i Opplæringsloven og er en tjeneste for barn, unge og voksne med spesielle opplæringsbehov. PPT skal bidra til at barn, unge og voksne spesielle behov får gode og likeverdige opplærings- og utviklingsmuligheter. Tjenesten skal hjelpe skolen i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling og legge opplæringen bedre til rette for elever med spesielle behov. Den pedagogisk-psykologiske tjenesten skal sørge for at det blir utarbeidet saklig vurdering der loven krever det. Tjenesten samarbeider med andre instanser som for eksempel psykiatriskpoliklinikker, helsestasjoner, NAV og barnevern.

§ 5-1.*Rett til spesialundervisning*
Elevar som ikkje har eller som ikkje kan få tilfredsstillande utbytte av det ordinære opplæringstilbodet, har rett til spesialundervisning.
I vurderinga av kva for opplæringstilbod som skal givast, skal det særleg leggjast vekt på utviklingsutsiktene til eleven. Opplæringstilbodet skal ha eit slikt innhald at det samla tilbodet kan gi eleven eit forsvarleg utbytte av opplæringa i forhold til andre elevar og i forhold til dei opplæringsmåla som er realistiske for eleven. Elevar som får spesialundervisning, skal ha det same totale undervisningstimetalet som gjeld andre elevar, jf. § 2-2 og § 3-2.



6.4 Forskrift om habilitering og rehabilitering

Formålet med formskriften om habilitering og rehabilitering er å

- Sikre at personer som har behov for habilitering og rehabilitering blir tilbudt tjenester som kan bidra til egen læring, motivasjon til å øke funksjons- og mestringsevnen, likeverd og delaktighet.

Formskriften sikrer at tjenestene blir gitt

- Ut fra et brukerperspektiv
- Samordnet, tverrfaglig og planmessig
- Nærmest mulig brukeren sitt kjente miljø
- I en meningsfylt sammenheng

6.5 Forskrift om individuell plan

Den som har behov for langvarige og koordinerte helse- og/ eller sosiale tjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan. Rett til individuell plan betyr at tjenestemottaker har rett til en plan som viser et helhetlig tjenestetilbud, som oppsummerer behov og tiltak. En individuell plan gir ikke rettskrav på bestemte tjenester eller omfanget av disse. Planen skal skissere nødvendige tiltak, hvem som er ansvarlig på ulike nivå, samarbeidspartner med brukerne.

Individuell plan skal omfatte alle tjeneområdene og forvaltningsnivå. Det er viktig at planer som er utarbeidet for en person, som individuelle opplæringsplaner, omsorgsplaner, tiltaksplaner m.v blir samordnet og tilpasset den overordnede individuelle planen.

7. HANDLINGSPLAN

- Informasjon om habilitering og rehabilitering skal være tilgjengelig for alle og det skal være lett å finne frem til tjenestene via kommunenes webside.
- Økt samhandling mellom lokale kommunale tjenester og barneverntjenesten.
- Skoleteam og barnehageteam skal etableres fra 2018. Skole/barnehage, helsesøster, PPT og barnevern møter i disse møtene.
- Årlig møte mellom skoleklassene og barneverntjenesten
- Kommunene skal gi gode og likeverdige tjenester til alle innbyggerne.
- Kommunene skal ha tilstrekkelig med fagpersonell som kan legge til rette for et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud til de som trenger det.
- Kommunene skal arbeide for å få et bedre tilbud for avlastning til familier med store omsorgsoppgaver.