

ØRSTA KOMMUNE



Plan for habilitering og rehabilitering 2008 – 2012

Vedteken i Ørsta kommunestyre 18. desember 2008

Innhold:

1	INNLEIING	4
2.1	Mandat	5
2.2	Plangruppe	5
2.4	Dialogkonferanse	6
3.1	Lov om helseteneste	7
3.2	St. meld. nr 21 <i>Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk</i>	7
3.3	St. meld. nr 40 (2002-2003) <i>Nedbygging av funksjonshemmende barrierer</i>	7
3.4	Forskrift om habilitering og rehabilitering (2001)	7
3.5	Individuell plan 2007 Veileder til forskrift om individuell plan	8
3.6	Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne	9
4.1	Funksjonshemming – nedsett funksjonsevne	10
4.2	Habilitering og rehabilitering	11
4.3	Kven kan ha behov for habilitering eller rehabilitering	11
4.4	Brukar	12
4.5	Brukarmedverknad	12
4.6	Universell utforming	12
4.7	Likemannsarbeid	13
5	MÅL FOR HABILITERINGS- OG REHABILITERINGSARBEID I ØRSTA KOMMUNE	14
6	NY ORGANISERING AV HABILITETERINGS- OG REHABILITERINGSARBEID I ØRSTA KOMMUNE	14
6.1	Organisering	14
6.2	Mynde	15
6.4	Brukarkoordinator	16
6.5	Adresse for habilitering og rehabilitering	16
6.6	Flytskjema for koordinerande eining og brukarkoordinator	17
6.7	Individuell plan	18
6.7.1	SamPro	18
6.7.2	Retningslinjer for individuell plan i Ørsta kommune	18

6.8	Nettverk, opplæring og rettleiing for brukarkoordinatorar	18
7	ORGANISERING AV TENESTER I ØRSTA KOMMUNE	18
8	SAMARBEID MELLOM ULIKE AKTØRAR I KOMMUNEN	19
8.1	Ansvarsgruppe	19
8.2	Fagmøte	19
8.3	Tverrfaglege samarbeidsmøte	20
8.4	Rådgjevande gruppe	20
9	SAMARBEID MELLOM SPESIALISTHELSETENESTA OG KOMMUNEN	20
10	SATSINGSOMRÅDE OG TILTAK	22
10.1	Informasjon	22
10.2	Koordinering	23
10.3	Individuell plan	24
10.4	Brukarmedverknad	25
10.5	Kompetanse	26
10.6	Tilgjenge og deltaking	27
10.7	Barnehage og skule (barn og unge)	28
10.8	Arbeid og meningsfull kvardag	29
10.9	Bustad	30
10.10	Rehabiliteringsplassar for vaksne/eldre i �rsta kommune	31
11	IMPLEMENTERING AV PLAN FOR HABILITERING OG REHABILITERING	32
12	ANSVAR OG SYSTEM FOR RULLERING AV PLAN FOR HABILITERING OG REHABILITERING	32
13	TILTAKSPLAN MED STIPULERING AV KOSTNADER	33

1 INNLEIING

Ein plan for habilitering og rehabilitering skal medverke til å sikre at personar som har behov for habilitering og rehabilitering får tilbod om tenester som kan medverke til stimulering av eiga læring, motivasjon, auka funksjons- og meistringsevne, likeverd og deltaking.¹

Målgruppene er i utgangspunktet alle som har behov for assistanse til å nå eller halde ved like sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle, psykiske og sosiale funksjonsnivå, og der det vert kravd innsats frå fleire faggrupper og tenesteområde.

Det er eit mål med planprosessen å gjere kjent og arbeide for samfunnsretta tiltak etter prinsippa om universell utforming, så langt kommunen sitt ansvar rekk.

Det har vorte lagt vekt på å leggje til rette for ein så open planprosess som mogleg, med ei brei deltaking frå brukarar og ulike tenesteytarar.

Planen gjeld alle tenesteområda i kommunen. Å sikre eigarforhold og forankring i alle ledd, administrativt, fagleg og politisk er ein intensjon i arbeidet. Planen skal heile tida setje brukaren i fokus, og representantar for brukarorganisasjonar og Rådet for funksjonshemma er viktige bidragsytarar både på individ- og systemnivå.

**No er me mette
No er me mette
av alle orda
No er handling
det einaste
det einaste som kan gje tru
på at orda var verd noko**
Jan Spurkeland

¹ Forskrift om habilitering og rehabilitering

2 PLANPROSESSEN

2.1 Mandat²

Ørsta formannskap vedtek oppstart av planprosess for Plan for habilitering og rehabilitering i Ørsta kommune, som ein sektorovergripande plan i samsvar med Plan og bygningslova §§ 20-5 og 27-1, med følgjande mandat:

1. Rådmannen vert beden om å oppnemne ei plangruppe med representantar frå helse- og sosialsektoren, oppvekst- og kultursektoren, NAV og brukarorganisasjonane. Plangruppa skal vere etablert innan 15. mars 2007.
2. Helse- og sosialsektoren er sekretariat for plangruppa og får ansvar for å utarbeide planen.
3. Målsetjing for Plan for habilitering og rehabilitering er:
Ein plan som sikrar brukarar som har behov for koordinerte tenester i Ørsta kommune eit samordna, tverrfagleg og heilskapleg tilbod med vekt på brukarperspektivet og som forpliktar kommunen til eit koordinert og planmessig habiliterings- og rehabiliteringsarbeid i samsvar med lov og forskrift.
4. Plan for habilitering og rehabilitering i Ørsta kommune skal
 - a) Plassere ansvar og mynde
 - b) Sikre brukarmedverknad
 - c) Avklare koordinerande einingar og samarbeidsrutinar både tverrfagleg og på tvers av sektorar
 - d) Avklare forholdet mellom spesialisthelseteneste og kommune
 - e) Greie ut og kome med framlegg til organisering av tenester
 - f) Gi oversikt over samla ressursbehov til habilitering og rehabilitering
5. Planen bør vere ferdig handsama i kommunestyret innan utgangen oktober 2007, slik at økonomiske konsekvensar av planen kan sjåast i samanheng med neste rullering av økonomiplan og handsaming av budsjett for 2008.

2.2 Plangruppe

Plangruppa har vore breitt samansett, med representasjon frå aktuelle, sentrale tenestestader, i tillegg til brukarar:

Fysioterapeut	Hanne Marit Myklebust
Ergoterapeut	Monica Gustavsen
Helsesøster	Ann Elin Skeide
Bustadtenesta	Kristin Vik
Psykiatritenesta	Jan Vik
Institusjonar og HBO	Anne Dagrund Ose Lid
Skule	Reidun Vigestad Berge
Barnehage	Janne Spjutøy
Barnevern	Kyrre Grimstad
NAV	Amalie Hovdenakk
Rådet for funksjonshemma	Anne Grete Juliebø
Brukarorganisasjonane	Janne Britt Wille Ytterstad
Helse- og sosialsjefen	v/ Hilde Flotve Mo (ansvarleg for utforming av plandokumentet)

² Vedtak i sak 27/07 i Ørsta formannskap 6. mars 2007

2.3 Arbeidsprosess

Av ulike årsaker kom ikkje plangruppa på plass før hausten 2007, og arbeidet kom såleis i gang eit halvt år på etterskot. Dette betyr at planen ikkje er klar til politisk handsaming før hausten 2008, og kan først leggjast til grunn for arbeid med budsjettet for 2009.

Ein del av dei organisatoriske grepa, som t.d. oppstaring av koordinerande eining, vart likevel sette i verk frå februar 2008.

Plangruppa har hatt til saman 7 møte. Gruppa har kome med viktige innspel i prosessen, både før og etter at det har vorte lagt fram utkast til deler av plan.

2.4 Dialogkonferanse

I samarbeid med Rådet for funksjonshemma vart det arrangert dialogkonferanse 1.april 2008. Målet med dialogkonferansen var *"Ein dialog mellom brukarar, politikarar og fagfolk om tiltak og prioriteringar i høve til habilitering og rehabilitering"*. Seniorrådgjevar Gidske Holck frå Statped Vest, hadde innleiing med temaet; *"Samhandling og organisering av tenester kring brukarar med nedsett funksjonsevne"*. Leiar for koordinerande eining heldt ei kort orientering om organisering av koordinerande eining i Ørsta kommune og om arbeidet med *Plan for habilitering og rehabilitering*.

Etter innlegga vart det opna for dialog rundt borda der dei frammøtte vart utfordra på korleis systemet må fungere for at målet for habilitering og rehabilitering i Ørsta skal verte oppnådd, og kva for tenester som må til for at den einskilde skal oppnå ein god rehabiliteringsprosess. Dei frammøtte kom med mange viktige og tydelege innspel, som har vorte lagt til grunn for det vidare planarbeidet. (Sjå oppsummering frå dialogkonferansen; Vedlegg 1)

**Det er den draumen
Det er den draumen me ber på
at noko vedunderleg skal skje
at det må skje
at tidi skal opne seg
at dører skal opne seg
at berget skal opne seg
at kjeldor skal springa –
at draumen skal opna seg,
og at me ein morgon skal glida inn
på ein våg me ikkje visste om**

Olav H. Hauge

3 LOVER OG FORSKRIFTER

3.1 Lov om helseteneste

I følge Lov om helseteneste i kommunane, § 1-3, er medisinsk rehabilitering ei av dei 5 oppgåvene som kommunen si helseteneste skal omfatte:

1. Fremje helse og førebyggje sjukdom, skade eller lyte
2. Diagnose og behandling av sjukdom, skade eller lyte
3. *Medisinsk habilitering og rehabilitering*
4. Pleie og omsorg
5. Hjelp ved ulukke og andre akutte situasjonar

Lova plasserer medisinsk habilitering og rehabilitering som ei likeverdig oppgåve med kommunehelsetenesta sine andre oppgåver, som ei eiga teneste.

3.2 St. meld. nr 21 Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk

Denne stortingsmeldinga set fokus på rehabilitering og førebyggjande helse. Medisinsk rehabilitering skal sjåast på som eitt av fleire bidrag som inngår i ein større heilskap. Meldinga gir ei ny forståing av rehabiliteringsomgrepet. Med denne meldinga er det slått fast at rehabilitering skal drivast tverrsektorielt og tverrfagleg, og at denne verksemda skal involvere meir enn berre helsetenester.

3.3 St. meld. nr 40 (2002-2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer

Hovudmåla i regjeringa sin politikk for menneske med redusert funksjonsevne er:

- Aktiv deltaking og full likestilling
- God tilgjengelegheit til bygningar, utemiljø, produkt og tenester (universell utforming)
- Tenester, opplæring og kvalifisering skal ta utgangspunkt i den enkelte sine behov
- Fleire i arbeid som kan nytte sine evner og anlegg til beste for seg sjølv og samfunnet
- Sikre økonomisk og sosial tryggleik

3.4 Forskrift om habilitering og rehabilitering (2001)

Mål for habilitering og rehabilitering

Formålet med forskrift om habilitering og rehabilitering er å

sikre at personar som har behov for habilitering og rehabilitering får tilbod om og vert ytt tenester som kan bidra til eiga læring, motivasjon, auka funksjons- og meistringsevne, likeverd og deltaking.

Forskrifta skal vidare sikre at tenestene vert gjevne

1 ut frå eit brukarperspektiv,

- 2 samordna, tverrfagleg og planmessig,
- 3 i eller nærast mogleg brukaren sitt kjende miljø, og
- 4 i ein meningsfylt samanheng.

Kommunen sitt ansvar for habilitering og rehabilitering (i følgje forskrifta):

- Kommunen skal ha ein plan for habilitering og rehabilitering
- Habilitering og rehabilitering er eit fagleg ansvar for alle tenester, kvar teneste skal tilpasse eit koordinert heilskapleg tilbod for den enkelte brukar
- Kommunen skal ha ei generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering
- Kommunen skal sørge for at alle som bur eller oppheld seg i kommunen får tilbod om naudsynt utgreiing og oppfølging ved behov for habilitering og rehabilitering
- Det kommunale helsetenestetilbodet skal integrerast i eit samla tverrfagleg habiliterings og rehabiliteringstilbod
- Det skal finnast ei koordinerande eining for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tenestene skal vere synlege og lett tilgjengelege for brukarar og samarbeidspartar

3.5 Individuell plan 2007 Veileder til forskrift om individuell plan³

Rett til å få utarbeidd ein individuell plan er heimla i sosialtjenesteloven § 4-3 a og pasientrettighetsloven § 2-5.

Plikt til å utarbeide individuell plan er heimla i sosialtjenesteloven § 4-3 a, kommunehelsetjenesteloven § 6-2 a, lov om spesialisthelsetjenesten § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1.

Den som har behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosiale tenester har rett til å få utarbeidd ein individuell plan. Rett til individuell plan betyr at tenestemottakar har rett til ein plan som syner eit heilskapleg og grunngeve tenestetilbod, og som samanfattar vurderingar av behov og tiltak. Ein individuell plan gir likevel ikkje rettskrav på bestemte tenester eller omfanget av desse. Medverknad frå brukaren er sentralt. Planen skal skissere nødvendige tiltak, kven som er ansvarlege på ulik nivå, korleis dei ulike tiltaka skal tilpassast den enkelte sine behov, og kven som er plandeltakarar saman med brukar.

Individuell plan skal gripe over alle tenesteområde og forvaltningsnivå. Det er viktig at planar som er utarbeidde for ein person, som individuelle opplæringsplanar, habiliteringsplanar, omsorgsplanar, tiltaksplanar m.m. vert samordna med, tilpassa og vere ein del av den overordna *individuelle planen*.

I rundskriv I-3/2004 har Barne- og likestillingsdepartementet, Sosialdepartementet, Utdannings- og forskningsdepartementet og Helsedepartementet oppfordra alle involverte tenesteytarar om å samarbeide om utforming av individuelle planar for barn og unge med nedsett funksjonsevne og familiane deira.

³ Byggrer på siste endring i forskrifta, 15. desember 2006

3.6 Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne⁴

Formålet med denne lova er å styrke det rettslege vernet mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne. Lova er todelt, med ein del om diskriminering og ein del om tilgjenge. Delane er nært knytt til kvarandre, etter som brot på tilgjengedelen kan føre til diskriminering. Lova gjeld på alle samfunnsområde, også i arbeidslivet. Lova innfører ei plikt til generell tilrettelegging (universell utforming) og individuell tilrettelegging, og ei særskild plikt til tilrettelegging på nokre utvalde område, der universell utforming ikkje tilgodeser alle.

Dette skal gjelde t.d. tilrettelagde barnehagetilbod, undervisning og andre offentlege tenester som dagaktivitet, avlasting m.v. Arbeidsgjevarar skal påleggjast ei individuell tilrettelegging av arbeidsplass og arbeidsoppgåver.

Hjelparen

**Om eg vil lukkast med å føre eit menneske mot eit bestemt mål, må eg først finne dette mennesket der det er og byrje nettopp der
Den som ikkje kan det, lurar seg sjølv når han trur han kan hjelpe andre**

**For å hjelpe nokon må eg først forstå meir enn det han gjer, men først og fremst forstå det han forstår
Dersom eg ikkje kan det, er det ikkje hjelp i at eg kan og veit meir**

Dersom eg vil vise alt eg kan, kjem det av at eg er forfengeleg og hovmodig, og eigentleg vil bli beundra av den andre, i staden for å hjelpe han

**All ekte hjelpsemd byrjar med å vere audmjuk overfor den eg vil hjelpe
Dermed må eg forstå at å hjelpe den andre ikkje er å ville herske, men å ville tene**

Kan eg ikkje dette, kan eg heller ikkje hjelpe nokon
Søren Kierkegaard omsett av Kyrre Grimstad

⁴ *Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven*, vedteken 11. juni 2008 og skal gjelde frå 1. januar 2009.

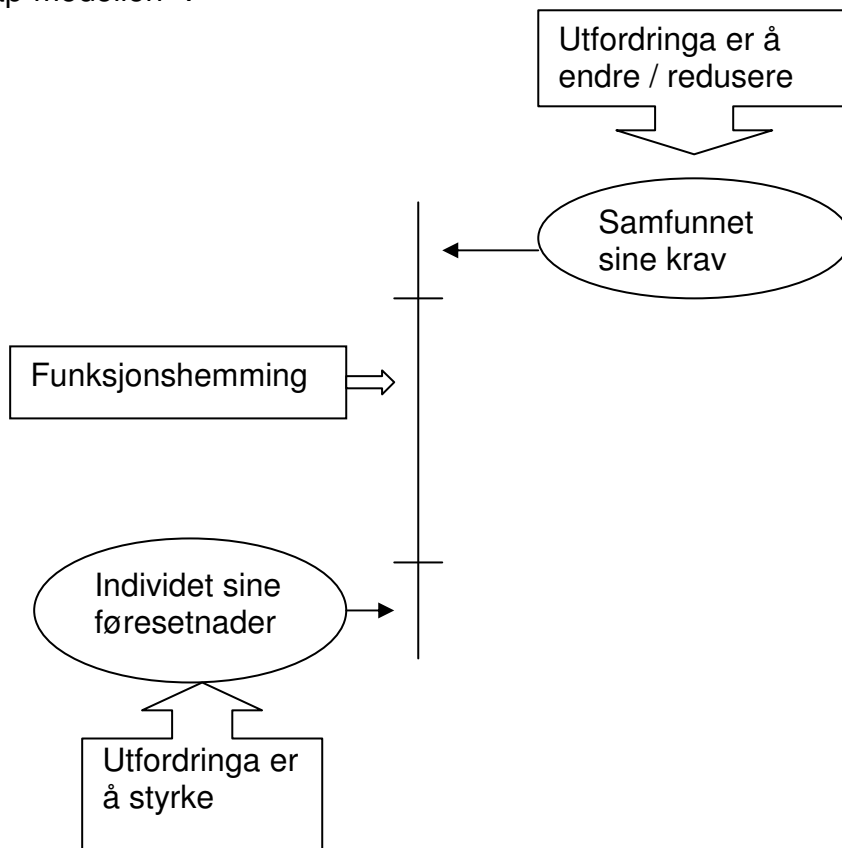
4 OMGREP OG DEFINISJONAR

4.1 Funksjonshemming – nedsett funksjonsevne

Tradisjonelt har me sett på funksjonshemming som ein eigenskap ved individet og dermed som eit individuelt problem, og me har tenkt på behandling og trening som det viktigaste verkemiddelet. I dei siste 20 åra har denne medisinske modellen vorte utfordra. Det vert meir og meir akseptert at omgjevnadene har avgjerande innverknad på om ei funksjonsnedsetjing fører til funksjonshemming eller ikkje.

Funksjonshemming oppstår i misforholdet mellom den einkilde sine føresetnader og dei krava samfunnet stiller.

Gap-modellen ⁵:



”Gap-modellen” illustrerer at utfordringane ligg i å redusere gapet, på den eine sida må samfunnet sine krav verte meir inkluderande, på den andre sida må individet sine individuelle føresetnader styrkast for å møte desse krava.

Når me brukar omgrepa redusert funksjonsevne eller funksjonsnedsetjing, er det tale om tap av, skade på eller avvik i ein kroppsdel eller i psykologiske, fysiologiske eller sosiale funksjonar (individnivå). Det er ikkje sjølvstakt at personar med nedsett funksjonsevne vert funksjonshemma. Dette vil, slik gap-modellen viser, vere avhengig av føresetnader hos den einkilde og dei krava som samfunnet og omgjevnadene stiller.

⁵ Henta frå St. meld 40 Nedbygging av funksjonshemmende barrierer

I Diskriminerings- og tilgjengelegheitslova er omgrepa nedsett funksjonsevne og funksjonsnedsetjing nytta som synonyme.

4.2 Habilitering og rehabilitering

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeidar om å gi naudsynt assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.⁶

Ein nyare måte å forstå rehabilitering på finn me i denne definisjonen:
"Rehabilitering handler om å tilrettelegge samfunnet og personens omgivelser sosialt, kulturelt, økonomisk og fysisk, slik at vi får et inkluderende samfunn."⁷

Habiliteringsomgrepet vert nytta i høve til den innsatsen og dei prosessane som er knytt til brukarar med medfødde eller tidlege påførte skader, medan rehabilitering handlar om brukarar med seinare påførte sjukdomar og skader.

"Habilitering vil si å bygge opp og støtte funksjoner, samspill og livskvalitet hos mennesker med tidlig ervervede medfødte funksjonshemminger. Rehabilitering vil si å gjenoppbygge tidligere mestrede funksjoner, og gjenskape mulighetene for samspill og livskvalitet hos mennesker med ervervede funksjonshemminger".⁸

Rehabilitering gjeld uavhengig av diagnose eller alder. Det er eit kriterium for å nytte omgrepa habilitering eller rehabilitering at bistanden må gjelde meir enn eit tiltak, der fleire aktørar samarbeider. Aktørar kan vere innafor same sektor, frå ulike kommunale sektorar, andre offentlege aktørar eller det kan vere private aktørar. Brukaren, eventuelt dei pårørande og familien står sentralt i prosessen og oppfølginga.

4.3 Kven kan ha behov for habilitering eller rehabilitering

- Personar som pga. skade eller sjukdom har hatt eit brått fall i evna til å fungere i dagleglivet
- Personar med gradvis fall i funksjonsevne over lengre tid
- Personar med kroniske sjukdommar
- Personar med medfødt funksjonssvikt
- Personar med fysiske, psykiske og sosiale problem
- Personar som treng hjelp til å planleggje nye situasjonar i livet, t.d ved overgang frå barnehage til skule, mellom ulike skular, frå skule til arbeidsliv og ved ny busituasjon

⁶ Forskrift om habilitering og rehabilitering, juni 2001

⁷ SKUR – Statens Kunnskaps- og utviklingscenter for helhetlig Rehabilitering

⁸ Tetzchner og Schjørbeck (1992) i Holck, G. 2004

4.4 Brukar

I høve til personar som tek imot tenester frå fleire ulike instansar på same tid, er det vorte meir vanleg å bruke omgrepet "brukar".

Me brukar ofte nemninga "primærbrukar" om dei som tenestene direkte er retta mot, og om "sekundærbrukarar" om dei som indirekte vert brukarar av tenestetilbod, som pårørande; ektefelle, foreldre eller born. I denne planen vil me nytte omgrepet "brukar" i same tydinga som "tenestemottakar".

4.5 Brukarmedverknad

Brukarmedverknad er sentralt i arbeid med habilitering og rehabilitering. Ein skil mellom brukarmedverknad på individnivå og på systemnivå.

Brukarmedverknad på individnivå handlar om individet sin rett til innverknad på eigen situasjon. Brukarmedverknad på systemnivå gir brukarar innverknad som gruppe i høve til utforming av tenestetilbod og samfunnsutvikling.

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i respekten for den einskilde sitt menneskeverd, uavhengig av graden av funksjonshemming og den einskilde si evne til arbeid. Utgangspunktet skal vere mennesket sin rett til sjølv å bestemme over vitale livsforhold og til å formulere eigne mål. Rehabiliteringsverksemda skal motverke sjukdomsfokusering og passive pasientroller, og fremje personleg ansvar og eigenmeistering. Tenestene skal medverke til å få innsikt i eigne behov, høve og avgrensingar, og sikre størst mogleg grad av eigen kontroll over rehabiliteringsprosessen. Eit brukarperspektiv vil også innebere at brukarane vert tekne med i ei jamleg evaluering og kvalitetssikring av tenestene.

4.6 Universell utforming

Universell utforming betyr at omgjevnader og produkt er utforma slik at dei kan brukast av alle, i så stor grad som mogleg, utan behov for tilpassing eller spesiell utforming. Tilrettelegginga skal skje gjennom hovudløysinga, slik at verksemda sine alminnelege funksjonar kan nyttast av flest mogleg. Universell utforming sikrar ikkje berre tilgjenge, men også tilgjenge på likeverdige vilkår. *Produkt* omfattar i denne samanhengen også informasjons- og kommunikasjonsteknologi og produkt innan tenesteyting. Universell utforming handlar såleis om meir enn fysisk tilgjenge. Utfordringa er å skape medvit og kunnskap kring funksjonshemmande forhold, og formidle kunnskap om universelle løysingar. Arbeidsreglar som fremjer universell utforming er m.a. at løysingane skal gje like moglegheiter for bruk, vere fleksible, vere enkle og intuitive i bruk, gje forståeleg informasjon og redusere fare for skader. Eit samfunn utforma etter prinsippet om universell utforming vil redusere behovet for rehabilitering. (Sjå punkt 3.6 om diskriminerings- og tilgjengelighetsloven av 11.juni 2008⁹)

⁹ OT.prop.nr. 44 (2007-2008) Om lov om forbod mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne, vedtatt 4. april 2008.

4.7 Likemannsarbeid

Likemannsarbeid er ei organisert samhandling som skjer mellom menneske som er i "same båt", og der sjøve samhandlinga har som mål at erfaringar skal utvekslast på ein måte som partane kan dra nytte av i sin kvardag.

Likemannsarbeid vil ha som utgangspunkt at ein av dei som inngår i samhandlinga har ei lengre og meir gjennomarbeidd erfaring enn dei andre. Først når ein har fått gjennomarbeidd eigen erfaringar, kan ein formidle desse vidare på ein god og hensiktsmessig måte.

Likemannsarbeid baserer seg på erfaring, og er meint å vere ei støtte og rettleiing til andre i same situasjon. Likemannsarbeid kan førekome i ein-til-ein relasjon eller i gruppe. Det kan også skje via internett. Tiltak kan t.d. vere informasjon/temahefte, telefonkontakt, besøk, sjølvhjelpsgrupper, mødregrupper, fedregrupper m.v.

Likemannsarbeid vert gjerne organisert gjennom brukarorganisasjonar, er uløna, vert normalt utført av uprofesjonelle og skal ikkje vere i staden for betalt arbeid eller offentleg eller privat omsorg.

GODE DAGER

Etter hvert forstod jeg det:

At en del av mitt liv ville
gå med til å være syk.

Det var slik det skulle bli.

Jeg skulle ikke bli frisk,
men jeg skulle lære å
være syk på en måte som
gjorde livet mitt verd å leve.

Det er dette jeg har øvet
meg på siden. Noen ganger
har jeg fått det til,
andre ganger har jeg kommet
ut for bitterhet og fortvilelse.

Men jeg har levd.

Jeg har smilt.

Jeg har ledd.

Jeg har hatt gode dager.

Og det har jeg bestemt
meg for at jeg vil ha fremdeles.

Ukjend forfatter

5 MÅL FOR HABILITERINGS- OG REHABILITERINGSARBEID I ØRSTA KOMMUNE

Brukarar med behov for koordinerte tenester veit kvar dei skal vende seg for å få hjelp

Brukarar med behov for koordinerte tenester opplever tenestetilbodet som samordna, koordinert og individuelt tilpassa

Brukarar med behov for koordinerte tenester opplever at det vert lagt vekt på brukarmedverknad, og at tiltak og tenester tek utgangspunkt i den einskilde sine ressursar

Tenester som ut frå eit heilskapsperspektiv gir menneske med nedsett funksjonsevne livskvalitet og meistring i kvardagen

Universell utforming (at samfunnet skal vere lagt til rette for alle) ligg til grunn for utforming av kommunale tenester, planar, nybygg, m.v.

6 NY ORGANISERING AV HABILITETERINGS- OG REHABILITERINGSARBEID I ØRSTA KOMMUNE - KOORDINERANDE EINING

Etter forskrift om habilitering og rehabilitering §8, skal det vere ei koordinerande eining for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tenestene som det vert gjeve tilbod om skal vere synlege og lett tilgjengelege for brukarar og samarbeidspartar.

Målet for koordinerande eining (KOE) i Ørsta kommune er:

Brukarar som opplever møte med eit koordinert og oversiktleg tenesteapparat, der brukarmedverknad vert sikra.

Ved oppretting av ei koordinerande eining ynskjer Ørsta kommune å ha fokus på koordinering – ikkje først og fremst på individuell plan eller ansvarsgruppe. I dette ligg ei heilskapleg tenking, på tvers av tenester.

6.1 Organisering

Det vart oppretta ei koordinerande eining i Ørsta kommune med verknad frå 15.02.2008. Dette er etablert i samsvar med delegert vedtak frå rådmannen. Koordinerande eining vert administrativt mellombels knytt til helse og sosial, medan eininga skal ha ein sektorovergripande funksjon innafor det mynde som er lagt til eininga. Ved omorganisering av den kommunale administrasjonen, vil denne plasseringa verte vurdert på nytt. Helse- og sosialdirektoratet er tydeleg på at

koordinerende eining bør forankrast i eit overordna leiarnivå, og sikrast styringsmynde på tvers av sektorar og verksemdar.

Koordinerende eining er ein funksjon og ei adresse. Leiar for koordinerende eining er tilsett i 100 % stilling, og har det daglege ansvaret. Då funksjonen ikkje dekkjer 100 % stilling, skal Helse- og sosialsjefen (med noverande organisering) leggje andre oppgåver til stillinga, i tillegg til koordineringsfunksjonen.

Saman med leiar for koordinerende eining skal fagpersonar frå ulike sentrale tenesteområde danne *rådgjevande gruppe* og *koordinerende gruppe* i kommunen.

Fagpersonar i *rådgjevande gruppe* kjem frå ulike sentrale fagområde som institusjonar og heimetenester, psykiatri, helsestasjon, fysioterapi, ergoterapi, barnehage, skule, PPT, barnevernteneste, bustadteneste og NAV. Rådgjevande gruppe skal handsame saker på systemnivå, og skal sikre oppfølging og utvikling av system som byggjer opp under eit koordinert og samordna tenesteapparat. Gruppa møter om lag 2 gonger pr. år. Det vil vere naturleg at brukarrepresentantar gjennom t.d. Rådet for funksjonshemma er representert i rådgjevande gruppe.

Rådmannen avgjer samansetjinga av *koordinerende gruppe*, som saman med leiar for KOE skal representere sentrale tenesteområde i kommunen. Denne gruppa skal ha 3-4 medlemmer, og kan knyte til seg fleire fagpersonar på sak. Koordinerende gruppe skal handsame saker både på individnivå og systemnivå. Gruppa har møte 1 – 2 gonger pr. måned, og drøftar oppnemning av brukarkoordinatorar og andre saker innfor mynde som ligg til koordinerende eining.

6.2 Mynde

Det er avgjerande at koordinerende eining, ved leiar, har naudsynt mynde, autoritet og definerte roller som skal til for at det skal kunne fungere etter intensjonen, på tvers av ulike tenesteområde. Koordinerende eining skal ikkje ha vedtaksmynde til tildeling av teneste. Dette mynde vert ikkje endra i høve til i dag. Mynde til koordinerende eining vil vere å peike ut brukarkoordinatorar og gjere vedtak om individuell plan.

Koordinerende eining har mynde til å peike ut brukarkoordinator i samråd med brukar og i dialog og samhandling med aktuell tenestestad som brukarkoordinator arbeider ved. Koordinerende eining skal i dialog med den førespurde brukarkoordinator og vedkomande sin næraste overordna kome fram til kven som kan ta på seg denne rolla i høve til den einskilde brukar. Det vil verte forventa at aktuelle tenestestader som skal samhandle følgjer opp brukarkoordinator med informasjon om vedtak og oversikt over tenester. Dette for å lette arbeidet for brukarkoordinator, som får slik informasjon tilgjengeleg når vedkomande ber om det.

Koordinerende eining skal ta stilling til, og har mynde til å gjere vedtak om individuell plan.

6.3 Oppgåver

Koordinerende eining (KOE) skal koordinere tenestetilbodet innafor habilitering / rehabilitering, og skal fungere på tvers av sektorar, avdelingar og tenester. Dette vil seie at KOE skal samhandle med ulike aktuelle tenestestader om

koordineringsoppgåver og at dei aktuelle tenestestadene skal ta del i dette arbeidet og ansvaret.

Koordinerande eining skal også skape samhandling mellom tenesteytarar og ulike tenestestader, og arbeide for kvalitetssikring for rutinar som sikrar flyt mellom tenester.

KOE skal ha oversikt over brukarar med behov for koordinerte tenester.

Alle som treng koordinerte tenester får tilbod om ein brukarkoordinator (sjå punkt 6.4). Her skal det verte teke utgangspunkt i kva det er som fungerer for den einskilde brukar, og leggjast vekt på individuelle løysingar.

Koordinerande eining har ansvar for opplæring, oppfølging og rettleiing i høve til brukarkoordinator.

KOE skal initiere og følgje opp lokale tiltak for kompetanseutvikling på tvers av faggrupper og sektorar.

Koordinerande eining skal vere eit knutepunkt for samarbeid mellom kommunen og dei statlege institusjonane om brukarane sine behov for re-/habilitering, og skal utvikle og følgje opp samarbeidsavtalar om rehabilitering mellom ulike nivå, og samarbeide rundt den einskilde ved inn- og utskrivning ved institusjon/sjukehus. Leiar for koordinerande eining vert såleis rehabiliteringskontakt i kommunen, medan det utøvande ansvaret for oppfølging framleis legg til ergoterapeut/ helseavdelinga og inntaksansvarleg, evt i samarbeid med brukarkoordinator og andre aktuelle samarbeidspartar.

6.4 Brukarkoordinator

Brukarkoordinator er til vanleg ein tenesteytar i det kommunale tenesteapparatet. Desse kan m.a. vere tilsette i skule, barnehage, barnevernteneste, PPT, helsestasjon, NAV, psykiatritenesta, fysioterapi, ergoterapi, bustadtenesta, heimebaserte tenester eller institusjon.

Brukarkoordinator har ein samordnings- og kontaktfunksjon, knytt til den einskilde brukar. Brukarkoordinator si oppgåve er å sikre oppfølging av brukaren og sikre god framdrift i koordineringsprosessen. Brukarkoordinator skal vere eit bindeledd mellom ulike tenesteytarar, og skal gje tilbakemelding til koordinerande eining dersom det oppstår vanskar i flyt mellom tenestene, eller der forvaltninga ikkje er god nok i høve til svar på søknad eller tildeling av tenester.

Brukarkoordinator har ei rolle som kjem i tillegg til den vanlege tenestefunksjonen som vedkomande har i sitt arbeid. Ein brukarkoordinator skal difor til vanleg ikkje ha ansvar for meir enn 3 – 4 brukarar. Brukarkoordinator avklarar brukar sitt ynske og behov for koordinering og samordning. Brukarkoordinator skal klargjere brukar sine mål, ressursar og behov for tenester, og avklarar behov for individuell plan (IP). Dersom IP skal nyttast, skal brukarkoordinator leie dette arbeidet.

6.5 Adresse for habilitering og rehabilitering

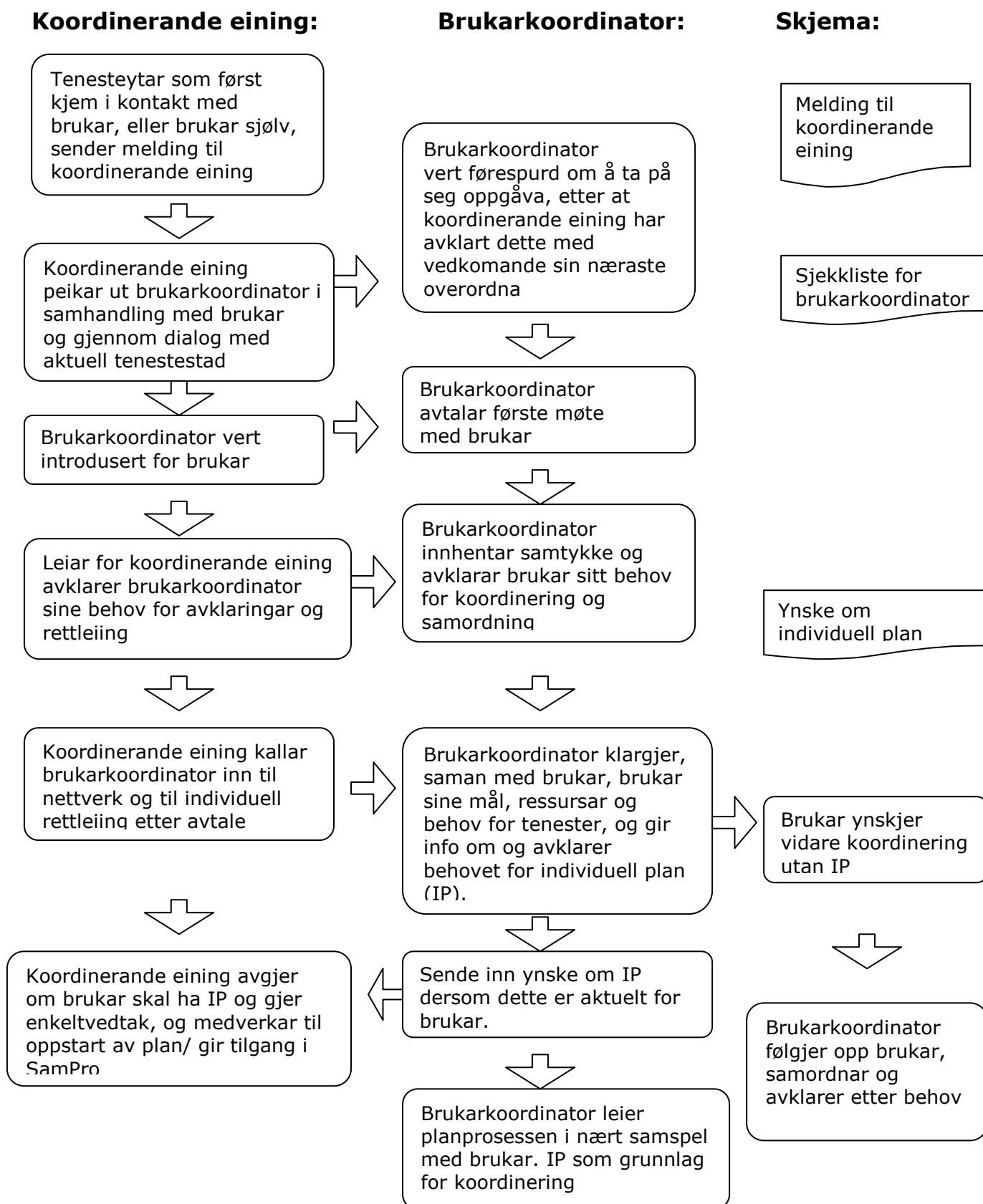
Adresse for koordinerande eining er:

Koordinerande eining, Dalevegen 6, 6150 Ørsta

Tlf: 70 04 97 00 / 70 04 98 29 e-post:

koordinerande.eining@orsta.kommune.no

6.6 Flytskjema for koordinerende eining og brukarkoordinator



6.7 Individuell plan

Viser til omtale av forskrift om individuell plan, punkt 3.5, side 8.

6.7.1 SamPro

Ørsta kommune har teke i bruk ei nettbasert løysing for individuell plan, Unique SamPro. Dette verktøyet er utvikla for å lette koordinering og samarbeid rundt individuell plan, men kan også brukast som eit samhandlingsverktøy der fleire personar og instansar er involvert. Verktøyet sikrar brukar og andre involverte partar tilgang via internett, og alle som har tilgang har til ei kvar tid alle oppdateringar. Dette gjer individuell plan både til eit verktøy og ein prosess. Frå januar 2009 vil SamPro også vere tilrettelagt for å kunne nyttast som verktøy i høve til individuell opplæringsplan (IOP).

6.7.2 Retningslinjer for individuell plan i Ørsta kommune

Viser til flytskjema, som viser gangen i arbeidet. Det vil verte lagt opp til at alle brukarar som ynskjer det skal få tildelt ein brukarkoordinator før det vert teke stilling til om brukar skal ha individuell plan. Det er utarbeidd meldeskjema, der brukar kan setje fram skriftleg ynske om individuell plan. Dette skal det gjerast enkeltvedtak på, der det går fram kva for klagerettar brukar har i samsvar med lovverket. Alle tenesteytarar / brukarkoordinatorar som arbeider med individuell plan skal få opplæring gjennom årlege samlingar i regi av koordinerande eining.

6.8 Nettverk, opplæring og rettleiing for brukarkoordinatorar

Brukarkoordinatorar vil verte kalla inn til møte i nettverk 1 – 2 gonger i året. I tillegg til dette skal brukarkoordinator få individuell og gruppevis rettleiing etter behov. Alle brukarkoordinatorar skal få opplæring i bruk av SamPro og oppfølging etter kvart som det dukkar opp nye problemstillingar.

7 ORGANISERING AV TENESTER I ØRSTA KOMMUNE

Rådmannen er den øvste administrative leiaren for kommunen. Han har det formelle ansvaret for at verksemda vert driven i samsvar med rammene som kommunestyret vedtek. Han har møte- og talerett i dei politiske utvala, med unnatak for kontrollutvalet. Rådmannen er ansvarleg for at alle saker som vert lagt fram til politisk handsaming er forsvarleg utgreidde og at politiske vedtak vert sett i verk. Under rådmannen er kommunen organisert i fire sektorar, med kvar sine hovudansvarsområde; sentraladministrasjonen, teknisk sektor, helse- og sosialsektoren og oppvekst- og kultursektoren. Rådmannen og sektorsjefane held til på rådhuset.

Sentraladministrasjonen utfører stabs- og fellesoppgåver for resten av

organisasjonen. I tillegg til samordningsoppgåver ligg tenesteproduksjon knytt til landbruk, løyve og bevilningar, servicekontor og flyktningarbeid til sentraladministrasjonen.

Helse- og sosial er organisert i ein helse- og sosialadministrasjon som har stab/støttefunksjonar til dei sju driftseiningane; sosialavdeling/NAV, helseavdeling, bustadavdeling, heimebasert omsorg i sentrum, Ørstaheimen og driftseiningar med sjukeheim og heimebasert omsorg på Sæbø og på Vartdal.

Oppvekst- og kultursektoren er organisert etter ein kombinasjon mellom flat struktur og avdelingsmodell. Sekretariat, opplæring, barnehage, kultur/fritid, personal og økonomi er organisert etter ein flat modell, utan egne avdelingar, medan barnevernstenesta ligg til ei eiga avdeling.

Teknisk sektor er sett saman av avdelingar for brann- og redningsvern, eigedom, anlegg/drift/ vedlikehald, byggesak/oppmåling og plan/næring/miljø.

Servicekontoret er det første ein møter når ein kjem inn på rådhuset. Her vil ein få utført ei rekkje oppgåver, eller få hjelp vidare. Kommunen har avtale med likningskontoret/folkeregisteret om nokre førstelinetenester i servicekontoret. Post som er adressert til Ørsta kommune vil verte journalført og handsama etter gjeldande rutinar. Servicekontoret ved sentraladministrasjonen er sentralt postmottak for heile rådhuset.

Ørsta kommune har lagt ut ny heimeside hausten 2007, <http://www.orsta.kommune.no>, og på denne kan ein finne tenesteomtalar for ulike tenesteområde i kommunen.

8 SAMARBEID MELLOM ULIKE AKTØRAR I KOMMUNEN

8.1 Ansvarsgruppe

Ansvarsgruppe er eit formalisert og tidsavgrensa samarbeidsforum for brukar/pårørande og tenesteutøvarar. Ansvarsgruppe vert nytta som reiskap i koordinering når brukar ynskjer det. Kven som skal ta del i ansvarsgruppa vert avgjort i møte mellom brukar og brukarkoordinator. Det bør vere få, faste medlemmer i gruppa, medan andre aktuelle tenesteytarar kan verte kalla inn på sak. Brukar og brukarkoordinator avklarar om det er ynske om å ha ei ansvarsgruppe. Dersom brukar har individuell plan, skal denne danne grunnlag for arbeidet i ansvarsgruppa. Ein brukar kan likevel velje vekk både IP og ansvarsgruppe, og få hjelp til god koordinering gjennom brukarkoordinator. Brukar kan også ha IP utan at det vert oppretta ansvarsgruppe.

8.2 Fagmøte

Når tenesteytarane skal diskutere ressursar, ansvarstilhøve og samarbeid om ressursar på tvers av tenester, skal brukar til vanleg ikkje vere til stades. Dette er saker som skal drøftast på fagmøte der berre tenesteytarane er til stades.

Fagmøte kan vere møte på tvers av tenestestader, men det kan også vere møte mellom tenesteytarar som samarbeider innafor eit fagfelt. Når ei sak vert drøfta på møte der fleire fagmiljø er representerte, og tilhøve kring ein brukar vert drøfta særskilt, skal brukar til vanleg vere kjend med at saka vert teken opp. Etter slike møte skal brukar utan unødig opphald verte gjort kjend med utfallet av drøftingane. Unntak frå dette kan vere samtalar/fagmøte som gjeld samhandling mellom tenesteytarar som arbeider tett saman, og der det daglege arbeidet er avhengig av avklaringar mellom partane. Då er dette ein arbeidsmåte som er kjend for brukar, som gir informert samtykke, og der brukar ikkje gir samtykke for kvar gong saka vert drøfta.

8.3 Tverrfaglege samarbeidsmøte

For å utvikle gode rutinar og samarbeidsformer på systemnivå, er det viktig at det vert halde tverrfaglege samarbeidsmøte. Dette er møte der tenester til brukarar ikkje vert drøfta på individnivå, men der prinsipielle forhold kring saker kan takast opp.

Tverrfagleg møte for barn og unge er eit slikt forum. Dette er ein møtestad for alle tenesteområde som møter barn og unge. Det vert lagt opp til om lag tre møte i semesteret, med ulike tema som gruppa set fram ynske om. Frå hausten 2008 vert ansvaret for å kalle inn og koordinere desse møta ført over til leiar for koordinerande eining.

8.4 Rådgevinge gruppe

Rådgevinge gruppe er tidlegare nemnt under punkt 6.1. Gruppa skal vere breitt samansett, og skal handsame saker på systemnivå. Rådgevinge gruppe skal sikre oppfølging og utvikling av system som byggjer opp under eit koordinert og samordna tenesteapparat. Gruppa møter om lag 2 gonger pr. år. I denne gruppa er det naturleg at det sit brukarrepresentantar, t.d. representasjon frå Rådet for funksjonshemma.

9 SAMARBEID MELLOM SPESIALISTHELSETENESTA OG KOMMUNEN

Avtalefesta samarbeid

Det er inngått ein nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og sosialområdet, mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet, dat. 21. juni 2007. Partane forpliktar seg i denne avtalen til å medverke til at alle kommunar og helseføretak har inngått avtale om samhandling i løpet av 2007. Partane er semde om at følgjande kriterium er viktige for god samhandling:

- Tett dialog og regelmessige møte
- Kontinuerleg drøfting og utvikling av samarbeidet
- Planlegging av heilskaplege behandlings- og omsorgskjeder
- Forankring på høgt leiarnivå, både i kommunane og helseføretaket

- Forankring og involvering også på fagnivå, ikkje minst blant linjeleiarar på mellomnivå
- Gjensidig kompetanseutvikling mellom tilsette i helseføretak og kommune

Ørsta kommune har ein samarbeidsavtale med Helse Sunnmøre. Denne avtalen viser kva for forpliktingar sjukehusa og kommunen har i høve til kvarandre. Denne avtalen skal reviderast hausten 2008. Mork senter er del i denne avtalen, medan psykiatrien (Volda DPS) ikkje er inkludert i denne. Ørsta kommune har ein eigen avtale med Volda DPS (Distriktpsikiatrisk senter), som regulerer samarbeid kring inn og utskrivning av pasientar og rutinar i samband med individuell plan.

Pleie og omsorgsavdelingane i kommunane og representantar frå avdelingsjefs nivået på sjukehusa på Sunnmøre har eit felles samarbeidsforum. Dette samarbeidsforumet har sett i gang ulike prosjekt som skal ha som mål å utvikle betre samhandling mellom ulike tenesteytarar, med brukaren i sentrum. Dette arbeidet har gitt kommunane og fagpersonar ny kunnskap og innsikt i kvarandre sine arbeidsfelt og utfordringar. Forumet arrangerer ein årleg samhandlingskonferanse.

Kommunen har ein samarbeidsavtale med hjelpemiddelsentralen. Denne skisserer kommunen og hjelpemiddelsentralen sine gjensidige plikter i høve til søknad, utlevering, tilrettelegging, montering, vedlikehald og innhenting av hjelpemiddel.

Kommunen har ein inntaksansvarleg, som kallar driftsleiarane inn til inntaksmøte. Før kvart møte er inntaksansvarleg i kontakt med sjukehusa /avdelingane, for å få oversikt over utskrivingsklare pasientar. Assisterande helse- og sosialsjef er for tida inntaksansvarleg i kommunen.

Leiar for koordinerande eining i kommunen får melding frå Mork senter om pasientar som er inne til behandling. Det vert meldt frå i første fase av opphaldet, slik at fagpersonar, mellom andre ergoterapeut kan ta del i midtvaluering og gjere seg kjend med pasienten sitt behov for tilrettelegging, utstyr og tiltak, anten i eigen bustad eller til institusjon / trygdebustad.

Samarbeid i einskildsaker

Kommunane har eit eige, formalisert nettverk for tenester for brukarar med nedsett funksjonsevne på Sunnmøre. Målsetjinga for dei sju kommunane i nettverket er felles kompetanseheving for tilsette i tenestene, og å møte kollegaer frå nabokommunar, byggje nettverk og få kontaktar. Nettverket har ei arbeidsgruppe med ein representant frå kvar kommune og frå vaksnehabiliteringa ved Ålesund sjukehus. Nettverket organiserer opplæring og samarbeidsforum etter ein oppsett plan for kvart semester.

Kommunen viser brukarar, der kommunen treng særskild kompetanse, til habiliteringsteama, som er ein del av andrelinjetenesta. Seksjon for habilitering er ein del av spesialisthelsetenesta. Tenesta er knytt til barneavdelinga, Helse Sunnmøre HF, Ålesund sjukehus. Seksjonen er samlokalisert og har to team, eit for barn og eit for vaksne. Habiliteringsteama kan hjelpe kommunen med utgreiing, tverrfagleg kartlegging og tiltaksarbeid, oversikt og rettleiing i høve til brukar sine rettar, rettleiing til nærpersonar i kommunen og kurs- og kompetansetiltak i kommunen. Habiliteringsteama er også ein dørøpnar i høve til hjelp frå 3.- linjetenesta, som til dømes Tambartun, StatPed eller Frambu.

10 SATSINGSOMRÅDE OG TILTAK

10.1 Informasjon

Informasjon om habilitering og rehabilitering skal vere tilgjengeleg for alle
Det skal vere lett å finne fram til rett teneste

Dette føreset:

- Kommunen si heimeside er forståeleg og lett å finne fram på for flest mogleg
- At kommunen nyttar ulike kommunikasjonskanalar
- At dei som kjem i kontakt med personar som er aktuelle for habilitering og rehabilitering, og som treng hjelp til koordinerte tenester, kjenner til tilboda

TILTAK

10.1.1

Profilere rehabilitering og koordinerte tenester via kommunen si heimeside og i Møre-Nytt

Ansvar: Leiar koordinerande eining

Tid: Våren 2008, med oppfølging haust 2008

10.1.2

Årleg oppdatering av tilsette på sørviskontoret

Ansvar: Leiar koordinerande eining

Tid: 2008 - 2012

10.1.3

Utarbeide informasjonsfaldar om koordinerande eining i Ørsta

Ansvar: Koordinerande gruppe

Tid: Vår 2008

10.1.4

Informasjonsmøte om koordinerande eining og brukarkoordinatorar med sentrale samarbeidspartar, både innfor kommunen og eksterne aktørar

Ansvar: Koordinerande gruppe

Tid: 2008

10.1.5

Forenkle og tilpasse kommunale søknadsskjema

Ansvar: Sektorsjefar/ driftsleiarar / koordinerande gruppe

Tid: Hausten 2008

10.1.6

Linkar til brukarorganisasjonar på kommunen si heimeside

Ansvar: Leiar koordinerande eining

Tid: 2008 - 2012

10.2 Koordinering

Brukarar skal oppleve møte med eit koordinert og oversiktleg tenesteapparat, der brukarmedverknad vert sikra.

Kommunen skal ha oversikt over brukarar med behov for habilitering, rehabilitering og koordinerte tenester.

Dette føreset:

- Ei koordinerande eining med sektorovergripande mynde og funksjon
- At koordinerande tenester er synlege og lett tilgjengelege for brukarar og samarbeidspartar
- Kompetente og engasjerte brukarkoordinatorar som får oppfølging og rettleiing

TILTAK

10.2.1

Etablere koordinerande eining og fastsetje mynde og arbeidsoppgåver. Opprette stilling som leiar for koordinerande eining, som også overtek oppgåva som rehabiliteringskontakt i kommunen

Ansvar: Rådmannen

Tid: Våren 2008

10.2.2

Utarbeide prosedyrar for koordinerte tenester i Ørsta

Ansvar: Koordinerande gruppe

Tid: 2008

10.2.3

Avklare leiar for koordinerande eining sitt mynde, ansvar og autoritet på tvers av sektorar

Ansvar: Rådmannen

Tid: 2008

10.2.4

Gjennomgang av meldingar frå brukarar om behov for koordinerte tenester og utnemne brukarkoordinatorar

Ansvar: Koordinerande gruppe

Tid: 2008 – 2012

10.2.5

Sikre at rolla som brukarkoordinator vert fordelt mellom ulike tenestestader og ulike tenesteytarar. Leggje til rette for at brukarkoordinatorar får tid og rom til å utøve rolla

Ansvar: Aktuelle leiarar

Tid: 2008 – 2012

10.2.6

Vere knutepunkt for samarbeid mellom ulike kommunale tenestestader og mellom kommunen og dei statlege institusjonane når det gjeld habilitering og rehabilitering

Ansvar: Leiar for koordinerande eining

Tid: 2008 – 2012

10.3 Individuell plan

Brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester skal ha informasjon om sin rett til å få utarbeidd ein individuell plan (IP) dersom dei ynskjer det. IP er brukar sin plan, og skal vere eit verkty for samarbeid mellom brukar og tenesteapparatet og mellom dei ulike tenesteytarane. IP skal nyttast målretta og strukturert, og er overordna andre planar (som td IOP)

Dette føreset:

- Fagpersonar som har kunnskap om individuell plan
- At fagfolk har kompetanse på IP-prosess
- At IP vert nytta som eit verkty for koordinering

TILTAK

10.3.1

Ta i bruk SamPro (web-basert samhandlingsverkty) til alle som ynskjer IP

Ansvar: Leiar for koordinerande eining / brukarkoordinatorar

Tid: 2008 - 2012

10.3.2

Lage informasjonsmateriell om SamPro og nytte direktoratet sin brosjyre om IP til informasjon for brukarar

Ansvar: Koordinerande gruppe

Tid: 2008

10.3.3

Utarbeide prosedyrar og handbok i bruk av SamPro for brukarkoordinatorar

Ansvar: Koordinerande gruppe

Tid: Hausten 2008

10.3.4

Gjennomføre årleg opplæring for fagpersonar om individuell plan

Ansvar: Koordinerande gruppe

Tid: 2008 - 2012

10.3.5

Gjere vedtak om IP for brukarar som etter samtale med brukarkoordinator set fram ynskje om individuelle plan

Ansvar: Leiar koordinerande eining

Tid: 2008 – 2012

10.4 Brukarmedverknad

Brukarar skal ha reell medverknad på utvikling av tilbod på individ-, gruppe- og systemnivå.

Kontakt mellom menneske kan auke kunnskap og redusere fordomar

Dette føreset:

- Gjensidig respekt, god kommunikasjon og dialog mellom brukarar og fagfolk
- Å få fram brukarsynspunkt frå "dei som ikkje fremjar si eiga sak"
- At fagfolk har kompetanse på korleis leggje til rette for medverknad, kunne oppdage brukarkompetansen
- Kontaktpunkt mellom brukarar, politikarar og fagfolk

TILTAK

10.4.1

Sikre høve til god medverknad for *rådet for funksjonshemma* og *eldrerådet*

Ansvar: Rådmannen

Tid: 2008 - 2012

10.4.2

Motivere brukarar til likemannsarbeid

Ansvar: Brukarorganisasjonane

Tid: 2008 - 2012

10.4.3

Utvikle gode samarbeidsformer med pårørande

Ansvar: Avdelingsleiarar i aktuelle avdelingar, styrarar, rektorar

Tid: 2008 - 2010

10.4.4

Arrangere årlege kontaktmøte mellom brukarar, politikarar og fagfolk for å utveksle idear og erfaringar om tiltak og tenester

Ansvar: Koordinerande gruppe

Tid: 2008 - 2012

10.5 Kompetanse

Kompetanse om rehabilitering og koordinerte tenester skal utviklast på tvers av fag og saman med brukarane

Dette føreset:

- At kommunen har fokus på å utvikle rehabiliteringskompetanse
- At kommunen ser på tverrfagleg samarbeid og koordinering som ein kompetanse som det vert forventa at fagfolk på tvers av fagområde prioriterer
- Systematisk bruk av brukarkompetanse

TILTAK

10.5.1

Opplæring i bruk av SamPro

Ansvar: Leiar for koordinerande eining

Tid: 2008 - 2009

10.5.2

Sikre kompetanse på rehabilitering, koordinering og universell utforming, og leggje dette inn som tema i kommunale opplæringsplanar

Ansvar: Sektorsjefane

Tid: 2008 - 2012

10.5.3

Få oversikt over kompetanse på rehabilitering, koordinering og tverrfagleg arbeid i kommunen, utnytte eksisterande kompetanse, skaffe ny, spisse kompetansen

Ansvar: Koordinerande gruppe /aktuelle avdelingsleiarar

Tid: 2008 - 2010

10.5.4

Sikre opplæring, oppfølging og rettleiing til brukarkoordinatorar

Ansvarleg: Koordinerande gruppe

Tid: 2008 - 2012

10.5.5

Kurstilbod i grupper for ulike brukarar, som t.d. starthjelp i gruppe til foreldre som har fått barn med nedsett funksjonsevne, eller grupper for pårørande til demente

Ansvar: Koordinerande eining i samhandling med Lærings- og meistringssenteret og brukarorganisasjonane

Tid: 2008 - 2012

10.5.6

Gje opplæring til aktuelle treningskontaktar i samarbeid med idrettskretsen og ulike interesseorganisasjonar

Ansvar: Helse- og sosialtenesta

Tid: 2008 – 2012

10.6 Tilgjenge og deltaking

Alle skal kunne delta og kjenne seg verdsette
Ørsta skal ha fokus på universell utforming
Prinsippet om universell utforming skal leggjast til grunn ved all planlegging og oppføring av nybygg og utbetringar ute og inne

Dette føreset:

- At kommunen er fysisk og sosialt tilrettelagt for deltaking
- At fagpersonar på ulike fagområde set seg inn i prinsippa for universell utforming og kva desse har å seie for utforming av fysiske tilhøve og av tenester

TILTAK

10.6.1

Opprette ei tverrsektoriell ressursgruppe for universell utforming, der brukarar også er representert

Ansvar: Rådmannen

Tid: 2008

10.6.2

Finne fram til tenlege rettleiarar (hefte), som kan nyttast i høve til bygg, uteområde og trafikkareal, og ta desse i bruk

Ansvar: Avdelingsleiarar teknisk sektor

Tid: 2008 - 2009

10.6.3

Gjere ordningar, som til dømes; følgjekort, TT-kort, parkeringsbevis og honnørkort kjende for ulike brukarar som har rett på desse

Ansvar: Brukarkoordinatorar / kulturavdelinga / servicekontoret

Tid: 2008 - 2012

10.6.4

Sikre likeverdige kultur- og fritidstilbod. Halde på og utvikle mangfald og breidde i kultur- og fritidstilbod.

Ansvar: Oppvekst- og kultursjef

Tid: 2008 - 2012

10.6.5

Gje informasjon om ulike tenester som kan medverke til betre tilgjenge og deltaking

Ansvarleg: Brukarkoordinator, tenesteytarar på ulike tenestestader

Tid: 2008 - 2012

10.7 Barnehage og skule (barn og unge)

Alle barn og unge skal få utvikla sine unike eigenskapar optimalt

Det skal vere tilpassa opplæring for alle

Barn og unge som treng særskild tilrettelegging, skal vere sikra samanhengjande og inkluderande opplæring

Vaksenopplæringa skal nyttast aktivt i rehabilitering

Dette føreset:

- Eit barnehagetilbod og ei opplæring som er tilpassa den einskilde og som sikrar dei kompetanse av variert art
- Gode rutinar som sikrar overgangar mellom ulike trinn og institusjonar
- At tilboda som vaksenopplæringa kan gje er kjende

TILTAK

10.7.1

Varierte metodar, ulike læringsstrategiar og læringsstilar skal nyttast for å nå barn med ulike læreføresetnader i barnehage og skule.

Ansvar: Rektorar og styrarar

Tid: 2008 - 2012

10.7.2

Sikre at rutinar for samarbeid i samband med overgangar vert følgde opp

Ansvar: Rektorar og styrarar i barnehagar

Tid: 2008 - 2009

10.7.3

Utvikle avd. Liadal som eit tilrettelagt tilbod ved Ørsta ungdomsskule

Ansvar: Rektor ved Ørsta ungdomsskule

Tid: 2008 - 2012

10.7.4

Tilbodet før og etter skuletid for elevar i skulealder vert sett i samanheng med og kan samordnast med det avlastingstilbodet som ungdomen får i tillegg

Ansvarleg: Oppvekst- og kultursjef / helse- og sosialsjef

Tid: 2008 - 2012

10.7.5

Vaksenopplæring, spesialundervisning og tilrettelagd opplæring for vaksne skal vere tema på opplæring for brukarkoordinatorar

Ansvar: Leiar for koordinerande eining / rektor for opplæringscenteret

Tid: 2008 - 2010

10.8 Arbeid og meningsfull kvardag

Alle skal ha høve til å ha ein kvardag med meningsfullt innhald
Arbeid skal nyttast meir aktivt i rehabilitering
Det skal løne seg å arbeide

Dette føreset:

- Individuelt tilpassa arbeidssituasjon
- Økonomiske ordningar som stimulerer til arbeid
- Meningsfulle aktivitetar når arbeid ikkje er det rette
- Transportordning som fungerer

TILTAK

10.8.1

Kommunen skal, saman med NAV, arbeide aktivt for å leggje til rette for arbeid for personar med bistandsbehov, dvs ta i bruk alle deler av IA-avtalen

Ansvar: Kommunale leiarar i samarbeid med NAV

Tid: 2008 - 2012

10.8.2

Ta i bruk fleire kommunale, varig tilrettelagde arbeidsplassar i rehabilitering

Ansvar: Kommunale leiarar

Tid: 2008 - 2012

10.8.3

Dagtilbod til unge vaksne. Senter med meningsfulle aktivitetar for personar som på grunn av funksjonsnedsetjing eller langvarig sjukdom fell utafor tilrettelagt yrkesliv.

Setje i gang som eit prosjekt.

Ansvar: Helse- og sosialsjefen /NAV

Tid: 2009 - 2012

10.8.4

Starte opplæring av treningskontaktar, og gje dette som eit supplement og ein del av støttekontakttilbodet i kommunen.

Ansvar: Helse- og sosialsjefen / NAV

Tid: 2008 - 2010

10.9 Bustad

Alle skal ha tilfredsstillande bustad med høve til eit sosialt liv
Fleire skal kunne eige bustaden sin

Dette føreset:

- At det finst tilstrekkeleg bustadar til brukarar med ulike behov
- At dei som treng det skal få butrening
- At det finst fleksible, økonomiske ordningar

TILTAK

10.9.1

Stille krav til universell utforming av nye bustader. Vurdere om eksisterande bustader skal oppjusterast til universell utforming.

Ansvar: Sektorsjefane

Tid: 2009 - 2012

10.9.2

Etablere treningsbustad og gje tilbod om butrening for dei som treng det

Ansvar: Helse- og sosialsjefen

Tid: 2009 - 1011

10.9.3

Utvikle samarbeidsstrukturar mellom ulike tenester for å leggje til rette for at fleire skal kunne eige bustaden sin. Utnytte dei økonomiske verkemidla som finst

Ansvar: Helse- og sosialsjefen / NAV

Tid: 2009 - 2012

10.9.4

Kartleggje behov for tilrettelagde bustader for unge vaksne med funksjonsnedsetjing, og utarbeide planar for utbygging av slike bustader

Ansvar: Helse- og sosialsjefen

Tid: 2008 - 2009

10.9.5

Kommunen tek initiativ til eit idemøte med foreldregrupper med barn og unge med funksjonsnedsetjing, i høve til framtidige behov for tilrettelagde bustader

Ansvar: Helse- og sosialsjefen

Tid: Vår 2009

10.9.6

Danne ei ressursgruppe av kommunalt tilsette og foreldre for å planleggje framtidige bustader for unge vaksne med funksjonsnedsetjing

Ansvar: Helse- og sosialsjefen

Tid: Vår 2009

10.10 Rehabiliteringsplassar for vaksne/eldre i Ørsta kommune

Ørsta kommune skal ha 3 rehabiliteringsplassar til vaksne/eldre, knytt til ergoterapi og fysioterapiteneste, samt pleiepersonell som arbeider ut i frå ein rehabiliteringstanke.

Dei 3 plassane skal berre nyttast til rehabilitering og prioriterast til:

- Personar som i periodar av livet treng omfattande rehabilitering og profittere på å vere i eit rehabiliteringsmiljø på døgnbasis
- Personar som blir utskrivne frå spesialisthelsetenesta og har behov for vidare rehabilitering før dei flyttar heim evt til anna bustad

Dette føreset:

- Tilstrekkeleg ressursar til rehabilitering
- Tilstrekkeleg rehabiliteringskompetanse
- God dialog mellom dei som arbeider inne/ute
- Eige inntak

TILTAK

10.10.1

Planleggje og reorganisere 3 rehabiliteringsplassar knytt til Ørstaheimen

Sikre eige inntak til rehabiliteringsplassane

Ansvar: Helse- og sosialsjef

Tid: Etablert august 09

10.10.2

Opprette stilling som ergoterapeut 100% til bruk for oppfølging av rehabiliteringsplassane samt anna rehabiliteringsverksemd i kommunen. Det er ønskeleg at 50 % er knytt direkte opp mot rehabiliteringsplassane. Det er hensiktsmessig at denne personen er på plass våren 09 slik at han/ho kan vere med på planlegging.

Ansvar: Helse- og sosialsjef

Tid: januar 09

10.10.3

Omgjering av turnusfysioterapeutstilling til fast stilling som fysioterapeut i 80% der vedkomande vil få særskilt ansvar for oppfølging av rehabiliteringsplassane samt anna rehabilitering for vaksne/eldre i kommunen.

Ansvar: Helse- og sosialsjef

Tid: 15 august 09

10.10.4

Opprette ekstra ressurs i pleiepersonalet tilknytt rehabiliteringsplassane. Det er behov for ein ekstra person på dagtid som skal vere ein del av den tverrfaglege oppfølginga av brukarane, t.d ha ansvar for ADL-trening og fysisk trening i lag med fysio- og ergoterapeut.

Ansvar: Helse- og Sosialsjef

Tid: august 09

10.10.5

Opplæring/kompetanseheving innan rehabilitering. Eigne kursmidlar.

Ansvar: Helse og sosialsjef i lag med det tverrfaglege teamet.

Tid: august 09

11 IMPLEMENTERING AV PLAN FOR HABILITERING OG REHABILITERING

Implementering og forankring av plan for habilitering og rehabilitering tok til når det vart nedsett plangruppe for arbeidet. Forankring handlar om at dei ulike aktørane må ha kunnskap, interesse og oppleving av forplikting knytt til gjennomføring av tiltaka i planen.

Plangruppa er breitt samansett med representantar frå eit spekter at tenesteytarar som skal samhandle om desse oppgåvene. Denne gruppa har hatt ein god prosess frå den starta opp i november 2007. Denne prosessen har desse representantane teke med ut på sine respektive tenesteområde, og det har difor fått ein viss spreiringseffekt. Brukarrepresentantane i gruppa har også teke drøftingar i sine respektive utval, m.a. i Rådet for funksjonshemma. Etter at denne plangruppa opphøyrer vil dei fleste av desse halde fram i *rådgjevande gruppe*, som skal arbeide med oppfølging av koordinering og rutinar på systemnivå.

Gjennomføring av dialogmøtet 1. april har også medverka til forankring i høve til brukarane. Dette vert sett på som starten på ein prosess der brukargrupper vert invitert inn til drøfting og dialog.

Det er også vesentleg at den vedtekne planen ligg til grunn for andre planar og prosessar i kommunen, slik at prosessane for koordinering av habilitering og rehabilitering vert eit heilskapleg arbeid for alle tenesteområde i kommunen.

Forankring må skje kontinuerleg for å sikre at alle følgjer opp intensjonane, med sine nødvendige bidrag. Koordinerande eining vil verte ein pådrivar for at leiarar på ulike tenesteområde tek del i denne prosessen, gjennom gjentakande evalueringar og oppdateringar av planen. Implementering av denne planen er såleis like mykje ei kontinuerleg organisasjonsutvikling som oppfølging av ein skilde tiltak.

12 ANSVAR OG SYSTEM FOR RULLERING AV PLAN FOR HABILITERING OG REHABILITERING

Planperioden er frå hausten 2008 og til 31.12.2012.

Evaluering skal skje årleg innan utgangen av april kvart år, første gongen innan utgangen av april 2010. Årlege evalueringar skal leggjast fram for kommunestyret innan utgangen av første halvår.

Det skal leggjast vekt på brukarmedverknad i evaluering av planen. Rådgjevande gruppe skal ta aktivt del i evalueringa. Prosedyrar vert utarbeidde og oppdaterte etter behov.

Rullering skal leggjast fram for kommunestyret innan utgangen av første halvår 2012. Leiar for koordinerande eining er ansvarleg for at evaluering og rullering skjer i samsvar med denne planen.

13 TILTAKSPLAN MED STIPULERING AV KOSTNADER

Driftsbudsjett 2009 - 2012

Prioriterte tiltak i drifta	2009	2010	2011	2012
Planleggje og etablere 3 - 4 rehabiliteringsplassar – omgjerung av sjukeheims plassar	50.000			
100 % ny stilling som ergoterapeut	190.000	446.000	446.000	446.000
Omgjerung av turnusfysioterapistilling til 80 % fast stilling som kommunefysioterapeut	20.000	50.000	50.000	50.000
Etablere og drifte treningsbustad (straum, brensel, reinhald,m.m.)		90.000	90.000	90.000
Stilling som pleiepersonale for rehabiliteringsplassane	280.000	670.000	670.000	670.000
Dagtilbod, aktivitetssenter til unge vaksne				
Personalkostnader:	624.000	624.000	624.000	624.000
Anna drift:	300.000	300.000	300.000	300.000
Opplæring av brukarkoordinatorar	4.000	3.000	3.000	3.000
Kurstilbod; starthjelp til foreldre som har fått barn med nedsett funksjonsevne	5.000	4.000	4.000	4.000
Opplæring til nye treningskontaktar	30.000	20.000		20.000
Fleire brukarar får tilbod om treningskontakt som alternativ til støttekontakt				
Styrke tilbodet, auka løn til treningskontakt	200.000	200.000	200.000	200.000
Opplæring / kompetanseheving innan rehabilitering	20.000	15.000	15.000	15.000
SamPro for alle brukarar som ynskjer IP	70.000	70.000	70.000	70.000
SUM	1.793.000	2.492.000	2.472.000	2.492.000

Merknader:

Lønskostnader er rekna på grunnlag av løn pr 01.05.08

Dersom kommunen ikkje kan nytte eksisterande lokale til treningsbustad, veil det vere ei løysing å byggje ny bustad til dette føremålet, samlokalisert med nye tilrettelagde bustader til unge vaksne med funksjonsnedsetjing og nye avlastingsbustader.

Det vil i så fall verte følgjande kapitalkostnader for treningsbustad:

Investeringsbudsjett 2009-2012

Prioriterte investeringar	2009	2010	2011	2012
Tiltak: Treningsbustad Investering; ca. 2,5 mill Eigenkapital/tilskot: 0 Lånemidlar: 2,5 mill Kapitalkostnad* pr. år: Ca. 250.000			250.000	250.000

- *Kapitalkostnad rekna 10% i A/R pr. år*