

DELTAKELSE OG LIVSKVALITET

HABILITERING  
OG  
REHABILITERINGSPLAN

SALANGEN KOMMUNE

MARS 2001

# **DELTAGELSE OG LIVSKVALITET**

## **HABILITERING OG REHABILITERINGSPLAN – SALANGEN KOMMUNE**

### **Innhold**

1. Innledning	s. 2
2. Litt teori rundt helse og (re)habilitering	s. 3
2.1. Et flerdimensjonalt helsebegrep	s. 3
2.2. Habilitering og rehabilitering- hva er det?	s. 3
3. Aktuelle aktører i (re)habiliteringsarbeidet	s. 4
4. Ulike livsarenaer	s. 4
4.1. Bolig	s. 5
4.2 Kultur og fritid	s. 5
4.3 Arbeid og sysselsetting	s. 6
4.4. Opplæring	s. 6
5. Organisering av rehabiliteringsarbeidet	s. 6
5.1. Administrativt nivå	s. 7
5.1.1. Koordineringsfunksjon	s. 7
5.1.2. Habilitering- og rehabiliteringsgruppe	s. 7
5.1.3. Hensiktsmessige samarbeidsrutiner	s. 7
5.1.4. Faglige rutiner	s. 8
5.1.5. Økonomi	s. 8
5.1.6. Kompetanse	s. 8
5.2. Individnivå	s. 8
5.2.1. Litt om de ulike brukergrupper	s. 8
5.2.2. Ansvarsgruppe og individuell plan	s. 9
5.2.2.1. Etablering av ansvarsgruppe	s. 9
5.2.2.2. Brukermedvirkning	s. 10
5.2.2.3. Koordinator for ansvarsgruppen	s. 10
5.2.2.4. Møterutiner	s. 10
5.3. Økonomi	s. 10
6. Tiltak	s.11

## 1. Innledning.

Arbeidet med planen for habilitering og rehabilitering for Salangen kommune har vært gjennom flere faser. Det første forslaget til rehabiliteringsplan ble i kommunestyrevedtak 0027/98 vedtatt som et foreløpig dokument. I samme sak pkt. II ble det vedtatt å opprette en rehabiliteringskoordinator i 30% stilling. I kommunestyresak 0002/99 (pkt. 8) ble, av rent økonomiske årsaker, stillingen som rehabiliteringskoordinator inndratt. Men arbeidet med rehabiliteringsplanen ble ikke lagt helt bort. I levekårsutvalgets sak 0036/99 ble igjen rehabiliteringsplanen drøftet. Levekårsutvalget besluttet at planen skulle rulleres og sikre en avklaring på ansvars plassering med hensyn på individuelt habilitering- og rehabiliteringsarbeid. Til å gjøre dette arbeidet nedsatte de en gruppe bestående av fire fagfolk og en politisk representant. I tillegg har levekårs sjefen hatt det administrative ansvaret i gruppa.

Ved slutføring av planen våren 2001 besto gruppa av følgende personer:

Sjefsfysioterapeut Ellen Bertheussen  
Spesialpedagog/logoped Harriet Eriksen  
Sosialleder Unni Bjerkmø  
Levekårsleder Hege Walør Fagertun  
Kommune-ergoterapeut Anne Vestermo Nesje  
Vernepleier Irene Nygård  
Politisk valgt repr. Jon Myrmel

Vi har sett det som viktig at planen kan bli et arbeidsredskap for kommunen. Den skal synliggjøre hvordan vi skal arbeide for mennesker som trenger habilitering og rehabilitering i Salangen Kommune. Den skal også vise hvem som har det koordinerende ansvaret for dette arbeidet i kommunen. I sin form skal planen kvalitetssikre det arbeidet som til enhver tid blir gjort ved å legge ansvaret for habilitering- og rehabiliteringsarbeidet til funksjoner i kommunen, samtidig som den skisserer fremgangsmåter i dette arbeidet.

En viktig side ved planen er at den setter individet i sentrum og ikke systemet. Kommunen har forpliktelser overfor enkeltindivider og da skal den også ha et system som kan sette individet i sentrum og ikke motsatt. Planen er forpliktende dokument for *alle* offentlige tjenstepersoner i kommunen.

Brukernes deltakelse og behov skal være grunnlaget for det hjelpetilbudet kommunen stiller opp med. Å sikre brukerdeltakelse og engasjement vil være en av bærebjelkene i planen. Først når brukerdeltakelsen blir tatt på alvor kan kommunen gi et bidrag til å bedre livskvaliteten til det enkelte individ.

Planen er grunnlag for en prosess. Den skisserer et utgangspunkt og gir utfordringer for utviklingsarbeid innen feltet habilitering og rehabilitering. Planen rulleres.

## 2. Litt teori rundt helse og (re)habilitering.

### 2.1. Et flerdimensjonalt helsebegrep.

Tradisjonelt har helse vært betraktet som fravær av sykdom. Frisk og syk vil da danne hver sin ende på et helsekontinuum. Helse innbefatter imidlertid mer enn fravær av sykdom. Andre aspekter relateres til livskvalitet. Livskvalitet sier noe om individets opplevelse av velvære, trivsel og mestring av hverdagens krav.

Vi kan ikke møte utfordringer som psykososiale problemer, selvmord, isolasjon og ensomhet uten å legge til grunn et flerdimensjonalt helsebegrep som rommer flere sider ved helse enn fravær av sykdom. Håndtering av et holistisk helsebegrep vil kunne bidra til at helsearbeidere kjenner sine begrensninger bedre, samtidig som dette vil motivere de samme helsearbeiderne til samarbeid med andre faggrupper eller sektorer/etater – og til å trekke disse målgruppene med i (re)habiliteringsarbeidet.

### 2.2. Habilitering og rehabilitering – hva er det?

Habilitering og rehabilitering blir her sett på som noe annet enn behandling, sjøl om grensene ofte kan være uklare. Habilitering og rehabilitering er å hjelpe brukeren å mestre funksjonsproblemene sine med tanke på aktiviteter og deltakelse.

Definisjon av begrepene:

*"Rehabilitering forstås som tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølstende og deltaking sosialt og i samfunnet."*

Denne definisjonen er henta fra St.meld nr. 21 (1998-99): "Ansvar og meistring – mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk." Med denne stortingsmeldinga ønsker Regjeringa å fremme strategier for et mer systematisk og effektivt rehabiliteringsarbeide på brukerne sine premisser.

Habilitering av barn og unge er en avgrensa del av det totale rehabiliteringsarbeidet.

*"Habilitering er et målretta arbeid for å bygge opp og støtte funksjoner, samspill og livskvalitet hos mennesker med tidlig ervervede eller medfødte funksjonshemninger"* (Veileder i habilitering av barn og unge, Statens helsetilsyn 1-98).

Behovet for habilitering og rehabilitering kan blant annet oppstå ved:

- funksjonssvikt ved medfødte, kroniske sykdommer og tilstander
- funksjonstap ved sykdom og skade som har oppstått senere i livet
- funksjonsvedlikehold for å unngå forverring av funksjonshemningen
- funksjonsomstillinger ved overgang til ny livsarena (for eksempel fra skole til arbeid), eller ved endra krav i omgivelsene rundt den enkelte.

Rehabiliteringstilbudet er i stor grad preget av manglende planlegging og koordinering, uklare ansvarsforhold og for lite medvirkning fra brukerne sjøl. For å sikre et godt arbeide på lokalnivået, må det etableres koordineringsfunksjoner og en instans for tilmelding av rehabiliteringsbehov. Prinsippet er felles ansvar og ikke delt ansvar mellom de ulike lokale instanser. Dette betyr at tjenesteyterne ikke kan fraskrive seg ansvar før rolledeling og ansvarsforankring er planlagt og avtalt.

### 3. Aktuelle aktører i (re)habiliteringsarbeidet

Den viktigste person i en (re)habiliteringsprosess er brukeren selv. I mange tilfeller spiller også de pårørende en svært viktig rolle. (Re)habilitering innebærer også et samspill mellom en rekke offentlige og private instanser.

#### **Kommunen**

Rehabilitering er en lovfestet oppgave i henhold til Lov om helsetjeneste i kommunene. Helsetjenesten kan i tillegg til lege, helsestasjon og fysioterapitjeneste tilby ergoterapitjeneste og psykiatritjeneste som er viktig for å løse oppgavene. Sosialtjenesten har en generell opplysnings- rettleidnings- og rådgivningsplikt for å løse eller forebygge sosiale problemer. Omsorgstjenesten er lovmessig en del av kommunehelsetjenesten og har et ansvar for å gi praktisk assistanse, opplæring i dagligdagse gjøremål og midlertidig husvær som kan være nødvendig i en habilitering- eller rehabiliteringsprosess.

Når det gjelder opplæringssektoren har alle elever med opplæring på grunnskolenivå rett til tilrettelagt opplæring. Kommunen har PP-tjeneste som skal hjelpe skolen med tilrettelagt opplæring og gi hjelp til spesialundervisning etter at sakkyndig vurdering foreligger. Det finnes et kompetansenettverk for personer med særskilt opplæringsbehov.

Kulturseksjonen spiller også en viktig rolle i sosial rehabilitering. Kulturtilbud og fritidsaktiviteter kan ha mye å si for den enkeltes deltakelse i lokalsamfunnet. Tekniske tjenester har ansvaret for fysisk tilrettelegging av nærmiljø.

#### **Fylkeskommunen.**

Videregående skole har plikt til å gi tilrettelagt opplæring. Fylkeskommunen har inntil videre ansvar for spesialisthelsetjenestene, inkl. habilitering- og rehabilitering. I mange tilfeller legger de premissene for å starte en habilitering- og rehabiliteringsprosess. Ulike habilitering- og rehabiliteringsteam- og avdelinger tar hånd om ulike målgrupper og opprettholder kontakt med kommunen. Sykehus og spesialisthelsetjeneste forventes overført til statlig forvaltning.

#### **Staten.**

Trygdekontorene har fått en viktig rolle som oppfølger, rådgiver og veiviser i forbindelse med rehabilitering. Hjelpemiddelsentralen er viktig både som formidler og rettleider når det gjelder hjelpemidler. Arbeidsmarkedsetaten har ansvar for tilrettelegging og tilbakeføring til arbeidslivet.

#### **Private organisasjoner.**

Det fins et stort antall private opptreningsinstitusjoner, spesielle helseinstitusjoner og kompetansemiljø som tilbyr opphold som kan inngå i (re)habiliteringsprosessen.

### 4. Ulike livsarenaer

Det overordnede mål i rehabiliteringsarbeidet er at mennesker skal ha de beste muligheter for å leve et aktivt liv og ha muligheter for samfunnsdeltagelse. Vi må sikre oss at alle aktørene styrer sin virksomhet mot dette felles mål : **å bedre deltagelse og livskvalitet til det enkelte menneske.** Det vil si å sikre den enkelte en hensiktsmessig bosituasjon med adekvat bistand/

hjelp, en meningsfull fritid, en hensiktsmessig opplæring og en tilrettelagt og meningsfull sysselsetting.

Det er nødvendig at hver av disse fire livsarenaene gjøres til gjenstand for planlegging. Planleggingen må ta utgangspunkt i den enkeltes egenart, forutsetninger, behov og ønsker. Der vi mener det er aktuelt med nye tiltak settes disse opp under det aktuelle punkt nedenfor.

## **4.1. Bolig**

Barn med funksjonshemninger bor i dag hjemme hos foreldre. Familie og naboer kan være viktige støttespillere og her prøves sosiale ferdigheter ut. Gode avlastingsordninger er viktige. Overgang til annen bolig eller boform krever planlegging. Bistand fra fagfolk er aktuelt i forbindelse med den fysiske tilretteleggingen av boligen, både bygningstekniske forhold og tekniske hjelpemidler, jfr. Forskift om habilitering og rehabilitering §10. Hjelp til daglige, praktiske gjøremål har hittil vanligvis blitt gitt på omsorgsgivers premisser, dvs. hjemmehjelp og hjemmesykepleie. En dreining mot mer brukerstyring vil trolig øke etterspørselen etter ordningen med personlige assistenter. Kommunene har nå plikt til å etablere ordningen, jfr. § 4-2a i Lov om sosiale tjenester. Opplæring og veiledning i ADL- (aktiviteter i dagliglivet) ferdigheter som er nødvendig for å bo alene er spesielt aktuelt når ungdom med bistandsbehov skal flytte for seg selv. For personer som er i en rehabiliteringsfase etter sykdom eller skade kan det også være aktuelt med et målrettet treningsopphold i tilrettelagt leilighet før man flytter hjem eller i annen varig bolig. Noen få personer med alvorlig psykisk lidelse har behov for varig tett oppfølging i boligen.

Funksjonshemmede som skal bygge egen bolig eller som skal utbedre allerede eksisterende bolig har behov for rådgivning fra ulike fagfolk. Kommunen har byggteknisk kompetanse, boligsekretær og ergoterapeut. Disse bør danne en kommunal boligrådgivningsgruppe for å bedre tilbudet til funksjonshemmede i boligsaker.

For å kunne gi et adekvat tilbud til ulike brukere må kommunen etablere og sørge for å ha tilgang til nødvendige leiligheter for trening, avlastning og for noen som mer permanent bolig.

## **4.2. Kultur og fritid**

Fritidens viktigste funksjon er å gi gode opplevelser, og å etablere gode sosiale relasjoner . Offentlige etater og kommunens kulturseksjon må stimulere de frivillige organisasjonene slik at også barn og voksne med funksjonshemninger kan delta.

Frivillighetssentralen er et sosialt møtested for ulike grupper. Herfra ytes det også frivillige tjenester slik som snømåking, henting av varer, småreparasjoner etc. til eldre, funksjonshemmede og andre.

Kulturseksjonen må være en pådriver i forhold til tilrettelegging av kultur- og fritidstilbud for funksjonshemmede i kommunen. Samarbeid med frivillige lag og foreninger er nødvendig, men for funksjonshemmede har det også stor betydning å kunne delta på arrangement (idrett, kultur) som er spesielt tilrettelagt for funksjonshemmede.

Noen fylker har en ordning med gratis følgeperson for psykisk eller fysisk funksjonshemmede som trenger en personlig hjelper når de skal ut på ulike kultur- eller fritidsarrangement. Et slikt tilbud vil være et virkemiddel for å forebygge sosial isolasjon og bør utvikles lokalt.

### **4.3. Arbeid og sysselsetting**

For funksjonshemmede barn gjelder at dette blir vurdert så tidlig som mulig, slik at opplæringen både i grunn- og videregående skole kan ta sikte på å oppøve ferdigheter som er nyttige i forhold til tilrettelagt arbeidsplass på hjemstedet. Ved grundig planlegging kan den funksjonshemmede gis arbeidsoppgaver som er nyttige i lokalsamfunnet.

Arbeids- og trygdekontoret har i dag ordninger for å sette i verk tiltak ved langvarig sykemelding, for eksempel ved å gi hjelp og stønad til yrkesrettet attføring. For personer i yrkesaktiv alder er *basisgruppe* etablert som et formelt pålagt samarbeidsforum angående sykemeldte, yrkeshemmede og andre. Basisgruppa er et rådgivende samarbeidsorgan mellom trygdekontoret, arbeidskontoret, legen og den sykemeldte/ yrkeshemmede og dennes arbeidsgiver. Det kan være aktuelt å trekke inn koordinator for ansvarsgruppe ( se nedenfor ) der slik er etablert. Formålet er tidlig intervensjon for å forhindre utstøtelse fra arbeidslivet.

Lavangen og Salangen arbeidssamvirke, ASVO er et arbeidstilbud for yrkesvalghemmede og uføretrygdede. Dette er meningsfull dagaktivitet/ arbeid for mange yrkeshemmede. Likevel er det noen som dette ikke passer for.

Arbeid med bistand er et tilbud fra arbeidsmarkedsetaten til yrkeshemmede arbeidstakere. Her finner man først fram til et arbeid, deretter starter opplæring i arbeidet. Dette er fortsatt en uprøvd ordning i Salangen.

### **4.4. Opplæring**

For barn og unge er det viktig at de får et individuelt tilpasset opplegg som også ivaretar behovet for tilhørighet i et klasse miljø, slik at de opplever å være positive bidragsyttere i skolen. Skolen utarbeider i samarbeid med foresatte og PPT en individuell opplæringsplan for de barna som får spesielt tilrettelagt undervisning. Skolen utarbeider rapport og evaluering av spesialundervisningstilbudet to ganger i året.

Personer med afasi har rett til voksenopplæring. Opptrening med logoped kan også refunderes av trygdekontoret etter henvisning fra lege. Kommunen har ansatt logoped i delstilling. Stillingen er lokalisert til PPT, som også selger logopedtjeneste til andre kommuner.

## **5. Organisering av rehabiliteringsarbeidet**

For å få til et (re)habiliteringstilbud slik at helheten og sammenhengen blir ivaretatt, må en sikre at samarbeidet og arbeidsdelingen i kommunen blir organisert hensiktsmessig både administrativt og på individnivå.

## 5.1. Administrativt nivå

På det administrative nivå må ansvarsforhold og samarbeidsrelasjoner mellom aktørene avklares. Forskrift om habilitering og rehabilitering §6 og kommunehelseloven §1-3 første ledd nr.3. fastslår at habilitering og rehabilitering skal være planlagt og være et eget virksomhetsområde i kommunehelsetjenesten.

Det er et krav at det finnes en koordinerende enhet innenfor habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. Det skal være en koordinatorkfunksjon som skal kunne ta imot henvendelser fra alle brukere og personell både i 1. og 2.linjetjenesten som melder om behov for habilitering og rehabilitering.

Vi mener at habilitering og rehabilitering blir best ivaretatt ved å legge koordineringsansvaret for habilitering- og rehabiliteringsarbeidet i kommunen til en bestemt stilling i helseseksjonen. Dette er også i tråd med St.meld nr 21 ( 1998-99 )”Ansvar og meistring –mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk”. Lov om helsetjeneste i kommunene §6-2a fastslår kommunehelsetjenestens plikt til å sørge for at det utarbeides individuell plan for de med behov for langvarige og koordinerte tilbud.

### 5.1.1. Koordineringsfunksjon

Den som har koordineringsansvar for rehabiliteringsarbeidet forutsettes å:

- være pådriver for habilitering- og rehabiliteringsarbeidet, både internt i kommunen, i forhold til spesialisttjenesten og trygde- og arbeidsmarkedsetaten
- ha hovedansvaret for at det utarbeides individuelle habilitering- og rehabiliteringsplaner for barn og funksjonshemmede som trenger tverrfaglige og tverretatlige tjenester i kortere eller lengre tid.
- sikre at individuelle planer blir gjennomført
- ha oversikt over alle ansvarsgrupper og sørge for at hver ansvarsgruppe oppnevner en egen koordinator
- bidra til at den kommunale planlegging er hensiktsmessig for de aktuelle brukergruppene.

Dette innebærer å ha oversikt over hvor mange som vil trenge tilrettelagte boliger, sysselsettings tilbud, etc.

### 5.1.2. Habilitering- og rehabiliteringsgruppe

Det nedsettes en referansegruppe som skal bistå rehabiliteringskoordinator i arbeidet med systematisering og videre utvikling av habilitering- og rehabiliteringsarbeidet i kommune. Gruppen kan også fungere som en referansegruppe for rehabiliteringskoordinatoren, for å evaluere gjennomføringen og kvalitetssikre habilitering- og rehabiliteringsarbeidet.

Denne referansegruppen kan være sammensatt som rehabiliteringsplangruppen. Levekårsleder og helseleder bør være representert i gruppa. Møtehyppighet ca 2 x i året.

Rehabiliteringskoordinator innkaller til møte.

### 5.1.3. Hensiktsmessige samarbeidsrutiner

Rehabiliteringskoordinator er *adresse* i kommunen for tilmelding av habilitering- og rehabiliteringsbehov.

Dette gjelder så vel innad i kommunen som for 2 og 3.linjetjenesten.

Innad i kommunen gjelder at alle etater og seksjoner er forpliktet til å bidra i arbeidet med individuell habilitering og rehabilitering.

#### **5.1.4. Faglige rutiner**

Det lages generelle rutiner for etablering av og fremdrift i ansvarsgrupper, slik at en sikrer seg at alle ansvarsgruppene ivaretar alle sidene i en individuell habilitering- og rehabiliteringsprosess.

#### **5.1.5. Økonomi**

Seksjonss lederne holdes orientert om den enkelte seksjons deltagelse i ansvarsgruppene. Spesielt er det viktig i forhold til individuelle behov og tiltak som berører den enkelte avdelings økonomi. Ved overgang til resultatenhetsmodell er det viktig at avdelingenes forpliktelse erkjennes for alle resultatenheter. Dette vil bli en utfordring i den nye organiseringen. Rehabiliteringskoordinator er sammen med koordinator i ansvarsgruppene ansvarlig for å beregne kostnadene ved framtidige behov. Kostnader knyttet til stillingen som rehabiliteringskoordinator må inn som egen post i kommunebudsjettet.

#### **5.1.6. Kompetanse**

Det lages en oversikt over den kompetanse og kompetansebehov som foreligger i kommunen for gjennomføring av habilitering- og rehabiliteringsarbeidet og en plan for opplæring der behov er avdekket.

Det bør sikres at alle får den nødvendige oppdatering de trenger og holder seg faglig ajour. Det er behov for kompetanseheving både når det gjelder habilitering og rehabilitering generelt som en helhetlig og systematisk prosess og når det gjelder mer fagspesifikk etter- og videreutdanning.

## **5.2. Individnivå**

### **5.2.1 Litt om de ulike brukergrupper.**

Ulike brukergrupper har ulike behov og det vil variere hvor omfattende behovene for habilitering og rehabilitering er. Det er naturlig å dele inn i fire brukergrupper:

1. barn med behov for habilitering
2. mennesker med psykisk utviklingshemming med behov for habilitering
3. voksne med behov for somatisk rehabilitering
4. personer med behov for psykososial rehabilitering

Rehabiliteringsprosessen innebærer at det defineres individuelle mål og handlingsplaner for tidsavgrensede perioder. For somatisk rehabilitering (rehabilitering etter slag, amputasjon, hodeskader etc.) faller dette naturlig. For personer i denne gruppen vil det som oftest dreie seg om å videreføre en rehabiliteringsprosess som er startet i sykehus eller rehabiliteringsinstitusjon. Habilitering av barn er begynnelsen på en livslang prosess, behovet for habilitering vil oftest vedvare i voksen alder. Det vil imidlertid være naturlig å tidsavgrense deler av tiltaket. Spesielt er det viktig å sikre overgang til ny livsarena, for eksempel fra skole til arbeid. For personer med funksjonshemming som gradvis forverres ( for eksempel nevrologisk sykdom som gradvis forverres, alvorlig lungesykdom) vil det være viktig å planlegge og sikre overgang i forbindelse med endret funksjonsnivå. Innen psykiatrien gjelder også at man må tenke i et mer langsiktig perspektiv hvor man i perioder vil trenge ekstra tiltak.

### **5.2.2. Ansvargruppe og individuell plan**

I følge kommunehelseloven §6-2a, Lov om pasientrettigheter §2-5 og Forskrift om individuelle planer §5 har kommunen plikt til å sørge for at det utarbeides individuelle planer for personer med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Kommunehelsetjenesten skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder.

Ansvargruppe opprettes for mennesker som har sammensatte problemer og som derfor trenger oppfølging fra flere etater over tid. Formålet med en slik gruppe er å samordne tiltakene fra forskjellige yrkesgrupper, fagfelt og etater og prøve å få til smidige overganger mellom ulike livsfaser.

Brukeren skal delta på lik linje med de profesjonelle aktørene. Ansvarsgruppens anliggende er å etablere og evaluere individuelle, helhetlige planer for den enkelte. En individuell plan vil være en hjelp for å systematisere habilitering- eller rehabiliteringsprosessen og derved gjøre det lettere for de involverte å se sammenhengen. Individuelle delplaner, slik som omsorgsplan, opplæringsplan og handlingsplan for yrkesrettet attføring skal inngå i en helhetlig (re)habiliteringsplan.

En individuell plan vil være et godt redskap for evaluering og kvalitetssikring av tiltakene. Hvor omfattende den skal være vil variere fra person til person. Ansvarsgruppen har ikke et formalisert ansvar i forhold til å fatte enkeltvedtak, dette gjøres der myndigheten ligger; omsorgsteam, sosialkontor, aetat, trygdekontor, hjelpemiddelsentral.

Ansvarsgruppen ved koordinator har imidlertid et ansvar for at enkeltvedtak og gjennomføring av disse er i tråd med målsettinger i planen for den enkelte. Tiltakene i individuell plan skal tidfestes, dvs at det skal gå klart fram når tiltakene skal iverksettes og avsluttes og evaluering for å se om målsettingen er nådd, samt hvem som er ansvarlig for gjennomføringen. Avvik skal rapporteres til koordinator i ansvarsgruppen.

I Salangen kommune har man gode erfaringer med ansvarsgupper for barn, i forhold til voksne funksjonshemmede er denne arbeidsformen lite benyttet. Noen brukere ønsker å styre tiltakene selv og vil bare ha en kontaktperson å rådføre seg med. Det som er viktig er at brukeren får tilstrekkelig informasjon om muligheter for tiltak slik at prioriterte valg kan foretas.

#### **5.2.2.1. Etablering av ansvarsguppe.**

Den fagpersonen som blir presentert for et behov for ansvarsguppe er ansvarlig for å innkalle til det første ansvarsgruppemøte, evt. ta kontakt med rehabiliterkoordinator for å få etablert ansvarsguppe.

Koordinator og/ eller en fagperson som står brukeren nær, avklarer i samarbeid med denne behov for ansvarsguppe og hvilke instanser som skal delta. For at brukeren ikke skal få for mange personer å forholde seg til, bør antall deltagere begrenses. De fagpersoner som er i direkte kontakt med bruker bør være med i gruppen. Andre kan delta etter behov.

Evt. behov for ansvarsguppe kan også drøftes og avklares i allerede etablerte grupper, dvs. omsorgsteam (omsorgstjenestens forum for vurdering og tildeling av ulike individuelle tjenester) og TEFBUS (tværfaglig forum for barn og unge i Salangen). Det er en forutsetning at foreldre eller bruker selv har gitt samtykke til at saken tas opp.

På første møte i ansvarsguppen avklares også hvem som skal være koordinator for gruppen.

### **5.2.2.2. Brukermedvirkning**

Brukermedvirkning vil si at *”de som berøres av en beslutning eller er brukere av tjenester får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet”* (St.meld.nr.34, 1996-97).

Det viktigste for at habilitering- og rehabiliteringsarbeidet skal lykkes er målutredningen. For fagfolk innebærer dette et sterkere fokus på hva brukerens ønsker og målsetting er. Brukers og fagfolks målsetting kan være forskjellig. Det er derfor viktig at man arbeider seg fram til en felles forståelse av målet med rehabiliteringen.

I habiliteringsarbeidet for barn, psykisk utviklingshemmede og andre som ikke vet eller kan gi uttrykk for hva de ønsker vil dette være en større utfordring. Godt samarbeid med foreldre eller andre som står brukeren nær vil være viktig. En grundig kartlegging vil her være avgjørende for å komme fram til det som det er viktigst å arbeide med.

Så langt som mulig bør brukerens ønske om hvem som skal være koordinator imøtekommes.

### **5.2.2.3. Koordinator for ansvarsgruppen.**

Det skal være en koordinator i hver ansvarsgruppe. Arbeidsoppgaver for koordinator for ansvarsgruppen er:

- Være hovedkontakt for brukeren og sikre informert samtykke fra denne
- sikre oppfølging av det enkelte medlems bidrag i ansvarsgruppens arbeid
- sikre at fordeling av arbeidsoppgaver mellom ansvarsgruppens medlemmer er hensiktsmessige
- ha ansvar for framdrift i ansvarsgruppearbeidet, møteledelse, innkallinger og referat fra ansvarsgruppene
- Rapportere til den instans i kommune som har ansvar for å holde oversikt over ansvarsgruppens virksomhet, dvs. rehabiliteringskoordinator.
- sikre brukermedvirkning
- ha ansvar for oppfølging og samordning av de eksterne spesialisttjenester som er involvert

### **5.2.2.4. Møterutiner.**

Det skal skrives referat fra alle møter. Det er ansvarsgruppens arbeidsdokument og sendes det enkelte medlem i ansvarsgruppen hvis ikke annet avtales. Referatet skal inneholde møtets formål, deltagere, beslutninger, pålagt ansvar og annen relevant informasjon.

Oppgavene fordeles mellom medlemmene i ansvarsgruppen. Dette klargjør den enkelte aktørs rolle i det helhetlige arbeidet.

Møtehyppighet bestemmes i den enkelte ansvarsgruppe, men vil vanligvis være 1-2 ganger pr. år.

## **5.3. Økonomi**

Det er viktig at planen er realistisk. I arbeidet med individuelle planer vil man ofte møte økonomiske hindringer slik at ønskelige tiltak ikke lar seg realisere. Hvis man skal få det man trenger ut fra en individuell plan må tilgjengelige ressurser finnes. Tiltakene i en individuell plan er ikke rettigheter i juridisk betydning. Planen har derfor verdi i den grad det er midler og ressurser til å sette den ut i livet. Hvis det står i planen at dagsenter, basseng etc vil være hensiktsmessige tiltak hjelper det lite hvis dette ikke er tilgjengelig.

Det er imidlertid grunnleggende for å lykkes i rehabiliteringsarbeidet at det finnes økonomi til realisering av hver enkelt individuell plan. Det må tas høyde for dette i budsjettmessig sammenheng.

Ønskelige tiltak utenfor gitte økonomiske rammer meldes rehabiliteringskoordinator eller ansvarlig avdelingsleder slik at nødvendige tiltak kan innarbeides i budsjett og handlingsplan.

## 6. Tiltak

1. Det opprettes 50% stilling som rehabiliteringskoordinator i helseseksjonen. Helseleder er nærmeste overordnede.
  - Utgiftene knyttet til stillingen tas inn i budsjettet
2. Botiltak:
  - Treningsleilighet etableres på SABE, øremerket rehabiliteringsopphold. Leiligheten øremerkes brukere som er i en rehabiliteringsfase, mest aktuelt er etter utskriving fra rehabilitering i sykehus. Botid her vil være 2-8 uker. Treningsleilighet er innarbeidet i planene for ombygging av sykehjemmet.
  - Det etableres treningsleilighet for ungdom med behov for bistand for å klare ADL, klare å bo alene. Personell knyttes til boligen, avdelingsleder for PU-tjenesten har hovedansvaret.
  - Det etableres avlastingsleilighet for barn og ungdom. Tidligere avlastingsleilighet er nå tatt i permanent bruk av en person. Behovet for avlastning vil variere.
  - Det etableres bolig eller leiligheter for inntil 4 brukere med alvorlige psykiske lidelser og behov for tett og målrettet biveiledning. Psykiatritjenesten har hovedansvaret for oppfølging og tiltak rundt den enkelte i boligen.
3. Det opprettes kommunal boligrådgivningsgruppe, bestående av person med byggteknisk kompetanse, boligsekretær og ergoterapeut. Boligrådgivningsgruppa gir råd og veiledning i boligsaker og behandler og fordeler utbedringstilskuddene.
4. Det etableres kultur- og fritidstiltak for målgruppen.

Sjøvegan, 290301