



*Sel kommune*

---

## **KOMMUNEDELPLAN FOR OMSORGSTJENESTER I SEL KOMMUNE 2012 – 2020**



**Rehabilitering i kommunen  
er ikke et sted, det er en arbeidsform**

**Delplan ReHabilitering**

---

Vedtatt av kommunestyret 18.juni 2012

**Forklaring på tekst på framsida:**

*«Rehabilitering i kommunen er ikke et sted, det er en arbeidsform».*

I det ligger at rehabilitering innen kommunetjenesten ikke er knyttet opp mot konkrete tjenester, men det er en arbeidsform som skal gjennomsyre det kommunale arbeidet.

Det betyr at rehabilitering skjer i alle virksomheter, bla innen helse- og omsorgsfagene, de tekniske fagene, barnehager og skoler, kultur, stabsfunksjoner osv. Det skjer også i brukernes nettverk, innen frivillige organisasjoner, servisefunksjoner mv.

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>4</b>
1.1	BAKGRUNN FOR PLANARBEIDET .....	4
1.2	OPPNEVNING, MANDAT, SAMMENSETTING .....	5
<b>2</b>	<b>AVKLARINGER</b> .....	<b>6</b>
2.1	HVA LEGGER VI EN HELHETLIG REHABILITERINGSPLAN? .....	6
2.2	HVA ER REHABILITERING? .....	6
<b>3</b>	<b>BÆRENDE PRINSIPPER I REHABILITERINGSIDEOLOGIEN</b> .....	<b>8</b>
3.1	BRUKERMEDVIRKNING .....	8
3.2	TVERRFAGLIG OG FLERFAGLIG ARBEID .....	9
3.3	HVERDAGSREHABILITERING .....	9
3.4	UNIVERSELL UTFORMING .....	10
<b>4</b>	<b>MÅLGRUPPE FOR KOMMUNENS REHABILITERING OG HABILITERINGSARBEID</b> .....	<b>12</b>
<b>5</b>	<b>NEDSATT FUNKSJONSEVNE OG FUNKSJONSHEMMING</b> .....	<b>13</b>
<b>6</b>	<b>FØRINGER OG VERDIGRUNNLAG</b> .....	<b>14</b>
6.1	SENTRALE LOVER .....	14
6.2	STORTINGSMELDING 21 (1998/99) .....	14
6.3	FORSKRIFT OM HABILITERING OG REHABILITERING, INDIVIDUELL PLAN OG KOORDINATOR. ....	15
6.3.1	<i>Innledning</i> .....	15
6.3.2	<i>Koordinerende enhet</i> .....	15
6.3.3	<i>Individuell plan</i> .....	15
6.3.4	<i>Personlig koordinator</i> .....	16
6.4	HANDLINGS- OG STRATEGIPLANER.....	16
6.4.1	<i>Strategiplan habilitering av barn (2004)</i> .....	16
6.4.2	<i>Handlingsplan for Habilitering av barn og unge (2009)</i> .....	17
6.4.3	<i>Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 -2011</i> .....	17
6.5	VERDIGRUNNLAG .....	17
<b>7</b>	<b>ORGANISERING – SAMHANDLING AV REHABILITERINGSVIRKSOMHETEN</b> .....	<b>19</b>
7.1	INNLEDNING .....	19
7.2	ORGANISERING AV REHABILITERINGSTILBUDET I SEL KOMMUNE.....	19
7.3	TVERRFAGLIG SAMARBEID .....	20
7.4	KOORDINERENDE ENHET .....	21
7.5	INDIVIDUELLE PLANER OG BRUKEN AV DISSE .....	22
7.6	ANSVARSGRUPPER, PERSONLIG KOORDINATOR .....	23
7.7	SAMARBEID EKSTERNT, INKL LOKALT / REGIONALT .....	24
7.8	SAMARBEID NORD GUDBRANDSDAL LOKALMEDISINSK SENTER FOR ( NGLMS) OG KOMMUNENE I REGION NORD GUDBRANDSDAL.....	25
<b>8</b>	<b>TILBUD I SEL KOMMUNES REHABILITERINGSTJENESTE.</b> .....	<b>28</b>
8.1	INNLEDNING .....	28
8.2	ANSVAR FOR REHABILITERING (MEDISINSK) .....	28
8.3	BEHOV FOR SPESELL TILLETTELEGGING .....	30
8.3.1	<i>Tekniske hjelpemidler</i> .....	30
8.3.2	<i>Dagtilbud</i> .....	31
8.3.3	<i>Tilrettelagt fritid</i> .....	31
8.3.4	<i>Tilrettelagt opplæring</i> .....	32
8.3.5	<i>Tilrettelagt transport</i> .....	32
8.3.6	<i>Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)</i> .....	33
8.3.7	<i>Andre behov</i> .....	33
<b>9</b>	<b>HANDLINGSPLAN</b> .....	<b>34</b>
	LITTERATUR- / REFERANSELISTE .....	37
	VEDLEGG .....	37

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for planarbeidet

Gjeldende ReHabiliteringsplan for Sel kommune ble vedtatt 16.10.2000. Siden den tid har kommunen gjennomført flere organisasjonsendringer/-justeringer og det kommet flere forskrifter, stortingsmeldinger og lovendringer som har betydning for kommunen sine planer for den samla rehabiliteringstjenesten.

Under arbeidet med Sel kommunes rehabiliteringsplan av 2000 var St.mld. 21 (1998 – 99) *Ansvar og meistring – Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk* (rehabiliteringsmeldinga), svært sentral. Denne meldinga er fortsatt av stor betydning for rehabiliteringsfeltet. Når det gjelder sentrale meldinger/strategidokument etter den tid, er det verdt og merke: *Forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (siste gang rev 2011)*, *St.meld. nr 25 (2005 – 06) Mestrings, muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringer* (Omsorgsplan 2015), *Nasjonale strategier for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011* og *St.meld nr 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid*.

Det har blitt satt økt fokus på tilgjengeligheten for personer med nedsatt funksjonsevne. I 2008 ble lov mot forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (*Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven*), vedtatt. Kravet om Universell utforming innen alle viktige samfunnsområder fikk dermed en mer sentral plass innen en helhetlig rehabiliteringsideologi.

Soria Moria –erklæring nr 1 slo fast at regjeringen ville sikre rehabilitering og opptrening til alle som trenger det. En samlet helse- og omsorgskomite har også erklært at *”habilitering og rehabilitering må bli det neste store satsingsområdet i helsetjenesten---*”.

Rehabiliteringsplanen er en del av kommunens samla Omsorgsplan. Den har som mål og tydeliggjøre intensjonene, verdiene og målene for en helhetlig rehabiliteringstjeneste overfor barn og voksne i kommunen.

I St.meld. nr 47 (2008 – 2009) (Samhandlingsreformen), legges det vekt på at pasienter / brukere skal motta koordinerte tjenester og at utviklingsarbeidet bør legges til rette for at brukere/ brukerorganisasjoner, ansattes organisasjoner, virksomheter og kommunale og statlige organer kan kunne utvikle felles forståelse av hva som er gode pasientforløp for de enkelte gruppene og hvilke krav dette bør medføre til systemutvikling og samhandling. Dette vil være viktige fokus å ha med seg i den kommunale planleggingen.

Nord Gudbrandsdal Lokalmedisinske senter ( NGLMS), der Sel kommune er vertskommune, ble delvis tatt i bruk fra mars av 2010 og med tilnærma full drift fra 2011. Dette har stor betydning for Sel kommunes rehabiliteringstjenester, det interkommunale samarbeidet og samarbeidet med Sykehuset Innlandet HF.

Prinsippene som beskrives skal kunne anvendes uavhengig av problematikk/diagnose til den enkelte bruker. Planen har en egen handlingsdel i kap 9. Denne skal være styrende for kommunens framtidige planarbeid innen rehabiliteringsfeltet. Rehabilitering innen

kommunetjenesten er ikke knytta opp mot konkrete tjenester, men er en arbeidsform som skal gjennomsyre det kommunale arbeidet.

## 1.2 Oppnevning, mandat, sammensetting

Utarbeiding av revidert rehabiliteringsplan er en del av arbeidet med kommunens Omsorgsplan. I mandatet til arbeid med omsorgsplan 2017 for Sel kommune, står det bla at *”Eksisterende delplaner integreres i denne omsorgsplan, for eksempel rusplan, psykiatriplan og rehabiliteringsplan”*. Omsorgsplanen skal ta utgangspunkt i LEON<sup>1</sup>- og BEON<sup>2</sup>-prinsippet, og omhandle omfang, lokalisering, differensiering og organisering av omsorgstjenester sett i forhold til befolkningsutvikling, befolkningssammensetning og sentrale føringer. Dette vil være styrende for arbeid med rehabiliteringsplanen.

Det ble nedsatt egen styringsgruppe for arbeid med Omsorgsplanen og der Driftsutvalget var referansegruppe.

Det ble er nedsatt 5 arbeidsgrupper og arbeidsgruppe 4 skulle legge fram nye, reviderte planer for Psykisk helse og Rehabilitering

Arbeidsgruppe 4, Rehabilitering har hatt følgende sammensetting:

Åse Lundemo	Virksomhetsleder for rehabilitering, , leder
Synnøve Tellefsen	Konst. fagleder psykisk helsearbeid ( Deltok fram til 06.04.10)
Hanna Bøe	Psykiatrisk sykepleier
Britt Slettmoen	Ergoterapeut
Thale Lindstad	Fysioterapeut
Elvyra Podeniene	Kommunelege 2
Hilde Bjerkes Vik	Brukerrepresentant. (med fra 3. møte)

Gruppen ble etter første møte utvidet med en brukerrepresentant oppnevnt av Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Mandatet har vært:

Rullering av eksisterende plan/ny delplan rehabilitering  
Rullering av eksisterende plan/ ny delplan psykisk helse  
Tverrfaglig samarbeid  
Anbefalinger for planperioden i Sel

Ut fra Rehabiliteringsfeltets egenart, vil også arbeid fra de andre 4 gruppene gjenspeile deler av rehabiliteringsfeltet.

Arbeidsgruppa hadde 7 møter i perioden 15. jan. – 1. sept. 2010. Planen ble ansett som ferdig, men lagt til side i påvente av den overordna omsorgsplanen for kommunen og vedtak om nye lover og forskrifter som trådte i kraft 01.01.12. Dette ble så arbeidet inn. Forslag til plan var ute til høring i perioden 23. april til 9. mai 2012. Det kom inn en høringsuttalelse, men flere merknader. Arbeidsgruppa hadde siste møte 16.mai.2012. Merknader og uttalelse er for det meste arbeidet inn i planen.

---

<sup>1</sup> Laveste effektive omsorgsnivå

<sup>2</sup> Best effektive omsorgsnivå

## 2 Avklaringer

### 2.1 Hva legger vi en helhetlig rehabiliteringsplan?

Planen omhandler kommunens tjenester til både barn og voksne. Rehabiliteringsbegrepet blir ofte brukt som et overordnet begrep for habilitering og rehabilitering. Habilitering og rehabilitering beskriver i prinsippet like prosesser. Begrepet habilitering er vanligvis rettet mot mennesker som har en funksjonshemming fra fødsel eller tidlig barndom. Rehabilitering er rettet mot mennesker med funksjonshemminger de har fått senere i livet, og som skal gjenvinne tapte funksjoner.

Planen er en overordnet plan hvor formålet er å vise sentrale og lokale føringer for rehabiliteringsarbeidet. Den skal vise hvordan kommunen velger å samordne og koordinere de kommunale tjenestene for barn og voksne. Målet er en helhetlig, tverrfaglig og koordinert tjenesteyting. Den skal peke på utfordringene og ha fokus på tverrfaglig samarbeid.

### 2.2 Hva er rehabilitering?

Habilitering og rehabilitering er ett av områdene det skal legges økt vekt på i samhandlingsreformen. Det er også en målsetting at kommunene skal ha et tydeligere ansvar for dette tjenesteområdet. Habilitering og rehabilitering skal bidra til at mennesker med nedsatt funksjonsevne får muligheter til deltagelse i samfunnet på egne premisser.

Habilitering og rehabilitering defineres som: *tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet.*

Definisjonen vektlegger at habilitering og rehabilitering er en prosess med brukeren/pasienten i sentrum. Den omfatter både medisinsk, sosial og psykososial rehabilitering. Det handler både om å bedre funksjonsevnen og å fjerne barrierer i omgivelsene som hindrer selvstendighet og deltagelse.

Begrepet rehabilitering har mange betydninger og dette kan være en av grunnene som har gjort det vanskelig å skape helhetlig og tverrsektorielt engasjement rundt rehabiliteringsvirksomheten. Dette kan komme av at rehabilitering fortsatt blir sett på som et ”helsebegrep” som andre instanser/virksomheter ikke har et eieforhold til.

Målet med rehabilitering skal være å gi økte muligheter for deltagelse og mestring, og omfatter dermed også deltagelse på alle arenaer i samfunnet, - skole, arbeid, kulturliv osv.

Det handler om tjenester

- som gjensidig virker inn på hverandre
- som sammen må fungere i en helhetlig tiltakskjede for at den enkelte bruker med nedsatt funksjonsevne og med behov for flere tjenester skal kunne mestre å delta likeverdig i samfunnet ut fra egne forutsetninger.

- hvor målet er nedbygging av funksjonshemmende barrierer slik at den enkelte person med nedsatt funksjonsevne kan fungere optimalt til tross for individuelle begrensninger.

Utfordringen er derfor både å ivareta den enkeltes muligheter til mestring gjennom tilgang på trening, opplæring og tilrettelegging og samtidig legge til rette for et samfunn som gir mulighet for aktivitet og deltakelse for alle uavhengig av funksjonsevne.

Samhandlingsreformen legger stor vekt på folkehelse og at forebygging må skje i alle faser. Forebygging og rehabilitering blir dermed to sider av samme sak, - og brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner viktige bidragsyttere.

Rehabilitering i kommunen skjer derfor ikke på et sted, - det er en arbeidsform. Rehabilitering er heller ikke noe som er knyttet til et nivå i omsorgstrappa – det skjer på alle nivå fra forebygging og til personer med store pleie – behandlings- og omsorgsbehov.

### 3 Bærende prinsipper i rehabiliteringsideologien

Koordinering, samordning og tverrfaglighet er bærende prinsipper. Ved vurdering av behov skal en ta utgangspunkt i enkeltmenneskets mål og behov, - ikke i diagnoser eller sykdomsgrupper. Fokuset bør være en helhetlig samordning av tjenester for at bruker skal kunne utnytte egne ressurser og ivareta eget liv. Målsettingen må være at alle skal kunne leve sitt liv på egne premisser, kunne ta egne valg og motta forutsigbare tjenester som er satt i en sammenheng.

Rehabiliteringsplanen som er en del av Omsorgsplanen 2012 -2020, tar utgangspunkt i kommuneplan for Sel av 2005 – 2017. Kommunens visjon og mål er derfor viktig å understreke.

Kommunens visjon: *”Sel kommune skal være en kommune der innbyggerne har gode levekår og opplever tilhørighet. Sel kommune skal være et samfunn for alle der åpenhet og toleranse står sentralt.”*

Overordna mål for kommunal service – tjenesteyting er: *”Riktig kvalitet, nødvendig informasjon, og god tilgjengelighet er viktige element i servicebegrepet og skal være bærebjelker i kommunens forståelse av dette.”*

#### 3.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning blir vektlagt i nasjonale føringer og er en rettighet.

En **”bruker”** er i denne sammenhengen en person som benytter kommunale tjenester i en eller annen form.

**Brukermedvirkning** – enten det er på system-, eller individnivå – innebærer at brukeren er med på utforme tilbudet sammen med tjenesteyter.

**Brukerstyring** er når brukerne selv styrer tjenesten eller tiltaket.

På individnivå medfører dette større råderett og kontroll over egne liv. På systemnivå at brukere inngår i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet, og er aktiv deltager i planleggings- og vedtaksprosessene. Brukermedvirkning bygger på teorien om empowerment. Det handler både om å styrke brukeren som enkeltindivid for å kunne ta makt og myndighet over eget liv, og å arbeide for å øke brukeren sin rett og mulighet for deltaking og påvirkning i samfunnet.

Krav til brukermedvirkning er bl.a slått fast i ny forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 4.

I Sel kommunes målsetning for virksomhetsområdet rehabilitering står det at *Brukermedvirkning skal være et overordna prinsipp. Det skal tilrettelegges individuelt og samfunnsmessig slik at alle skal kunne føre et så selvstendig liv som mulig ut fra egne behov og forutsetninger.*



### 3.2 Tverrfaglig og flerfaglig arbeid

Definisjonen av rehabilitering ivaretar at rehabilitering skal være *Tverrfaglig, Måltrettet og Tidsbegrenset*. Forutsetningen er en helhetlig og koordinert tjenesteyting. Utgangspunkt for tverrfaglig samarbeid er flerfaglighet. Kirsti og Per Lauvås (1998) understreker *at i tverrfaglig samarbeid arbeider flere faggrupper i direkte og nært samarbeid mot klart definerte mål, i motsetning til flerfaglighet der faggrupper arbeider mer parallelt med hverandre og hver disiplin forblir relativt uavhengig av hverandre*. Tverrfaglighet forutsetter både særrelig og fellesrelig kompetanse, real – og formell kompetanse. Trygghet i egen fagidentitet ansees som en klar styrke.

Tverrfaglig samarbeid kan defineres som *”en form for teamarbeid som tilstreber en helhetlig tilnærming for å nå felles mål... Felles mål og oppgavens art krever at man går på tvers av vanlige yrkesroller og kompetansegrenser ved fordeling av arbeid”*. (K. og P. Lauvås, 1998)

Flerfaglig samarbeid er tradisjonelt knyttet til et hierarki basert på status og kompetanse, mens tverrfaglighet ikke er mulig uten likeverdighet. Samhandlingsprinsippet er en hjørnestein i rehabiliteringsarbeidet og forutsetter samhandling mellom likemenn. Både mellom bruker, profesjoner og nettverk er den gjensidige respekten en forutsetning for et best mulig resultat.

Det er mange ”fallgruver” i det tverrfaglige samarbeidet. Arbeidet blir ofte preget av et en bestiller / rekvirerer bestemte tjenester framfor å legge fram en utfordring / behov som man i fellesskap skal prøve å løse. En forutsetning for å kunne fungere effektivt og dermed arbeide måltrettet på kvalitativt høyt nivå, er at det legges til rette for at fagpersonene får tid og mulighet til å arbeide seg sammen til et team, å skape en ”vi-følelse”.

### 3.3 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er en tverrfaglig arbeidsmodell som har vakt spesiell interesse både på statlig og kommunalt nivå i løpet av de to siste årene og spesielt siden oppstart av samhandlingsreformen. Hverdagsrehabilitering har som mål at mennesker som opplever en funksjonsbegrensning, skal møtes med tilbud om trening i hverdagslivets gjøremål i egne omgivelser for å kunne leve et mest mulig selvstendig liv. Det er en tidligintervensjon for å forebygge funksjonsreduksjon.

Utgangspunktet for modellen er erfaringer fra Fredricia – modellen som er utviklet i Danmark. Det ble i 2011 lagt fram en NOU ( nr 11) fra HOD<sup>3</sup>, Innovasjon i omsorg, der dette beskrives.

HOD skriver at metoden går kort fortalt ut på at de som for eksempel mottar hjemmesykepleie eller annen bistand, trenes opp til å bli mer selvhjulpne. Treningen foregår i eget hjem og tar utgangspunkt i den enkeltes ressurser, ønsker og muligheter.

Noen beskriver dette som er paradigmeskifte<sup>4</sup>. Det som skiller denne modellen fra mer tradisjonell måte å arbeide med rehabilitering på er systematikken, en ny måte å tenke på, tid for intervensjon og at dette gjelder til alle tider i døgnet og ikke bare på den tid da bruker mottar et definert rehabiliteringstilbud.

---

<sup>3</sup> Helse- og omsorgsdepartementet

<sup>4</sup> Et systematisk skifte i måte å tenke på som er av betydelig størrelse og rekkevidde

Hverdagsrehabilitering skiller seg fra ordinære pleie- og omsorgstjenester, ved at pleie, praktisk hjelp og bistand ikke gis før brukerne har fått en vurdering av sitt rehabiliteringspotensiale. Den er basert på en intensiv innsats i oppstarten, og gradvis avvikling av opptrening etter som aktivitetsfunksjonen bedres. For å sikre kontinuitet i hele døgnet og uka, etableres det et team rundt hver enkelt bruker. Hverdagsrehabilitering innebærer et fokusskifte:

- Fra sykehjem til bolig og nærmiljø
- Fra pleie og omsorg til rehabilitering
- Fra passivering til aktivisering
- Fra pasient til partner
- Fra hjemmehjelp til hjemmetrening
- Fra rehabiliteringsinstitusjon til hjemmerehabilitering
- Fra diagnose og hjelpebehov til mestring og ressurser
- Fra særrelig til tverrfaglig

Fokusskiftet og holdningsendringene må foregå hos politikere, ledere, helsepersonell, brukere og pårørende.

Hverdagsrehabilitering kan forebygge fall i funksjon, der tidlig intervensjon er et suksesskriterium.

Skal rehabiliterings- og omsorgstjenestene i kommunen være framtidsrettet og vinkles mer opp mot forebygging i alle ledd i tråd med samhandlingsreformen, kan dette være et viktig satsingsområde.

### **3.4 Universell utforming**

Universell utforming er et av de viktige tiltakene som samfunnet kan gjøre for å minske gapet mellom individets forutsetninger og samfunnet sine krav. Universell utforming handler om å planlegge og utforme omgivelser og produkter på en slik måte at de kan brukes av så mange som overhodet mulig uten behov for spesiell tilpasning og utforming. Dette gjelder innen alle samfunnsområder. For å oppnå nedbygging av funksjonshemmende barrierer foreslår regjeringen at universell utforming skal legges til grunn for nybygg og nyanskaffelser. (Stortingsmelding 40, 2002/03).

Universell utforming er en strategi for planlegging og utforming av omgivelsene for å oppnå et inkluderende samfunn med full likestilling og deltagelse for alle. Universell utforming inneholder et sterkere likestillingskrav enn begrepet tilgjengelighet som tidligere har vært mye benyttet.

Formålet i Plan- og bygningsloven med teknisk forskrift er å fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte i samfunnet og fremtidige generasjoner. Universell utforming står direkte nevnt i plan- og bygningsloven av 27. juni 2008 - §1-1 5. avsnitt og i kap. 8 og 12.

Planleggingen skal:

- samordne statlige, regionale og kommunale oppgaver
- gi grunnlag for vedtak om bruk og vern av ressurser
- sikre åpenhet, forutsigbarhet, langsiktighet, medvirkning fra alle (interesser og myndighet) og at konsekvenser for miljø og samfunn beskrives.

Lov mot forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven) var virksom fra 01.01.2009.

Lovens formål er å fremme likestilling og likeverd, sikre like muligheter og rettigheter til samfunnsdeltakelser for alle, uavhengig av funksjonsevne, og hindre diskriminering p.g.a. nedsatt funksjonsevne. Loven skal bidra til nedbygging av samfunnsskapt funksjonshemmende barrierer og hindre at nye skapes. Loven gjelder på alle samfunnsområder med unntak av forhold av personlig karakter.

Norges Blindeforbund har utarbeidet en tilgjengelighetsguide (2008). Den beskriver alle sider innenfor samfunnet der kravet om universell utforming skal ligge til grunn. Hørselshemmedes forening har utarbeidet guide for tilrettelegging for personer med hørselshemming.

Målet i Sel kommune er å etablere et tverrfaglig samarbeidsfora for på best mulig måte oppfylle målsettingen med universell utforming. Dette fora bør bestå av repr. fra tekniske tjenester, boligkontor, administrasjon, kommuneergoterapeut og brukerrepresentant.

## 4 Målgruppe for kommunens rehabilitering og habiliteringsarbeid

Målgruppe er alle med nedsatt funksjonsevne, som har behov som kan utløse flere tjenester som krever koordinering.

Prinsippene for rehabilitering gjelder for så vel barn, rusmisbrukere, psykisk syke, barn/voksne med utviklingshemming, sansetap, og andre fysiske hemninger etc. Det kan handle om ulike faglige tilnærminger som koordineres og samordnes for å nå den enkelte brukers mål. I rehabiliteringsmeldinga defineres målgruppen for rehabilitering som

*”alle med funksjonsproblem og som har behov for assistanse til å nå eller vedlikeholde sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle, psykiske og sosiale funksjonsnivå.”*

I kommunens rehabiliteringsplan av 2000 ble målgruppa grundig utdypet. Dette er gjeldende også i dag.

Illustrasjon av målgruppe ut fra årsak

Medfødte og ervervede individuelle forutsetninger som kan bidra til funksjonshemming:				Usikre årsaker:	Fysiske og psykososiale forhold i miljøet som kan bidra til funksjonshemming (ytre forandringer)	
<u>1 A Ervervet:</u> Brått fall i funksjonsnivå <u>med</u> mulighet til å gjenvinne tilnærmet all funksjon	<u>1 B Ervervet:</u> Brått fall i funksjonsnivå <u>uten</u> mulighet for å gjenvinne all funksjon	<u>1 C Ervervet:</u> Langsamt fall i funksjonsnivå som følge av kroniske eller progredierende sykdommer	<u>Medfødt:</u> Redusert funksjonsnivå v/kroniske sykdommer og tilstander	Usikre årsaker: Gradvis redusert funksjonsnivå	<u>Fysiske forhold:</u> Ikke-tilrettelagt fysisk bevegelsesmiljø	<u>Psykososiale forhold:</u> Spesielle endringer i psykososialt miljø
Eksempel: Personer med brudd, eller som blir immobilisert etter annen akutt skade eller operasjon, eller med akutt (reaktiv) psykisk sykdom	Eksempel: Personer med amputasjoner, hjerneslag el andre alvorlige hjerte-, lunge- og kar-sykdommer, skader etter ulykker, kognitive og psykiske vansker	Eksempel: Personer med MS, leddgikt, parkinson andre kroniske muskel/skjelett /hjerte - kar lidelser, alvorlige psykiske lidelser, rusproblem., ulike sammensatte vansker	Eksempel: Personer med medfødte/tidlig ervervede hjerneskader, Sans-, utviklings, motorisk hemming mv, Syndromer, Andre skader ved tidlig ulykke/sykdom Vanskelig familie-problematikk	Eksempel: Personer med rusproblemer, sosial funksjonshemming	Eksempel: Personer som skal benytte offentlige bygg - institusjoner, flytte til annen bolig, ny arbeidsplass mv. overgang skole – arb.liv eller andre endringer som er vanskelige å takle	Eksempel: Personer som opplever personlig krise, f.eks. dødsfall eller annet tap som slilsmisse, tap av arbeid, flytting konflikter i næromgivelsen

(Kilde til utdyping av målgruppa: Bredland, Vik, Linge, Det handler om verdighet, Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeidet. Bearbeidet etter Sel kommunes plan av 2000).

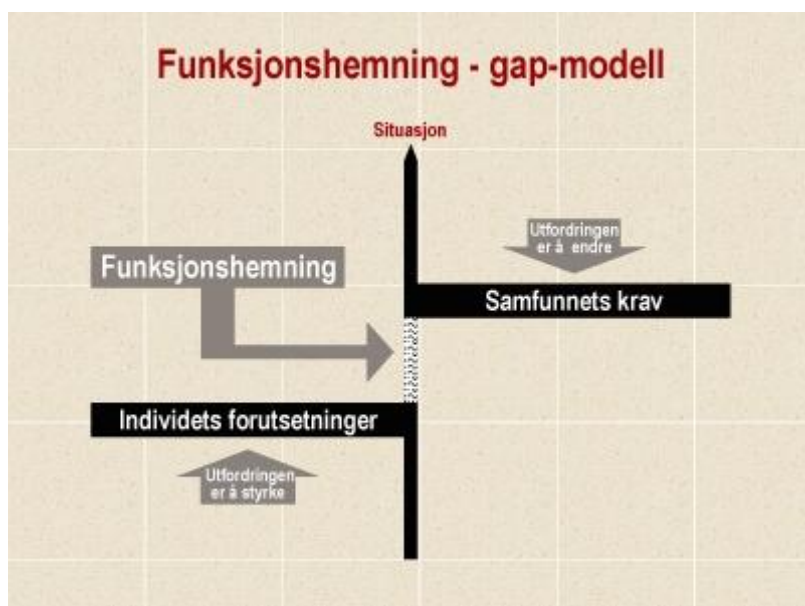
## 5 Nedsatt funksjonsevne og funksjonshemming

Det er mange måter å forstå begrepet funksjonshemming på. Med nedsatt funksjonsevne menes tap eller skade på en kroppsdel eller i en kroppsfunksjon. Det kan for eksempel være nedsatt bevegelse, kognitiv funksjon<sup>5</sup>, sansetap eller psykiske vansker. Det kan også være ulike funksjonstap på grunn av allergi, hjerte- og lungesykdommer mv. I NOU 2001:22 Fra Bruker til borger, defineres redusert funksjonshemming slik:

*”Redusert funksjonsevne viser til tap av , skade på eller avvik i ein kroppsdel eller i ein av kroppens psykologiske, fysiologiske eller biologiske funksjonar”.*

Det er ingen selvfølge at personer med nedsatt funksjonsevne blir funksjonshemmet, da en funksjonsnedsettelse ikke behøver å resultere i begrensninger i samfunnsmessig deltakelse. Funksjonshemming oppstår først når det blir et gap mellom individet sine forutsetninger og omgivelsene sin utforming eller krav til funksjon.

For å illustrere funksjonshemming benyttes ofte GAP-modellen<sup>6</sup> som tydeliggjør den enkeltes mangel på mulighet til likeverdig deltagelse på egne premisser da samfunnet ikke er tilpasset alle.



(Modellen er tatt fra st.meld.40 2002/03, s.9)

Modellen viser misforholdet mellom individets forutsetninger og miljøets krav. Gjennom universell utforming og individuelle tiltak vil gapet bli redusert. Hensikten med rehabilitering er å redusere dette gapet.

<sup>5</sup> Kognitive funksjoner er de mentale prosessene i hjernen som gjør at vi kan resonnerer, tenke og løse problemer.

<sup>6</sup> GAP modellen synliggjør grafisk et gap mellom individets forutsetninger og miljøets tilrettelegging og krav. Dette misforholdet skaper funksjonshemming og kan beskrives grafisk innenfor en «gap-modell». Ved hjelp av tilrettelegging av miljøet og individuelle tiltak vil gapet reduseres og funksjonshemmingen reduseres..

## 6 Føringer og verdigrunnlag

Kapitlet tar for seg noen sentrale lover. For mer om lovene henvises direkte til lovene i Lovdata.(www.lovdata.no)

### 6.1 Sentrale lover

**Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm** ( Helse og omsorgstjenesteloven av 24.06.11, iverksatt 01.02.12). Sentralt i loven i forhold til habilitering og rehabilitering: Helsefremmende og forebyggende tjenester, som helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste, svangerskaps- og barselomsorgstjenester ( § 3-2, pkt1 og 2). Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning ( § 3-2, pkt 4). Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering ( § 3-2, pkt 5) Andre helse- og omsorgstjenester som helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, plass i institusjon, herunder sykehjem og avlastningstiltak ( § 3-2, pkt 6)

§ 3-3 tar for seg helsefremmende og forebyggende arbeid der kommunen skal fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Tjenestene skal også arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.

**Lov om pasient- og brukerrettigheter § 2-1** tar for seg retten til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjenester som øyeblikkelig hjelp, nødvendige helse- og omsorgstjenester, et verdig tjenestetilbud, samt informasjon om hva som finnes og om rettigheter.

**Lov om folkehelsearbeid** ( Folkehelseeloven av 24.06.11, iverksatt 01.02.12)

**Opplæringsloven**, spes § 5 – 2 Spesialundervisning for voksne

**Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven, 1999)**

Formålet med loven er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettsikkerhetsprinsipper.

**Folketrykkeloven**, spesielt § 5, stønad ved helsetjenester, § 10, stønad til bedring av funksjonsevne i dagligliv/arbeidsliv.

**Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø mv.** (§ 58 gjelder spesielt i forhold til sysselsettingstiltak).

**Arbeids- og velferdsforvaltningsloven ( 2006)**, spes § 14.a om oppfølgingsvedtakenes fire alternativ ( Standardinnsats, Situasjonsbestemt innsats, Spesielt tilpasset innsats og Varig tilpasset innsats).

**Plan- og bygningsloven** av 27. juni 2008 - §1-1 5. avsnitt og i kap. 8 og 12 om universell utforming.

### 6.2 Stortingsmelding 21 (1998/99)

Rehabiliteringsmeldinga, Ansvar og Meistring - Mot en helhetlig rehabiliteringspolitikk, slår fast at for å få til en helhetlig rehabiliteringspolitikk må kommunen gjennom planlegging se virksomhetsområder og målgrupper i sammenheng og la spesielle delplaner inngå i mer helhetlige planer på kommunalt nivå.

## **6.3 Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.**

### **6.3.1 Innledning**

En nærmere beskrivelse av kommunens oppgaver og plikter finnes i forskrift om Habilitering og Rehabilitering, individuell plan og koordinering § 5:

*”Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering”*

I formålsparagrafen ( §1) understrekes det at tjenestene tilbys og ytes ut fra et brukerperspektiv , skal være samordnet, tverrfaglig og planmessig, foregå nærmest mulig brukerens vante miljø og settes i en meningsfylt sammenheng. for brukeren.

Forskriften gir kommuner og regionale helseforetak retningslinjer for bl.a. samarbeid og koordinering

### **6.3.2 Koordinerende enhet**

Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Målet med enheten er å sikre koordinerte tjenester til de som trenger det.

Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal:

- a. motta meldinger om behov for individuell plan
- b. sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan.

Mer om koordinerende enhet i Sel kommune i kapittel 7.4.

### **6.3.3 Individuell plan**

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven har rett til å få utarbeidet en individuell plan. I forskrift om Habilitering og Rehabilitering, individuell plan og koordinering kap 5, §§ 16 – 20). I §16 står det at

- *Pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan”*
- *Vedkommende har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette.*
- *Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning pasienten og brukeren og pårørende ønsker det.*

Den individuelle planens innhold og omfang ( §16) skal tilpasses behovene til den enkelte pasient eller bruker. Den individuelle planer er brukers plan og at det er brukers mål som skal legges til grunn. Planen skal inneholde følgende hovedpunkter :

- a. en oversikt over pasientens og brukerens mål, ressurser og behov for tjenester
- b. en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen
- c. en angivelse av hvem som er koordinator

- d. en oversikt over hva pasient og bruker, tjeneste- og bidragsyterne og eventuelt pårørende vil bidra med i planarbeidet
- e. en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres
- f. en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres
- g. en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen
- h. pasientens og brukerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger
- i. en oversikt over nødvendig eller ønskeligs samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner og etater.

Mer om Sel kommunes arbeid med IP under kapittel 7.5.

### **6.3.4 Personlig koordinator**

Retten til å få utpekt en personlig koordinator i kommunen er hjemlet i helse og omsorgsloven og i ny forskrift om Habilitering og Rehabilitering, individuell plan og koordinering kap 5, § 21: *For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, jf. helse- omsorgstjenesteloven § 7-2. Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.*

Personell som yter helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven skal snarest mulig gi melding om pasienters og brukeres behov for individuell plan og koordinator. ( § 23)

Mer om Sel kommunes rutiner mv om personlig koordinator i kap 7.6

## **6.4 Handlings- og strategiplaner**

Helse- og sosialdepartementet har utarbeidet flere handlingsplaner som retter seg mot konkrete grupper av funksjonshemmede som trenger rehabiliteringstilbud og Helsedirektoratet har utgitt mange rapporter og brosjyrer innen feltet.

Det henvises til noen av disse, da denne planen omhandler de generelle prinsippene som skal gjelde for all rehabilitering og dermed ikke kommer til å gå inn på enkelte brukergrupper.

Tre av handlings- og strategiplanene er mer overordnet og beskrives nærmere her.

### **6.4.1 Strategiplan habilitering av barn (2004)**

Strategiplanen gjentar og påpeker at gjeldende mål og prinsipper i Rehabiliteringsmeldinga også gjelder for barn og deres familier. Den sier i forordet at foreldre som får barn med nedsatt funksjonsevne skal ha tilstrekkelig hjelp fra det offentlige, og kjenne seg ivaretatt som familie. Barnas rettigheter tydeliggjøres under de ulike lovgivingene som helse- sosial-, trygdelovgivingen og opplæringsloven.



#### **6.4.2 Handlingsplan for Habilitering av barn og unge (2009)**

Planen har som mål å bidra til å styrke helse- og omsorgstjenestens innsats for at barn og ungdom med funksjonsnedsettelse, skal oppnå best mulig funksjon og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i samfunnet. Planen skal videre bidra til å sikre et godt og likeverdig tilbud for brukerne.

#### **6.4.3 Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 -2011**

Strategiplanen slår fast at rehabilitering ikke har den posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske målene skulle tilsi. Det er et overordnet mål å endre på dette. Endringsarbeidet krever tiltak og innsats på mange områder og langsiktig utviklingsarbeid. I strategien står 10 punkter sentralt:

1. Tilstrekkelige ressurser på habiliterings- og rehabiliteringsområdet slik at det etableres riktig kapasitet for tjenestene
2. Styrking av den politiske styringen av arbeidet og medvirkning fra brukerorganisasjonene.
3. Brukermedvirkningen skal styrkes, brukeren skal være sentral i egen rehabilitering og det skal fokuseres på likemannsarbeid.
4. Rehabiliteringsstrategien er primært rettet inn mot helse- og omsorgssektoren, men en rehabiliteringsstrategi kan ikke lykkes uten et nært samarbeid mellom samfunns-/departementsområder som har ansvar for tiltak som må inngå i tilbudet den enkelte brukeren ( arbeid, utdanning, barn- og unges oppvekstforhold og andre viktige områder)
5. Individuell plan og koordinerende enheter er tiltak som er innført for å styrke rehabiliteringstjenestene, men som i dag ikke fungerer etter intensjonen. Sentralt står at tjenesteapparatet må identifiseres personer som i større grad kan ivareta brukerens behov for koordinering av tjenestene.
6. Avklare behovet for nasjonale retningslinjer, samt etablere mer langsiktighet og forutsigbarhet i de private rehabiliteringsvirksomhetenes rammebetingelser.
7. Kommunene har en sentral rolle i rehabiliteringsarbeidet. Utgangspunktet skal være at rehabilitering skal tilbys på laveste effektive omsorgsnivå (LEON- prinsippet). Det legges opp til samarbeidsmønstre som skal ivareta helheten i tjenesteytingen, ved at kommunal, statlig og privat tjenesteyting blir sett i sammenheng. Oppfølgingen av kommunenes lovpålagte oppgaver vil stå sentralt i strategien.
8. Faglig kvalitet og status knyttet til habiliterings- og rehabiliteringstjenestene skal styrkes
9. Verdigrunnlaget for habilitering og rehabilitering skal ivaretas. Tilbudet skal ikke være avhengig av alder, kjønn, etnisitet, diagnose, samfunnsmessig lønnsomhet eller hvor man bor i landet.
10. Rehabiliteringsarbeidet skal bidra til å bedre og bevare funksjonsnivå, hjelp til å endre helseskadelig livsstil, bidra til at eldre kan klare seg lengst mulig selv og bidra til at flest mulig kan være aktive deltakere i dagligliv, arbeidsliv og samfunnsliv.

#### **6.5 Verdigrunnlag**

I FN's standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemming av 1993, er det vedtatt 22 regler. Alle reglene er sentrale for rehabiliteringsfeltet. I regel nr 3 står det at *"Staten bør sikre at mennesker med funksjonshemming får tilbud om rehabilitering, slik at de kan oppnå og opprettholde en optimal grad av selvstendighet og funksjonsevne"*.

Dette legges også til grunn i St.mld. 21 (98/99) som sier at rehabilitering må ta utgangspunkt i respekten for menneskeverdet, uavhengig av graden av funksjonshemming og den enkeltes evne til arbeid. Målet er å fremme selvstendighet og deltakelse. Dette støttes også i St.melding 40 (2002-2003), Nedbygging av funksjonshemmende barrierer.

Dette innebærer bruk av arbeidsmetoder som gjør folk i stand til å definere sine egne problemer ut i fra egen situasjon og finne egne løsninger i fellesskap med andre. På denne måten vil mestring også lede til sosial og miljømessig endring.

## 7 Organisering – samhandling av rehabiliteringsvirksomheten

### 7.1 Innledning

I kapitlet om organisering – samhandling vil vi omtale Sel kommunes tilbud og mangler pr dato, med spesiell fokus på tverrfaglig arbeid. Vi vil også se på noen utfordringer og komme med forslag til endringer / forbedringer.

Da rehabiliteringsplanen er en del av kommunens samla omsorgsplan, vil det på enkelte områder bli henvist til denne og dermed ikke bli omtalt spesifikt i denne planen.

I rehabiliteringssaker vil bruker ha behov for kontakt med flere virksomhets – og tjenesteområder. Gode rutiner for samarbeid internt er helt avgjørende for et helhetlig og godt samordnet tilbud for den enkelte. Viktige virkemiddel er koordinerende enhet, individuelle planer, ansvarsgrupper og samarbeidsfora på tvers av virksomhetsområdene.

### 7.2 Organisering av rehabiliteringstilbudet i Sel kommune

Sel kommune er delt inn i virksomhetsområder det hver enhet har egen virksomhetsleder med ansvar for personell og drift. Alle virksomhetsområdene har et delansvar for habilitering og rehabilitering iht områdenes virkefelt. Noen av virksomhetene har et klart systemansvar og andre har en kombinasjon av system- og individansvar.

*De tekniske virksomhetsområdene* er svært viktige mtp og handheve Plan og bygningsloven og dermed ivareta kravet om universell utforming. De har også krav iht Diskriminerings - og tilgjengelighetsloven.

*Virksomhetsområdene innen skoler og barnehager* har et klart ansvar både i forhold til system og individnivå for å ivareta barnehage – og skolebarna.

*Virksomhetsområdet kultur* har ansvar for kultur og fritidsaktiviteter for hele befolkningen. De har også ansvar for frivillighetssentralen. I planlegging og drift vil de, som innen de tekniske tjenestene, ha et ansvar iht Plan- og bygningsloven og dermed ivareta kravet om universell utforming og krav iht Diskriminerings - og tilgjengelighetsloven. De har også et særskilt ansvar iht Kulturloven.

*Personalavdelingen* ivaretar rehabilitering iht arbeidssituasjonen av kommunens arbeidstakere i samarbeid med virksomhetslederne. Kommunen har vært IA bedrift siden 2002 og avtalen har vært fornyet flere ganger. IA avtalen har klare krav til oppfølging av sykemeldte. Viktige samarbeidspartnere i denne prosessen er fastlegene, tillitsvalgte, NAV og bedriftshelsetjenesten.

*Helse – og sosialtjenestene* er tradisjonelt de tjenestene som blir tillagt det største ansvaret først og fremst på individnivå, men også på systemnivå.

*Kommunelegetjenesten* har det overordna ansvaret for alle helsetjenester og har gjennom det både et system - og individansvar.

Det er ingen lege som pr dato har et øremerka ansvar for den helhetlige rehabiliteringa, noe som er et klart behov. En av legene har tillagt ansvaret for psykisk helsearbeid,

helsestasjonsvirksomheten og fysioterapitjenesten og er sentrale tjenester innen habilitering og rehabilitering. Denne vil sannsynligvis få ansvar for hele rehabiliteringsområdet.

**Virksomhetsområdet for rehabilitering** har ansvar for ergoterapi- og fysioterapitjenestene, psykisk helsearbeid, voksenopplæring og tjenesten brukerstyrt personlig assistanse. Behovet for personlige koordinatorene blir ivaretatt av psykisk helsearbeid der det er naturlig og av fysio – og ergoterapeut der disse tjenestene er de mest sentrale. Voksenopplæringa ivaretar et stort helhetlig ansvar for innvandrere og andre fremmedspråklige. Virksomhetsleder har koordineringsansvaret for rehabilitering og er systemansvarlig for individuelle planer.

**Virksomhetsområdet Tiltak for funksjonshemmede** har ansvar for voksenhabilitering, (inkl voksne personer med utviklingshemming) og koordinerer opplegg rundt barn med behov for flere tjenester og som har en tjeneste fra dette området. Behovet for personlig koordinator blir da ivaretatt her.

**Pleie-, omsorg- og institusjonstjenestene** er sentrale der deres brukere har behov for tverrfaglige tjenester. Der brukerne har stort behov for pleie – og omsorgstjenester blir den personlige koordinatoren ofte ivaretatt her.

**Helsestasjon / jordmortjenesten** er sentrale i å ivareta ansvaret for barn og har et koordineringsansvar for barn med særskilte behov/ behov for flere tjenester. Den personlige koordinatoren for barn blir ofte ivaretatt av en av helsesøstrene, evt tiltak for funksjonshemmede.

**Sosialtjenesten** er organisert under NAV og oppleves fra kommunens side mindre sentral i den helhetlige rehabiliteringa enn før etablering av NAV. Fra tidligere trygde- og arbeidskontor oppleves det motsatt. NAV deltar imidlertid der de anser det nødvendig eller blir etterspurt, og koordinerer egne og tverrfaglige tjenester.

### 7.3 Tverrfaglig samarbeid

I Sel kommune har vi ulike fora for tverrfaglig samarbeid, både for barn og voksne. Ut fra erfaring med disse står vi fortsatt overfor utfordringer for å få disse til å fungere etter hensikten. Noen av foraene overlapper hverandre og flere fungerer vel så mye som flerfaglige som tverrfaglige fora.

For å lykkes med tverrfaglig arbeid er det viktig at et hvert team får tid til å bli kjent med hverandre og den enkelte sin kompetanse. Samhandling forutsetter likeverd. Hierarki må derfor erstattes med likeverdighet. Hver enkelt må gi avkall på noe av den autonomien og uavhengigheten som ligger i egen yrkesrolle.

Det foreligger en oversikt over alle tverrfaglige / flerfaglige fora og en vurdering av de enkelte. Dette arbeidet er ikke konkludert. Det bør prioriteres å videreføre dette arbeidet for å rydde opp i de ulike foraene mtp å komme fram til noen få som vil kunne fungere iht målgruppe, mandat, hensikt mv. Vi må komme fram til gode samarbeidssoner, etablere koordinerende enhet og heve kvaliteten på arbeid med individuelle planer.

## 7.4 Koordinerende enhet

Under kapitlet 6.3.2 er koordinerende enhet, slik det står i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, beskrevet.

Enheten skal ha en pådriverfunksjon i forhold til kartlegging, planlegging og utvikling av rehabiliteringstjenestene i kommunen. Koordineringsfunksjonen skal være tydelig plassert i organisasjonen.

Sel kommune har ikke opprettet en koordinerende enhet, men funksjonen ivaretas av virksomhetsleder for rehabilitering. Koordineringsfunksjonen ble tidligere ivaretatt av kommunefysioterapeut. Rollen var i hovedsak en kontaktpersonrolle. Siden 01.04.07 har dette blitt ivaretatt av virksomhetsleder for rehabilitering. I tillegg til å være en kontaktperson, ivaretas vedtak om individuelle planer, igangsetting av tjenestetiltak og oppnevning av personlige koordinatore rundt den enkelt bruker. Dette gjelder for voksne brukere. For barn ivaretas denne funksjonen dels av helsestasjonen og dels av virksomhetsleder for tjenester for funksjonshemmede. Den sistnevnte ivaretar også funksjonen innen voksenhabilitering.

Målet i Sel kommune er å etablere en Koordinerende enhet i tråd med forskriften. Organisatorisk plassering av enheten må avklares. Enhet skal være kommunens faste adresse for habilitering og rehabilitering. Den må fungere både på individ - og systemnivå og skal være lett tilgjengelig. Opplysninger om enheten fås via henvendelse til sentralbord i kommunen eller kommunens hjemmeside.

Det pågår arbeid i kommunen om å etablere tildelingsenhet / tildelingskontor. Dette omtales nærmere i kommunens omsorgsplan. Erfaring fra andre kommuner tilsier at dette stiller store krav til avklaringer og samarbeid mellom denne enheten og den koordinerende enheten. Noen kommuner har valgt å la tildelingsenhetene være kommunens koordinerende enhet. For å lykkes med dette må tildelingsenheten ta opp i seg det ansvaret som tilligger koordinerende enhet iht forskriften. I rehabiliteringssaker må tildelingsenheten styrkes med nødvendig tverrfaglig rehabiliteringskompetanse.

Sammensetting av koordinerende enhet:

- Koordinerende enhet bør være tverrfaglig sammensatt, vidt representert og ha en fast leder og settes sammen av personer med myndighet til å ta avgjørelser
- Koordinerende enhet skal minimum være representert av: leder for rehabilitering, NAV, lege og ha en representant for plo tjenestene.
- Andre aktører innkalles etter behov. (eks fysio, - og ergoterapi, psykisk helsearb, helsestasjon, PPT, tekniske tjenester, kultur osv),
- Leder av Koordinerende enhet skal være virksomhetsleder for rehabiliteringstjenestene evt leder av tildelingskontoret.

Oppgaver til koordinerende enhet vil være:

- Å ta i mot henvendelser om habilitering og rehabilitering
- Informasjon til bruker som bl.a. skal sikre nødvendig samtykke til første samarbeidsmøte
- Ut fra henvendelse, kalle inn aktuelle faggrupper til et første møte
- Ha det overordna ansvar for og sørge for igangsetting av ansvarsgruppe, utnevning av koordinator og arbeid med individuell plan (systemansvar)
- Ha oversikt over antall brukere med Individuelle planer.

- Å lage prosedyre på oppgaver til ansvarsgruppe.
- Å lage prosedyre på oppgaver til en personlig koordinator/ primærkontakt.
- Å lage sektorovergrepene prosedyrer for arbeidet med individuelle plan og forankre dette i kommunens kvalitetssystem
- Ha oversikt over eksisterende tilbud, lag og organisasjoner og en ”pådriver” for å sette fokus på manglende tilbud
- Skolering av personale / sørge for at det finnes et system for opplæring og veiledning for tverrfaglig personale, skolering i tverrfaglighet, skolering i koordinatorrollen.

## 7.5 Individuelle planer og bruken av disse

I kapitlet 6.3.3 er individuelle planer slik det står i forskriften, beskrevet.

Planen skal sikre at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud iht forskriften.

Individuell plan er et verktøy som kan være med på å systematisere samhandlingen i rehabiliteringsarbeidet. Den tas i bruk i en rehabiliteringsprosess. Det presiseres at en har krav på koordinerte tjenester selv om en velger å ikke ha en Individuell plan.

I Sel kommune er det ikke noe klart definert hvem som har et overordna ansvar for initiering og koordinering av arbeidet med individuelle planer. Ansvaret ligger litt implisitt i 3 av virksomhetsområdene, jfr organisering av rehabiliteringstilbudet i Sel kommune i kapittel 7.1.

- For Rehabilitering: virksomhetsleder for rehabilitering
- For Voksenhabilitering: Virksomhetsleder for tiltak for funksjonshemmede
- Barnehabilitering : Virksomhetsleder for helsestasjons- og jordmortjenesten og til dels Virksomhetsleder for tiltak for funksjonshemmede (for barn med omfattende behov)

Systemansvar for Individuelle planer er tillagt virksomhetsleder for rehabilitering.

I hovedsak fungerer melding om behov for Individuell plan i hovedsak slik:

- Når det foreligger ønske om utarbeidelse av plan meldes dette til den person eller den tjenesten som står personen nærmest.
- Det er den som først får saken som har ansvar for å bringe dette videre.
- I samarbeid med bruker avklares om det skal tildeles en ansvarlig tjenesteyter (personlig koordinator) som skal fungere som veileder gjennom prosessen eller om bruker vil ivareta denne rollen selv.

⇒ *Det foreligger eget henvendelsesskjema til bruk i saksbehandlingen. Denne finnes i kommunens kvalitetssystem, Kvalitetslosen.*

Det skal det gjøres en kartlegging og utarbeides et plandokument ut fra bruker sine behov og mål – og på tvers av sektorer, virksomheter og nivå.

⇒ *Det er utarbeidet en forenklet mal til bruk i arbeid med individuell plan. Denne finnes i kommunens kvalitetssystem og kan brukes elektronisk gjennom bla fagsystemet PROFIL.*

Individuell plan skal medvirke til at personer med langvarige behov for tjenester – får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud. Langvarige behov er iht pasientrettighetene, behov som strekker seg over 2 måneder.

Målet i Sel kommune er at alle brukere som ønsker og har behov for det, skal ha en individuell plan. Det er en klar forutsetning at brukeren skal medvirke når planen lages. Det er brukers mål som skal nedfelles i planen. I det ligger mye motivasjon og håp.

Erfaringene til nå er at det er litt tilfeldig hvem som har en individuell plan. Det er mest systematisk gjennomført innen psykiske helsearbeid, innen tjenester for funksjonshemmede og barnehabilitering. Det er en gradvis økning i systematikken i planarbeidet, bla som følge av at det har startet en prosess med å fatte vedtak om en person fyller kriteriene til å få utarbeidet en individuell plan og utpeke ansvarlig koordinator..

Kommunen må bli bedre på informasjon om individuell plan og oppfølging/evaluering av eksisterende planer. Opplæring av kommunale medarbeidere er svært viktig

Sel kommune har et sterkt ønske om å gå over til og benytte et Web Basert system<sup>7</sup>. Dette vil gi muligheter for bruker til å ha bedre styring over egen plan. Det gir også mulighet til at ulike faggrupper kan ha tilgang på felles plandokument. Det understrekes at i en plan der mange aktører kan ha tilgang, så bør det ikke ligge for mange personlige opplysninger. Hittil har det bl.a skortet både på økonomisk vilje og manglende koordinering til å få dette på plass.

Sektorovergripende prosedyrer for arbeidet med individuelle plan skal forankres i kommunens kvalitetssystem

⇒ *Det er utarbeidet flere tverrfaglige prosedyrer for arbeid med individuell plan Disse finnes i Kvalitetslosen:*

- Individuell plan – Informasjonsplikt
- Individuell plan - Saksbehandling
- Individuell plan – Innhold og utførelse

## **7.6 Ansvarsgrupper, personlig koordinator**

Ansvarsgruppe er en tverrfaglig sammensatt gruppe rundt den enkelte bruker. Bruker og/eller pårørende/ brukers talsperson deltar i gruppa. Ansvarsgruppe kan opprettes når brukeren har behov for flere tjenester. ( Flere tjenester er mer enn en tjeneste!)

Ansvarsgruppa bør ha så få medlemmer som mulig. Andre aktuelle instanser blir innkalt ved behov. Ut i fra ansvarsgruppa blir det utnevnt en personlig koordinator - primært utnevnes denne av koordinerende enhet i samarbeid med brukeren. Hvem som utpekes / velges til koordinator er meget viktig da relasjoner mellom bruker og koordinator er av stor betydning.

Opgavene til personlig koordinator:

- avklare hvem som skal være med i ansvarsgruppa
- avklare roller til medlemmene i ansvarsgruppa

---

<sup>7</sup> Et web-basert samarbeids- og koordineringsverktøy som dekker de lovpålagte kravene til IP. Løsningen setter brukeren i fokus. Den gir også brukeren mulighet til å være mer aktiv i sin egen plan og mulighet til å ivareta sekretærfunksjonen i egen plan.

- sette opp møteplan, innkalle til møter og skrive referat
- i samarbeid med bruker ansvar for utarbeidelse av individuell plan
- ansvar for oppstart/oppfølging /evaluering av tiltak
- sikre brukermedvirkning

⇒ *Det er utarbeidet tverrfaglige prosedyrer for personlig koordinator for personer med behov for tverrfaglige tjenester og ansvarsgruppemodellen Disse finnes i Kvalitetslosen*

## **7.7 Samarbeid eksternt, inkl lokalt / regionalt**

### ***Sykehuset Innlandet HF / Helse Sør Øst RHF***

Gjennom de ulike samarbeidsutvalgene arbeides det kontinuerlig med utarbeidelse av ulike samarbeidsavtaler mellom Sykehuset Innlandet HF og de enkelte kommunene. Dette er avtaler som helt unntaksvis omhandler kun et tjenesteområde, som her, rehabilitering. Avtalene blir ikke nærmere omtalt her.

Vedr individuell plan (IP) så har administrativt samarbeidsutvalg (ASU) i Sykehuset Innlandet HF, godkjent rutiner for bruk av individuell plan. Bakgrunn for dette arbeidet var at *”på tross av at IP er en lovfestet rettighet kommer det stadige tilbakemeldinger om at ordningen ikke fungerer. Tilbakemeldingene går på at ikke alle pasienter/brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester får oppfylt denne rettigheten, og at ikke alle planer som utarbeides fungerer i brukerens interesse”*.

Det ble i desember 2011 av Sykehuset Innlandet HF, vedtatt Områdeplan for habilitering og rehabilitering. Denne ble utarbeidet i samarbeid mellom Sykehuset Innlandet HF og kommunene. Planen gir anbefalinger om framtidig funksjonsfordeling, samhandling og kompetanseutvikling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten samt innad i spesialisthelsetjenesten i området.

### **NAV**

En sentral avtale i rehabiliteringssammenheng er: *”Samarbeidsavtalen mellom NAV, Hjelpemiddelsentralen, Gjøvik og Sel kommune”* som beskriver ansvarsfordelingen av formidlingen av tekniske hjelpemidler mellom hjelpemiddelsentral og Sel kommune.

Det er inngått *”Samarbeidsavtale mellom Sel kommune og NAV Oppland”*. Siste gang rev i 2012. Denne er hjemlet i arbeids- og velferdsforvaltningsloven. Målet er å få flere i arbeid og aktivitet og færre på stønad. Tjenestene skal oppleves som enkle og være tilpasset brukernes behov.

***Gudbrandsdal Industrier AS (GIAX)*** er et interkommunalt aksjeselskap som NAV kjøper tjenester fra. Det er en attføringsbedrift med personalutvikling som hovedmålsetting. Giax har en avdeling på Otta med avdelinger for Arbeid med bistand (AB), arbeidspraksis i skjermet virksomhet (APS), varig tilrettelagt arbeid (VTA) og ulike avklaringskurs. Sel kommune har avtale om øremerka plasser ved VTA.



## 7.8 Samarbeid Nord Gudbrandsdal Lokalmedisinsk Senter for ( NGLMS) og kommunene i region Nord Gudbrandsdal

Vi vil i denne planen skissere viktige samarbeidsområder vedr rehabilitering med utgangspunkt i et regionalt utredningsarbeid første kvartal 2010 og erfaring etter at senteret og da spesielt sengeposten har vært i drift snart ett år.

Første kvartal 2010 var det i gang en AdHoc gruppe for å se på rehabilitering tilknyttet LMS. Gruppen var sammensatt av helsefaglig personell fra alle 6 norddalskommunene, rehabiliteringsfeltet ved SIHF ved Ambulerende rehabiliteringsteam (ART), en lege fra SIHF og en ressursperson fra NAV.

Gruppens mandat var bla å legge frem forslag ”vedrørende muligheter for et interkommunalt tjenestetilbud i samarbeid med Sykehuset Innlandet (SI) innen rehabilitering ved DMSNG”.

Gruppen skulle også ”legge fram forslag til hvordan en eller flere intermediære senger i DMS kan benyttes for å nå dette målet. Gruppen skal også foreslå andre rehabiliteringsoppgaver lagt til DMS, uavhengig av sengeplasser”.

Dette arbeidet er lagt til grunn for mye av det arbeidet som pr i dag drives og utvikles ved sengeposten og spesielt ved de intermediære sengene.

Det er etablert et rehabiliteringsnettverk mellom kommunene i Nord Gudbrandsdal, NGLMS og med prosjekt utviklingshjemmetjenester for Ottadalskommunene.

I forbindelse med rehabiliteringsplasser i sykehjem sier Samhandlingsreformen:

*” For at dette skal være reelle rehabiliteringstilbud slik det er definert i forskriften, bør behovet for tverrfaglighet gjenspeiles i personalets kompetanse. Fysioterapi og ergoterapi er sentrale tilbud for pasienter som skal trene opp funksjon og mestre dagliglivets aktiviteter. Tett oppfølging av og intensiv trening er ofte nødvendig for at treningen skal ha optimal effekt.”* (St.meld.47, Samhandlingsreformen kap.6.4.3)

Dette er nødvendig for å kunne gi kvalitative gode rehabiliteringstilbud i LMS og i kommunene.

For å styrke rehabiliteringsarbeidet ved NGLMS ble det i 2011 opprettet en 100% stilling for fysioterapeut fordelt slik: 50% prosjekt knyttet til intermediærsengene og prosjekt utviklingshjemmetjenester og 50% kommunefysioterapeut.

Det ble etablert en prosjektstilling for koordinator innen samfunnsmedisin. Denne ble fast fra 2012.

Det er engasjert en prosjektmedarbeider (sykepleier) for å arbeide med pasientforløp og for få på plass nødvendige rutiner ved de intermediære sengeplassene og rutiner for ut og innskriving mv.

I løpet av våren 2012 var det også være på plass en 100% stilling for ergoterapeut fordelt slik: 60% tilknyttet intermediærsengene og 40% miljøterapeut ved korttidssengeposten (kommunale og intermediær plasser).

Koordinator for samfunnsmedisin har utredet behov for logoped som er oversendt rådmannsutvalget. Det er et stort behov for denne kompetansen i regionen.

Det er et faktum at det er for få institusjonsplasser i Sel kommune. Dette gjelder ført og fremst langtidsplasser. Dette beskrives i Omsorgsplanen.

For Sel kommune ansees det å være en klar styrking av kommunenes og regionens rehabiliteringstilbud at spesialister kommer fra Sykehuset Innlandet, HF, avd Lillehammer og at det i større grad tas i bruk moderne kommunikasjonsteknologi. Det ansees også mer ressurs sparende for brukerne som i en større grad slipper lange reiser til sykehuset.

Ved LMS er det ikke lagt til rette for dagrehabilitering ut over Sel kommunes behov. Ved behov vil man likevel kunne se på muligheten til å utnytte lokalene best mulig mtp regionalt tilbud.

### ***Manglende tverrfaglig kompetanse***

Det kom fram under arbeidet i Ad Hoc gruppa at det er lite fokus på forsterka tverrfaglige ressurser mtp rehabilitering og at det ikke er gode nok systemer for tverrfaglig samarbeid og klare målsettinger for rehabiliteringsprosesser på system- og individnivå.

I forhold til rehabilitering som fag, er ressursene få. Feltet kan være ”prioritert”, men mye gjenstår for å fungere iht nasjonale føringer, både mtp kompetanse, samarbeid og systemer som sikrer god nok kvalitet.

Det er kartlagt kompetansemangler mtp på kunne tilby et helhetlig og tverrfaglig rehabiliteringstilbud i regionen. Dette komme i tillegg til legespesialistene. Som eksempel nevnes: logopedi, ergoterapi, spesielt mtp kognitivt rehabiliteringsbehov, syke- og hjelpepleiere m videreutdanning / kompetanse i rehabilitering, diabetessykepleier, spesialpedagog ut over logopedi, sosionom ut over de som arbeider innen NAV, ernæringsfysiolog, vernepleie, psykolog, kompetanse på utredning og diagnostisering av demens. Innen onkologi (kreft) og palliasjon (lindrende behandling) finnes en del kompetanse, men kun en kommune har øremerka bruken av disse.

Dersom man tenker seg at oppgaver i form av intensiv trening etter kartlegging og utprøving av tiltak i spesialisthelsetjenesten, skal kunne videreføres ved LMS, er det et stort behov for sykepleiere, hjelpepleiere oa kjernepersonell med spesialkompetanse innen rehabilitering. Dette gjelder ved døgnplasser så vel som dagopphold.

En forutsetning for å lykkes med et godt rehabiliteringstilbud knytta til NGLMS er høy tverrfaglig kompetanse og stillingsstørrelser som muliggjør rekruttering

### ***Kompetansepool***

Gjennom utredningsarbeidet er det avdekket et stort behov og interesse for å etablere en ”Kompetansepool” (Interkommunal utveksling av fagkompetanse) både innen rehabilitering og andre felt tilknytta LMS. En kan tenke seg at LMS fungerer som en koordinerende enhet for etterspørselen av den helsefaglige spesialkompetansen som finnes ute i kommunene. Alle seks kommunene kan benytte tjenester fra poolen til sine pasienter og på den måten utveksle fagkompetanse. Særlig gjelder dette kompetanse og stillinger som det er vanskelig for kommunene å rekruttere.

Praktisk gjennomføring / organisering bør utredes videre på regionalt nivå.

### ***Ambulerende rehabiliteringsteam (ART) knytta til NGLMS***

Kommunene har et godt samarbeid med ARTv/ SIHF. Det kan ta lang tid for det nye NGLMS å bygge opp tilsvarende kompetanse. Det tilsier en gradvis oppbygging av kompetanse og aktivitet med støtte og veiledning fra SIHF.

NGLMS bør ha et tverrfaglig team som forstår hva som ligger i rehabilitering,- har god rehabiliteringskompetanse og tverrfaglig fokus: logoped, ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier, sosionom, lege og evt. andre faggrupper. Disse personene bør utvikle tverrfaglig kompetanse og kunne bistå kommunene på områder den enkelte kommune ikke strekker til alene.

Innen gruppetilbud / likemannsarbeid / lærings- og mestringskurs bør LMS utvikle tilbud, gjerne med utgangspunkt i ART. Tilbudene kan knyttes til dagtilbud.

### ***Dagtilbud***

Dagtilbud innen rehabilitering mangler i kommunene. Flere pasientgrupper kan være aktuelle.

Gevinsten av dagopphold kan være effekten av intensivert og individuelt tilrettelagt treningsopplegg sammen med verdien av likemannsarbeid. Ulempen kan være lang reisevei.

Kan være hensiktsmessig og starte med dagopphold for slagpasienter med intensivert treningsbehov.

### ***Kompetansesenter for fagmiljøer***

Fagmiljøene bør kunne nyte godt av LMS i form av kurs, seminarer, videokonferanser, hospitering. LMS bør bidra aktivt til kvalitetsutvikling av tjenester. En erfarer at en del oppgaver som ikke gjøres så ofte lett blir vanskelig å få til i praksis. AdHoc gruppen foreslår at LMS har noen personer som blir kompetente til å kunne veilede koordinatorene, assistentene, lederne osv. i hvordan de skal gå fram med denne typen oppgaver, eksempelvis Individuell plan og BPA.

## 8 Tilbud i Sel kommunes rehabiliteringstjeneste.

### 8.1 Innledning

Vi vil i dette kapitlet omhandle Sel kommunes sentrale tilbud og mangler pr dato innen rehabiliteringsfeltet. Vi vil også komme med forslag til endringer / forbedringer.

Da rehabiliteringsplanen er en del av kommunens samla omsorgsplan vil det på enkelte områder bli henvist til Omsorgsplanen og dermed ikke bli omtalt spesifikt i denne planen.

Vi vil i kapitlet også berøre stillingsressurser og kompetanse rettet mot fagfeltet rehabilitering.

### 8.2 Ansvar for rehabilitering (Medisinsk)

Strategiplanen for habilitering av barn (2004) påpeker at innenfor helsetjenestetilbudet er det spesialisthelsetjenesten som har det overordnede ansvaret for diagnostikk, behandling og veiledning, mens kommunehelsetjenesten har det daglige ansvaret for helse og sosialtjenestetilbudet. Det står at kommunens tjenesteapparat skal tilpasse seg individuelle behov så langt det lar seg gjøre innenfor de rammene som er gitt. Dette betyr at kommunen må ha et mangfoldig og fleksibelt tjenesteapparat som er i stand til å tilpasse seg.

Også for voksne har spesialisthelsetjenesten ansvar for spesialisert rehabilitering.

Det arbeides mye med ulike samarbeidsavtaler mellom Sykehuset Innlandet og de enkelte kommunene. For å lette det felles ansvaret / arbeidet med rehabilitering og sikre at bruker får et tilbud på riktig nivå, kan det vise seg gunstig å utarbeide felles vurderingsskjema. Å se dette arbeide i sammenheng med arbeidet ved NGLMS blir viktig.

Vurderingsskjemaet vil kunne bidra til å lette arbeidet med å:

- skille de som trenger kommunal rehabilitering fra de som har behov for spesialisert rehabilitering, evt få et tilbud ved LMS
- skille de som har behov for korttidsopphold i kommunen fra de som trenger aktiv kommunal rehabilitering evt rehabilitering ved LMS
- sikre at institusjonsbasert rehabilitering kun benyttes dersom det er nødvendig
- sørge for at "rett pasient" havner på "rett sted"
- Sikre at det vurderes og kartlegges mtp å systematisere hverdagsrehabilitering ( Jfr kap 3.3).

#### ***Fastlegeordningen***

Fastlegeordningen er beskrevet som en mulighet til å bedre innsatsen for legen på rehabiliteringsfeltet. En departementsnedsatt forløpsgruppe for rehabilitering som skulle se på rehabiliteringsfeltet våren 2009, kom imidlertid fram til at fastlegeordningen flere steder ikke styrket rehabiliteringsfeltet. Dette gjaldt spesielt der fastlegene ikke var knytta til kommunelegetjenesten / kommunehelsetjenesten. Det har vært en revidert fastlegeforskrift ute på høring med frist 23.03.12. Denne har som mål å få fram at fastlegene er en viktig del av den offentlige helsetjenesten, at de spiller en sentral rolle for å nå målene i samhandlingsreformen om mer forebygging, tidlig intervensjon, mer av tjenestetilbudet i kommunene og mer helhetlige og koordinerte tjenester. Den legger også opp til at fastlegene

skal drive mer oppsøkende arbeid for å forebygge sykdom og hindre at sykdom forverrer seg. Er pr dato ikke behandlet.

Legen har en sentral rolle i medisinske undersøkelser og behandling. Legen er den som henviser til medisinske rehabiliteringsopphold utover det kommunale tilbudet. Folketrygden har lagt til rette for honorering av tverrfaglige møter for legene slik at de skal kunne delta i tverrfaglig samarbeid. Det er viktig at fastlegen definerer seg som en del av rehabiliteringsfeltet. Representant for fastlegen / kommunelegen må inkluderes i kommunens tverrfaglige team og bør ha fast funksjon i koordinerende enhet.

### ***Rehabilitering***

Variasjon og kombinasjonsmulighetene innen rehabiliteringsfeltet er mange.

Ettersom Sel kommune har få tjenester med definert ansvar kun for barn og / eller voksne, vil ulike virksomheter ha ansvar for flere alders-, diagnose-, og brukergrupper. De samme faggruppene vil også tilby enfaglige og flerfaglige tjenester / behandling.

Dagrehabilitering er et tilbud til hjemmeboende og gis enten som tilbud i en dagavdeling eller som oppsøkende rehabilitering eller en kombinasjon av dette. Kan også gis som såkalt hverdagsrehabilitering. (jfr kap 3.3). Fokus på rehabilitering tilbake til arbeid er et viktig satsingsområde i den oppsøkende rehabiliteringa som kjennetegnes ved samordnet innsats i brukerens nærmiljø, hjem og aktivitetsarena.

For å sikre best mulig dagrehabilitering bør det være et mål at sammensettingen av bemanningen ivaretar størst mulig faglig bredde. Aktuelle faggrupper er fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, psyk. sykepleier, vernepleier, logoped, samt evt psykolog. (Jfr kap. 7.7 om LMS). Det foreligger ikke noe lovpålagt krav om dette.

Fagområdene i Sel kommune har over flere år varslet om manglende ressurser både når det gjelder kapasitet, faggrupper og tverrfaglig kompetanse.

Kommunene har tradisjonelt hatt mest breddekompetanse. For å imøtekomme framtidige behov, vil vi være nødt til å supplere dette med mer spisset kompetanse. Det er en økning i brukere med ulike kognitive vansker. Økt fokus på dette samt en kompetanseheving er et klart behov.

Fysio- og ergoterapi hadde inntil medio april 2010 base ved Sel sjukeheim. Tjenestene ble ytt i stor grad som oppsøkende virksomhet. Fra medio april 2010 ble rehabiliteringsavdelingen ved LMS tatt i bruk. Det har gitt økt mulighet for dagrehabilitering og målretta tilbud både individuelt og i grupper. Hverken lov eller forskrift sier noe om nivået på tilbudet, kun at kommunen skal tilby sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

Den private fysioterapitjenesten yter også omfattende behandlingstilbud, - mest som en-, og flerfaglig, men i liten grad som del av et tverrfaglig rehabiliterings tilbud.

Å få de kommunale og private fysioterapitjenestene til bedre å utnytte felles ressurser er et mål. Dette gjelder fordelingen av pasientene og gruppetilbud.

Døgnrehabilitering gis i form av institusjonstilbud enten ved Sel sjukeheim eller ved LMS sin korttidsavdeling for Sel kommune og / eller intermediærseger<sup>8</sup>. Kommunen har hittil ikke hatt øremerka plasser for rehabilitering eller spesiell fokus på hva som faglig kreves av en avdeling for å gi målretta tilbud om rehabilitering.

Døgnrehabilitering innebærer at x antall senger øremerkes for Rehabilitering. Dette vil være et tilbud for de som av flere grunner ikke kan komme rett fra sykehus / opptreningsinstitusjon og hjem eller som over en periode bør få et heldøgntilbud som alternativ til tilbud hjemme. Dette bør primært bli gitt ved korttidsavdelingen tilknyttet LMS, evt etter en utbygging av Sel sjukeheim. For mer om dette viser vi til Omsorgsplanen.

Personalet må skoles i forhold til rehabiliterende arbeid som innebærer tverrfaglige vurderings- og arbeidsformer. Sengene plasseres ved samme avdeling av hensyn til opparbeiding og utnytting av kompetansen blant personalet. Erfaring fra Sykehuset Innlandet HF, Rehabiliteringsavdelingen, Gjøvik, er også at kompetansen og kvaliteten på rehabiliteringstilbudet økte når de gikk vekk fra å benytte egne nattvakter og over til med rullerende vaktordning. Kan være aktuelt og vurdere.

### **8.3 Behov for spesiell tilrettelegging**

Det kan for mange være behov for spesiell tilrettelegging. Kommunen kan bidra med ulike tiltak og nærmere informasjon fås ved henvendelse til servicesenteret eller til de enkelte virksomhetene og / eller tjenestene. Etter etablering av Koordinerende enhet / Tildelingskontor vil denne kunne ta imot slike henvendelser.

#### **8.3.1 Tekniske hjelpemidler**

Forskrift om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinering § 9 beskriver kommunens plikt til å sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte.

Lov om folketrygd § 10 beskriver stønad til utlån av tekniske hjelpemidler når skaden/funksjonshemmingen har en varighet på mer enn 2-3 år. Dette gjelder områdene bevegelse, syn, hørsel, kognitiv, bil, bolig, arbeidsplass/skole.

Kommunens lager for tekniske hjelpemidler har ansvar for utlån av hjelpemidler når skaden/funksjonshemmingen har en varighet på inntil 2 år. Kommunalt lager har utlån av enklere hjelpemidler innen området bevegelse. Alle kan rette en henvendelse og det er ikke krav til skriftlig søknad, men det er ønskelig med skriftlighet.. Hjelpemiddelformidler har også ansvar for transport og vedlikehold på kommunalt lager.

⇒ *Det er utarbeidet et henvendelseskjema for fysio- og ergoterapitjenestene inkl hjelpemiddelformidling. Det er ønskelig at dette brukes bla for å sikre kvaliteten. Denne ligger i kommunens kvalitetssystem Kvalitetslosen og på kommunens hjemmesider.*

De fleste tjenesteutøverne og brukere kan søke hjelpemiddelsentralen om tekniske hjelpemidler. Behovet må være vesentlig og varig. Hjelpemidlene må være hensiktsmessig for å avhjelpe funksjonsproblemet og ikke kunne løses ved andre tiltak. Kommunalt personell kan bidra ved vurdering av behov og utfylling av søknad.

---

<sup>8</sup> Ved intermediærsegerne gis det et regionalt tilbud til alle 6 norddalskommunene.

Kommunens ergoterapitjeneste er sentral i vurderinger og begrunnelsen av hjelpemiddelbehov og tilpasninger i forhold til bolig, arbeidsplass, bil, syn, hørsel, IT og andre tekniske hjelpemidler der det kreves spesialtilpasninger.

Kommunen har godkjente bestillere som bestiller enklere tekniske hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralen.

Behov for hjelp til vurdering av behov og søknad om hjelpemidler kan rettes til ergoterapitjenesten.

Ordningen brukerplass gjelder for voksne, barn og ungdom med funksjonsnedsettelse. Brukerpass er en fullmakt som gir brukeren større innflytelse på valg av tekniske hjelpemidler. Passet gir tilgang til å ta direkte kontakt med hjelpemiddelsentralen ang. utprøving, utskifting, service og reparasjon av tekniske hjelpemidler innen de områdene av hjelpemidler passet gjelder.

Formidlingssystemet for tekniske hjelpemidler er under vurdering og det har fra 2010 forgått arbeid mtp dette. NOU 2010:5 Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering – et helhetlig hjelpemiddeltilbud har vært ute på høring og siden har det skjedd lite som er offentliggjort av dette arbeidet.

Fra brukerne er det meldt inn et behov for en oversikt over hva som finnes på markedet.

### **8.3.2 Dagtilbud**

Sel kommune har mangelfullt dagtilbud innen de fleste områdene. Ut over habilitering og rehabilitering er dette ikke lovpålagte tjenester, men svært viktig i et forebyggende og helhetlig perspektiv. Dette omhandles nærmere i kommunens Omsorgsplan.

Hittil har dagtilbud og til dels dagrehabilitering blitt gitt ved dagavdelingene ved Sel sjukeheim, Selsro bo- og aktivitetssenter og Heidalstun bo- og servicesenter. Tilbudet har dels vært under veiledning av fysio – og ergoterapitjenestene. For personer med omfattende lærevansker blir tilbudet gitt ved kommunens Aktivitetssenter og for personer med psykiske vansker ved Hjerterom.

Dagtilbudet ble redusert etter en omfattende nedbemanning i Sel kommune i 2010 noe som har hatt store konsekvenser for det samla rehabiliteringstilbudet.

Differensiert dagtilbud, kombinert med hjemmetjenester, korttidsplasser og rehabilitering, inkl hverdagsrehabilitering, er viktige tiltak for å demme opp om behovet for økte langtidsplasser ved sykehjem.

Sett i rehabiliteringssammenheng er det ønskelig at dagtilbudet organiseres under rehabiliteringsvirksomheten. Spesielt gjelder dette dagtilbudet ved Sjukeheimen, Heidalstun og Selsro. .

### **8.3.3 Tilrettelagt fritid**

Fritidsaktiviteter er ikke lovpålagte tilbud, men det er et mål at alle, uansett forutsetninger skal kunne delta i kultur og fritidsaktiviteter ut fra egne ønsker og behov. En kommune som har gjennomført prinsippet om universell utforming vil i svært liten grad trenge tilrettelegging

av fritida ut over personlig bistand. Uten universell utforming vil målet være at med tilrettelegging så skal alle ha reelle valgmuligheter for kultur- og fritidsaktiviteter.

Brukere som har fått innvilget ledsagerbevis får med seg ledsager gratis inn på alle kommunale aktiviteter og arrangementer i kulturhuset.

Kommunen har ingen ordning med fritidsassistenter. Hvorvidt det er aktuelt å satse på dette er mer uklart.

Tiltak for funksjonshemmede og psykisk helsetjeneste har begge ansvar for ordningen med støttekontakter. Støttekontakt er en lovpålagt tjeneste, men ingen rettighet for brukerne. Ansvar for treningskontakter (ny i 2009) er plassert innen virksomhetsområdet for rehabilitering. Kan også være aktuelt å plassere noe ansvar innen tjenester for funksjonshemma. Mer om fritid og frivillig arbeid i kommunens Omsorgsplan.

### **8.3.4 Tilrettelagt opplæring**

Behov for tilrettelagt opplæring for barn og unge kanaliseres gjennom barnehagene og skolene. Sakkyndig utredning utføres av den interkommunale PPTjenesten. Enkeltvedtak fattes av barnehagene og skolene.

Voksenopplæring er et kommunalt ansvar og opplæringsloven § 5-2 spesialundervisning for voksne er svært sentral sett i rehabiliteringssammenheng. Introduksjonsloven kap 5 gir utlendinger et krav på opplæring i norsk og samfunnsfag og ansees som svært sentralt for habilitering av fremmedspråklige.

Det vurderes å være et klart behov for økte voksenopplæringsressurser for å kunne ivareta behov for spesiell opplæring etter skade, som følge av mangelfull opplæring og behov for opplæring på grunnskolens nivå for ungdom / voksne med omfattende lærevesker.

### **8.3.5 Tilrettelagt transport**

Behovet for tilrettelagt transport er avhengig av den offentlige transporttjenesten og av hvorvidt tilbudet er utformet etter prinsippene om universell utforming. Det offentlige tilbudet innen kommunegrensen tilfredsstiller ikke behovet for transport for personer med behov for tilrettelegging og / eller spesialtransport. Drosjene er relativt godt tilrettelagte, men kapasiteten gjør at den er mindre tilgjengelig deler av døgnet.

Gode transportordninger er en forutsetning for at personer som ikke kan benytte seg av det offentlige, skal kunne delta på dagtilbud, fritidstilbud, motta trening / rehabilitering utenfor hjemmet osv. Ordningen med TT bill som organiseres av fylkeskommunen i samarbeid med kommunens servicesenter, dekker ikke på noen måte behovet. TT ordningen har blitt innskrenket mtp hvem som blir godkjent for å kunne benytte dette slik at det gjelder blinde og svaksynte, avhengig av rullestol og sterkt bevegelseshemma personer. Det er også mulig å søke NAV/ NAV hjelpmiddelsentralen (bilenheden) om stønad til egen bil og grunnstønad til transport.. Har du fått slik stønad kan en ikke få innvilget TT billetter. Kommunen har et klart behov for egen buss med egen sjåfør.

I Sel kommune ble det fra februar -12 tatt i bruk elektroniske drosjerekvisisjoner for behandlingsreiser (dette gjelder fysioterapi og legetjeneste). NISSY som står for "Nasjonalt informasjonssystem for pasientreiser" og er et datasystem for elektronisk rekvisisjon og bestilling av pasientreiser. Dette benyttes av Helse Sør- Øst og en del kommuner. Erfaring tilsier at det sparer drosjesjåførene for en del arbeid, og det vil spare fysio- og legetjenestene for arbeid mtp å skrive drosjerekvisisjoner og følge opp disse. Det vil også gjøre det enklere



for pasientene / brukerne da de slipper å stå i kø på telefonen hos Pasientreiser Innlandet for å bestille seg skyss. Systemet oppleves meget sårbart for den kommunale fysioterapitjenesten som ikke har noe merkantil hjelp. Det er avhengig av fysisk tilgjengelighet for terapeuten og tilgjengelighet på sikker sone og personnr for bestilling / avbestilling. Systemet virker noe uferdig så det forventes at systemet forbedres.

Transport omhandles også i kommunens Omsorgsplan.

### **8.3.6 Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)**

BPA ordningen administreres i dag av virksomhetsområdet rehabilitering og tildeles brukere med behov for flere tjenester. BPA er ikke egentlig en egen tjeneste, men en alternativ måte og organisere tjenestene på. Det er en forutsetning for tildeling at bruker kan ivareta arbeidslederrollen. Målsettingen er at ordningen skal være et virkemiddel til å sikre funksjonshemmede likestilling og deltakelse i samfunnet gjennom brukerstyring og selvbestemmelse. Det er en lovpålagt tjeneste, men ikke rettighetsfestet. Det er mye diskusjon om ordningen bør rettighetsfestes. Kommunen har vedtatte kriterier for tildeling av tjenesten.

BPA omhandles også i kommunens Omsorgsplan.

### **8.3.7 Andre behov**

Behov for praktisk hjelp i hjemmet, omsorgslønn, avlastning, middagsombringing, trygghetsalarm, ledsagerbevis etc. omtales i sin helhet i kommunens Omsorgsplan. Retningslinjer for tildeling og egenandeler er vedtatt politisk og det henvises til disse. Noen tjenester er lovpålagte, andre ikke. Ingen er rettighetsfestet eller sier noe om omfanget. Ordningen med omsorgslønn er under vurdering og det ble lagt fram en offentlig utredning om dette i oktober 2011. ( NOU- 2011:17)

## 9 Handlingsplan

Det er et overordnet mål for tjenesteytingen for personer med nedsatt funksjonsevne at de skal oppleve forutsigbarhet og helhetlige tiltakskjeder hvor brukermedvirkning er ivaretatt både på individ – og systemnivå. Det er også et mål å implementere forslagene i denne planen i nødvendige kommunale planverk og at forslag som har økonomiske konsekvenser skal innarbeides i kommunens økonomi og kommuneplan og samkjøres med den mer overordna omsorgsplanen. Handlingsdelen vil også omfatte behovet for økte stillinger og kompetanse som også delvis blir ivaretatt i omsorgsplanen.

Forkortelser brukt i handlingsplanen:

KE – Koordinerende enhet

IOP – Individuell opplæringsplan

UU – Universell utforming

IP – Individuelle planer

TILTAK	Ressurs kr/Årsverk (2012 kr)	Planmessig forankring	Ansvar	Tidsramme
<b>Overordna organisatoriske tiltak</b>				
Oppnevne/sammensetting av KE, inkl. ledelse og organisatorisk tilknytning		Omsorgsplan /forskrift	Admin. ledergr./ Driftsutvalg	2012
<b>Tiltak for å oppfylle kravet om universell utforming</b>				
Etablere tverrfaglig fora for å oppfylle målsettingen med UU (Forstl: Repr.fra tekniske tjenester, boligktr., admin., ergoterap.og bruker)		Plan & Bygn. lov m/ forskrift	Admin. ledergr./ Driftsutvalg	h – 2012/ v - 2013
<b>IP – økt fokus på dette arbeidet</b>				
Definere systemansvaret for IP		Forskrift om Hab / rehab mv	KE	Prioriterte oppg. etter etablering av KE. Noe er utarbeidet og ligger i Kvaliteslosen
Ajorføre prosedyrer om IP i Kvalitetslosen + informere		Forskrift om Hab / rehab mv		
Alle eksisterende brukerplaner arbeides inn som en del av brukers IP (skolens IOP, planer fra NAV, pleieplan o.s.v.)				
<b>Medisinskfaglig ansvar – systematisering og økt fokus</b>				
Oppnevne rehabansvarlig lege			Helse- og medisinsk faglig ledelse ( kom.lege og kom.sjef)	Prioriterte oppgaver etter etablering av KE
Fastlegen/kommunelegen med i kommunens tverrfaglige team				
Ansvarlig lege for hab/rehab – fast funksjon i KE				
<b>Tverrfaglig arbeid og tverrfaglige fora</b>				
Opprydding i tverrfaglige fora mtp å redusere antall og øke kvalitet mv.			KE i samarb med admin.ledelse	h – 2012 / v-2013

TILTAK	Ressurs kr/Årsverk (2012 kr)	Planmessig forankring	Ansvar	Tidsramme
Vurdere systematisk gjennomføring av hverdagsrehabilitering		Omsorgsplanen		Søke prosjektmidler ved utlysning
<b>Opplæring-kompetanse</b>				
Opplæring/veil. i tverrfaglig arbeid		Forskrift om hab/rehab, individuell plan og koordinator.	Koord. Enhet / Tildel. enhet	Prioritere oppgaver etter etabl av KE
Bedre oppl. av personell på tvers av sektorer for å sikre samarbeid				
Skolering av pleiepersonalet Plo- tjenestene i forh. til rehabiliterende arbeid som innebærer tverrfagl. vurd.- og arbeidsformer.				
Skolere arbeidsleder- og assistent for BPA brukere				
Skolering innen hverdagsrehabilitering		Omsorgsplanen		Søke prosjektmidler
Kartlegge behovet for mer spisset rehabiliteringskomp.			Virksomhetsleder for rehabilitering	H 2012 / v- 2013
Økt fokus og kompetanseøkn. mtp pers. med kognitive vansker.			Virksomhetsled. for rehabilitering/ personal/fagstab	2012-13
Innarbeide opplæringsbehov i kompetanseplanen.			Personalavdeling	2012-13
<b>Personell – Ressurser – Kompetanse (Kommunalt)</b>				
Fagområdene i Sel kommune har over flere år varslet om manglende ressurser både når det gjelder kapasitet, faggrupper og tverrfaglig kompetanse. For å sikre best mulig rehabilitering bør det være et mål med en størst mulig faglig bredde i bemanningen				
Økt fysioterapiressurser i den kommunale tjenesten	1 årsverk Kr 400 000	Inn i kommunal Kompetanse plan	Rehab.tjen/ admin led.	Samkjøres med omsorgsplanen og arbeides inn i økonomiplan og årsbudsjett
Økt ergoterapiressurser	1 årsverk Kr 500 000			
Psykiatrisk sykepl.evt psyk. vernepl.(helsearbeider) også utenom direkte arb i psykisk helsetjeneste	½ årsverk Kr 260 000			
Psykolog knytta opp mot kommunens psyk. helsetjeneste og legetjeneste	½ årsverk 450 000			
Folkehelsekoordinator	½ årsverk 250 000			
Leder Frisklivssentral	½ årsverk 250 000			
Logoped	½ årsverk			
Bedre utnyttelse av felles ressurser av de kommunale og private fysioterapitjen.	tilplikting	Omsorgsplan/ LMS/ Region	Kommunalsjef/ komunestyret	Snarlig
			Rehab.leder / kommunefysiot.	kontinuerlig

TILTAK	Ressurs kr/Årsverk (2012 kr)	Planmessig forankring	Ansvar	Tidsramme
Øke voksenopplær.ressurser mtp behov for spes. opplær. etter skade, pga mangelfull opplær. og behov for opplær. på grunnskolenivå	½ årsverk  Ca 300 000		Rehab.tjen/ voksenopplæring/ admin led.	H – 2012 –v/ 13 Arbeides inn i økonomiplan og årsbudsjett
<b>Personell – ressurser – Kompetanse ( NGLMS / Interkommunalt)</b>				
Psykolog tilknyttet LMS/ DPS evt kommunale ressurser.	½ årsverk 450 000	Inn i regional kompetanseplan, regional øk.plan, de enkelte kommunenes planverk inkl øk.plan med ressursfordeling.	Leder NGLMS sammen med regionene og de enkelte kommunene ved 6K Helse.	Jfr behov for kommunale stillinger. Sees i sammenheng. Arbeides inn i økonomiplan og årsbudsjett
Logopedressurser tilknyttet LMS evt kommunale ressurser	1 årsverk			
Sosionomressurs retta mot rehabilitering ved NGLMS.	½ årsverk 250 000			
<b>Fagsystem</b>				
Etablering av Web basert programvare for IP.	Ca 120 000		KE	Budsjett 2013- 14
IOP integrert i fagsystem for IP (Ligger som mulighet i Sampro)	Mulig m økt kostnad		KE/Skolene/PPT	
<b>Samarbeid med LMS og Sykehuset Innlandet HF</b>				
I samarbeid med Sykehuset Innlandet HF, og LMS utarbeide felles vurderingsskjema for å lette felles ansvar / arbeid med rehab. og sikre at bruker får et tilbud på riktig nivå			KE sammen med leder av NGLMS	
<b>Oppgaver relatert til arbeid</b>				
Systematisere arbeidet med å få folk tilbake til arbeid (arbeidsrehab.)			Rehab/ personal/ NAV/ Andre samarb.parter	
<b>Oppgaver relatert til fritid</b>				
Avklare behov for å etablere ordning med fritidsass. m/ øk. konsek v			Rehab.leder / KE	2013
Avklare org.treningskontakt				
<b>Annet</b>				
Styrke dagtilbud demente				
Styrke dagtilbud yngre med funksjonshemninger				
Styrke tilbud om tilrettelagt transport	Sikre sjåfør i kom. bil			
Styrke tjenesten BPA ved opplæring av assistenter og arbeidsledere				
Org.av dagtilbud rehab.				

## Litteratur- / Referanseliste

- Bredland, Vik, Linge (1996) *Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeidet*. Universitetsforlaget.
- FN's standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemming(1993)
- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2001)
- Forskrift om individuell plan. 2004
- Handlingsplan for Habilitering av barn og unge (2009)
- Lauvås, Kjersti og Per (1994). *Tverrfaglig samarbeid. Perspektiv og strategi*. Oslo, Tano
- Lie, Ivar (1996) *Rehabilitering og habilitering*. Ad Notam, Gyldendal.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. (2012)
- Lov om folkehelsearbeid (2012)
- Lov mot forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven) (2008)
- Lov om offentlige styresmakters ansvar for kulturverksemd (Kulturlova) ( 2007)
- Lov om folketrygd (1997)
- Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova) (1998)
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (1999)
- Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø mv.(2005)
- Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (Arbeids- og velferdsforvaltningsloven) (2006)
- Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen ( 2009)
- Nasjonal helseplan (2007 – 2010) Særtrykk av St.prp.nr 1 ( 2006 – 2007, kap 6)
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011
- NOU 2000: 27 ”Sykefravær og uførepensjonering, et inkluderende arbeidsliv”
- NOU 2004:18: ”Helhet og plan i sosial og helsetjenestene”
- NOU 2010:5 ”Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering – Et helhetlig hjelpemiddeltilbud.”
- Plan og bygningslov med teknisk forskrift av 27 juni 2008..
- Regjeringens handlingsplan for økt tilgjengelighet for personer med nedsatt funksjonsevne. Plan for universell utforming innen viktige samfunnsområder (2004)
- Samarbeidsavtale mellom NAV og Sel kommune av 2012
- St.melding 21 (1998 – 99) *Ansvar og meistring – Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk (Rehabiliteringsmeldinga)*.
- St. melding nr. 40 (2002 – 2003): *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer*.
- St. melding nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringer* (Omsorgsplan 2015),
- St.meld nr 47 (2008 – 2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*.
- Strategiplan habilitering av barn (2004)
- Norges Blindforbund (2005) *Tilgjengelighetsguide for offentlige bygg med sjekklste*.
- Hørselshemmedes landsforbunds tilgjengelighetsguide: *Hvordan skape et tilgjengelig samfunn for hørselshemmede*.

## Vedlegg

Kommunestyresak 62/12: Kommunedelplan for omsorgstjenester i Sel kommune 2012 – 2020 – delplan ReHabilitering