

**SØRFOLD KOMMUNE**

# **Plan for habilitering og rehabilitering**

## **Samarbeid og samordning**

November 2017

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

## **Innhold:**

### **1. FORORD**

### **2. KOORDINERENDE ENHET**

### **3. MÅLGRUPPE/ BRUKERE**

3.1 Hvem kan ha behov for habilitering/ rehabilitering?

3.2 Brukermedvirkning

3.3 Universell utforming/ god tilrettelegging

3.4 Individuell plan

3.5 Hverdagsrehabilitering

### **4. ORGANISERING**

### **5. SAMARBEID I KOMMUNEN**

5.1 Ansvarsgruppe

5.2 Tiltaksmøte

5.3 Torsdagsmøte

5.4 Tilrettelagte tjenester

### **6. LOVER, FORSKRIFTER OG ANDRE STYRINGSdokumenter**

6.1 Helse- og omsorgstjenesteloven

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

6.3 Opplæringsloven

6.4 Forskrift om habilitering / rehabilitering

6.5 Forskrift om individuell plan

### **7. SATSNINGSOMRÅDE**

### **8. RULLERING**

## 1 FORORD

Det fødes barn med medfødte funksjonsnedsettelse, så også i Sørfold. For å legge til rette for utvikling og at de oppnår et optimalt funksjonsnivå senere i livet, har disse barna ofte behov for tiltak og hjelp fra flere tjenester samtidig. Disse tjenestene må samarbeide og samordne seg for å kunne gi nødvendig hjelp. Vi snakker her om habilitering.

Andre innbyggere har med bakgrunn i sykdom eller skade ervervet en funksjonsnedsettelse senere i livet. For å hjelpe disse menneskene til størst mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet, er disse menneskene ofte i behov for samordnet helsehjelp fra flere instanser. Dette kalles rehabilitering.

Med bakgrunn i Stortingsmelding nr. 21 (1998 – 1999) *Ansvar og mestring - mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk og Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017 – 2019*, arbeider Regjeringen med å styrke brukerstyringen av tjenestene, samt gjøre en forskriftsendring der definisjonen av habilitering og rehabilitering får en bredere betydning.

En plan for habilitering og rehabilitering skal sikre at personer med ulike behov får tilbud om samordnede og tilpassede tjenester. Dette har som mål å medvirke til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverd og deltakelse.

Målgruppen er alle som har behov for assistanse for å oppnå eller vedlikeholde sin optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle, psykiske og sosiale funksjonsnivå. Ofte krever slike tiltak det en samordnet innsats fra flere yrkesgrupper og tjenesteområder.

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

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

## 2 KOORDINERENDE ENHET

Med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 skal hver kommune ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Ansvar og oppgaver er utdypet i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

### Målet er:

- ✓ Brukere med behov for koordinerende tjenester skal vite hvor de skal henvende seg for å få hjelp.
- ✓ Brukere skal oppleve tjenestetilbudet som samordnet, koordinert, og individuelt tilpasset.
- ✓ Brukerne skal oppleve at brukermedvirkning fungerer, og at tiltak og tjenester tar utgangspunkt i den enkeltes ressurser.
- ✓ Å gi mennesker med nedsatt funksjonsevne livskvalitet og mestring i hverdagen. Universell utforming ligger til grunn for utformingen av kommunens tjenester, planer, nybygg, m.m.

### Oppgavene til koordinerende enhet

- ✓ Registrere habiliterings- og rehabiliteringsbehov.
- ✓ Befinne seg på fast adresse og knutepunkt for samarbeid mellom kommunene, fylket og statlige institusjoner for å sikre brukernes behov for tjenester.
- ✓ Sikre gode rutiner for opplæring og utarbeidelse av individuell plan og å ha oversikt over opprettede individuelle planer i kommunen.
- ✓ Ha oversikt over ansvarsgruppene i kommunen.
- ✓ Sikre brukermedvirkning.
- ✓ Være lokal pådriver for kompetanseheving av habilitering og rehabilitering.
- ✓ Ha oversikt over behov og kapasitet i kommunen sine rehabiliteringsavdelinger/ - tjenester.
- ✓ Være i nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten.
- ✓ Samarbeide med brukerorganisasjoner.
- ✓ Evaluere kommunens rehabiliteringsplan.

### Koordinerende enhet

I Sørfold kommune utgjør disse stillingsinnehaverne koordinerende enhet:

- ✓ Konsulent tildeling (sykepleier) (leder)
- ✓ Kommunalt ansatt ergoterapeut
- ✓ Kommunalt ansatt fysioterapeut

### **3 MÅLGRUPPE/ BRUKERE**

#### **3.1 Hvem kan ha behov for habilitering/ rehabilitering?**

- ✓ Personer med medfødt funksjonssvikt.
- ✓ Personer som på grunn av skade eller sykdom har hatt et brått fall i evnen til å fungere i dagliglivet
- ✓ Personer med gradvis synkende funksjonsevne over tid.
- ✓ Personer med kroniske sykdommer.
- ✓ Personer med fysiske, psykiske og sosiale problemer.
- ✓ Personer med problemer på grunn av misbruk av alkohol eller narkotiske stoffer.
- ✓ Personer som trenger hjelp til planlegging av nye situasjoner i livet, til overgang fra barnehage til skole, mellom ulike skoler, fra skole til arbeidsliv og ny bosituasjon.

#### **3.2 Brukermedvirkning**

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

Som nevnt i forordet, arbeider Regjeringen pr. tiden med å styrke brukerstyringen av tjenestene, samt gjøre en forskriftsendring der definisjonen av habilitering og rehabilitering får en bredere betydning. Imidlertid legges til grunn at også i dag skal brukermedvirkning stå sentralt i prosessen.

Tjenestene skal vise respekt for den enkelte sitt menneskeverd. Utgangspunktet skal være menneskets egen rett til selv å bestemme over vitale livsforhold og til å formulere sine egne mål. Et brukerperspektiv vil sikre i størst mulig grad av egen kontroll over prosessen. Dette innebærer at brukerne blir tatt med i en regelmessig evaluering og kvalitetssikring av tjenestene.

#### **3.3 Universell utforming/ god tilrettelegging**

- ✓ Universell utforming betyr at omgivelsene og produkter er utformet slik at de kan brukes i størst mulig grad, uten behov for tilpassing eller spesiell utforming.
- ✓ En forutsetning for å oppnå deltakelse i samfunnet, er tilgjengelighet.
- ✓ For å oppnå god tilgjengelighet handler det om god og kompetent planlegging og utforming av uteområder, bygninger, transport og produkt. For brukerne er universell utforming et virkemiddel for likestilling, for på den måten å kunne unngå diskriminering.

### 3.4 Individuell plan

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

Sørfold kommune vil nyttiggjøre seg av det internettbaserte samarbeids- og koordineringsverktøyet Visma Flyt SamPro i arbeidet med individuelle planer, habilitering og rehabilitering.

### Hverdagsrehabilitering

J.fr. vedlegg 2: hverdagsrehabilitering i Sørfold kommune  
Lengst mulig i egne liv – egne hjem.

Hverdagsrehabilitering er forebyggende- og rehabiliterende tiltak mens brukeren bor hjemme. Målgruppen er ofte hjemmeboende eldre mennesker. Målet er at brukeren skal kunne mestre dagliglivets gjøremål.

Hverdagsrehabilitering er en tverrfaglig innsats der ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleiere med kompetanse på rehabilitering, er faglige pådrivere og står for opplæring av øvrige ansatte i hjemmetjenesten.

Hverdagsrehabilitering er basert på en intensiv innsats i oppstarten, og gradvis avvikling etter som aktivitetsfunksjonene bedres. For å sikre kontinuitet etableres det ei ansvarsgruppe rundt den enkelte bruker.

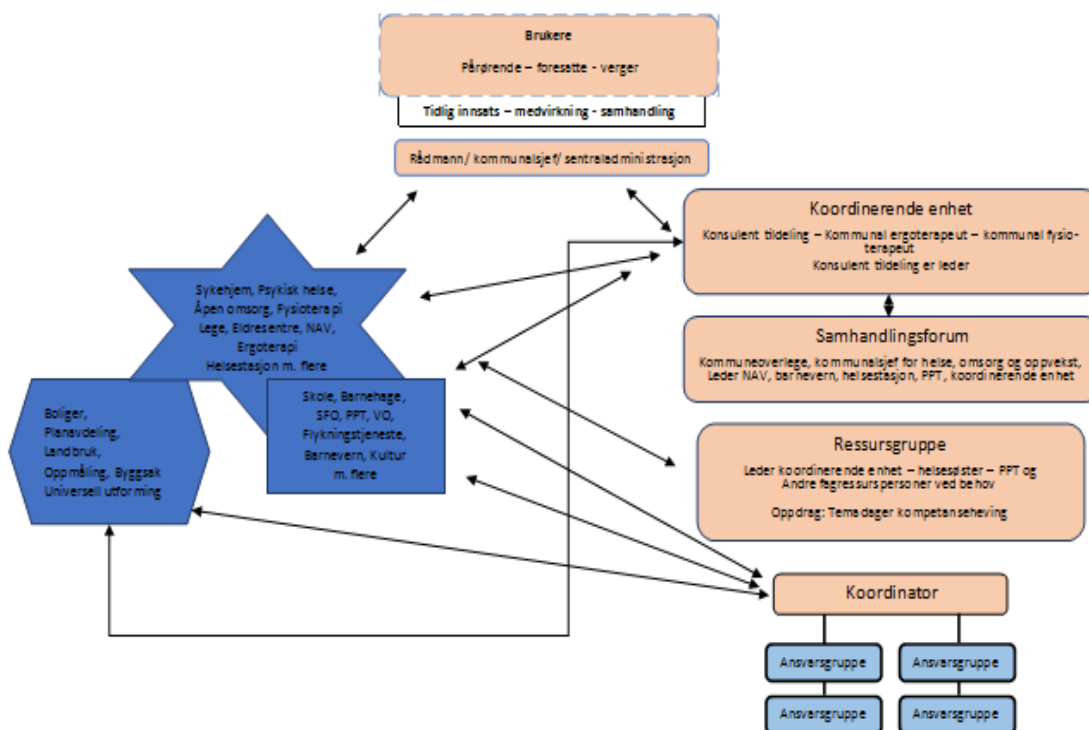
Hverdagsrehabilitering er nærmere beskrevet i et eget vedlegg til denne planen.

## 4 ORGANISERING

- ✓ Lov om Kommunale helse- og omsorgstjenester m. m. § 7-3 *Koordinerende enhet*, pålegger kommunene å opprette en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene. Tjenesten skal være synlig og lett tilgjengelig for brukere og samarbeidspartnere.
- ✓ En fast person skal være leder for den koordinerende enheten i kommunen. I Sørfold er det konsulent ved tildelingskontoret.
- ✓ Koordinerende enhet er administrativt tilknyttet det kommunale tildelingskontoret (omsorgstjenesten). Enheten er forankret i overordnet ledernivå (rådmann og kommunalsjef), og har styringsmyndighet på tvers av sektorer og virksomheter.
- ✓ Koordinerende enhet har en ressursgruppe rundt seg. Gruppen består av leder av koordinerende enhet, helsesøster og leder for PPT . Gruppen knytter til seg flere fagpersoner ved behov.

- ✓ Ressursgruppen vil bl.a. ha ansvar for å arrangere temadager i kommunen, med sikte på nødvendig kompetanseheving. Opplæringstiltak kan organiseres gjennom RKK.
  - ✓ Ressursgruppen skal minst møtes 4 ganger pr. år.
  - ✓ Habiliterings- eller rehabiliteringssaker som vil kreve koordinerende tiltak på tvers av sektorer og fag skal meldes til koordinerende enhet. Leder for koordinerende enhet skal drøfte saken med den/ de det gjelder, og melde saken opp til møte i et samhandlingsforum der disse deltar:
    - kommuneoverlege
    - kommunalsjef for helse og omsorg og oppvekst
    - leder NAV
    - barnevern
    - helsestasjon
    - PPT
    - koordinerende enhet .
- Møte i samhandlingsforumet avholdes første tirsdag i måneden.
- ✓ Koordinerende enhet skal ta stilling til saken og har myndighet til å fatte vedtak om opprettelse av individuell plan og å nedsette ansvarsgruppe.

Tverrsektoriell samhandlingsmodell, Sørfold kommune



2. linjetjenester, brukerorganisasjoner, lag og foreninger, nærmiljø

## 5 SAMARBEID I KOMMUNEN

### 5.1 Ansvarsgruppe

J.fr. vedlegg 1: Retningslinjer for arbeid i ansvarsgrupper i Sørfold kommune.

I Sørfold kommune arbeider vi etter en modell med bruk av ansvarsgrupper.

Målet er å samordne tjenestene bedre.

Ei ansvarsgruppe er et formalisert og tidsavgrenset samarbeidsforum for tjenestemottakere, pårørende og tjenesteutøvere, både på første- og andrelinjenivå.

Formålet med ei ansvarsgruppe er å samordne tiltak fra ulike yrkesgrupper og fagfelt. Ansvarsgruppen er et redskap i koordinering når tjenestemottaker ønsker det.

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

### 5.2 Møte i samhandlingsforum (første tirsdag i måneden).

Møte i samhandlingsforum mellom helse-, omsorg, oppvekst og NAV i Sørfold avholdes første tirsdag i måneden. Leder i koordinerende enhet forbereder og kaller inn til møte.

Hensikten er at det skal være enkelt å nå sentrale personer i sentrale stillinger.

Faste medlemmer er:

- ✓ Kommuneoverlegen
- ✓ Kommunalsjef helse, omsorg og oppvekst
- ✓ Leder NAV
- ✓ Barnevern
- ✓ Helsestasjon/ helsesøster
- ✓ PPT
- ✓ Koordinerende enhet

### 5.3 Tilrettelagte tjenester

Disse tjenestene inngår i tilrettelagte tjenester:

- ✓ Koordinerende enhet
- ✓ Helsestasjonen
- ✓ Legetjenesten
- ✓ PPT
- ✓ Hjemmetjenesten
- ✓ Ergoterapitjenesten
- ✓ Fysioterapitjenesten



- ✓ Logoped
- ✓ Korttids- og rehabiliteringstjeneste i institusjon
- ✓ Tjeneste tilknyttet rus og psykisk helse
- ✓ Dagsenter for voksne og eldre
- ✓ NAV
- ✓ Tannlegetjenesten
- ✓ Aktivitetshus
- ✓ Sans- og aktivitetssenter
- ✓ Familievernkontoret
- ✓ Barnevernet
- ✓ Tekniske tjenester, brøyting, strøing
- ✓ Kommunalt råd for universell utforming

Informasjon om de ulike tjenestene er å finne på [www.sorfold.kommune.no](http://www.sorfold.kommune.no)

## 6 LOVER, FORSKRIFTER OG ANDRE STYRINGS-DOKUMENTER

### 6.1 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helsetjenesteloven)

I Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3-2 *Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester* heter det:

« For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
  - a. helsetjeneste i skoler og
  - b. helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselsomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
  - a. legevakt,
  - b. heldøgns medisinsk akuttberedskap og
  - c. medisinsk nødmeldetjeneste
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
  - a. helsetjenester i hjemmet
  - b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt,
  - c. plass i institusjon, herunder sykehjem og
  - d. avlastningstiltak

Kongen i statsråd her gitt forskrift med nærmere bestemmelser om krav til innhold i flere av tjenestene. For habilitering og rehabilitering er det fastsatt egen forskrift: *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.*

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

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

I meldingen heter det blant annet:

Sosial- og helsedepartementet vil:

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

I tillegg til kommunenes ansvar, omtaler meldingen spesialisthelsetjenestens-, fylkeskommunens- og statens ansvar for rehabilitering.

## **6.3 Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa** (Opplæringsloven)

Pedagogisk- psykologisk tjeneste (PPT) er hjemlet i opplæringsloven, og er en tjenester for barn, unge og voksne med særlige opplæringsbehov. PPT skal bidra til at barn, unge og voksne med særlige behov får gode og likeverdige opplærings- og utviklingsmuligheter. Tjenesten skal hjelpe skolene i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling, og legge opplæringen bedre til rette for elever med særlige behov. Den pedagogisk-psykologiske tjenesten skal sørge for at det blir utarbeidet sakkyndige vurderinger der loven krever det. Tjenesten skal samarbeide andre tjenester som for eksempel psykiatriske poliklinikker, helsestasjoner, NAV og barnevern.

Lovens § 15-5 hjemler at skolen skal, når det er nødvendig for å ivareta elevenes behov for en helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, delta i

samarbeid om utarbeidelse og oppfølging av tiltak og mål i individuell plan hjemlet i annen lov.

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

Formålet med Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator er å:

- ✓ Sikre at personer som har behov for habilitering og rehabilitering tilbys tjenester som kan bidra til egen læring, motivasjon, øket funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse.

Forskriften sikrer at tjenestene blir gitt:

- ✓ ut fra et brukerperspektiv
- ✓ samordnet, tverrfaglig og planmessig
- ✓ nærmest mulig tjenestemottaker sitt kjente miljø
- ✓ i en meningsfylt sammenheng

#### **6.5 Forskrift om individuell plan**

Den som har behov for langvarige og koordinerte helse-, omsorgs og/ eller sosiale tjenester har **rett** til å få utarbeidet individuell plan. Rett til individuell plan betyr at tjenestemottaker har rett til en plan som viser et helhetlig tjenestetilbud, som sammenfatter behov og tiltak. En individuell plan gir ikke rettskrav på bestemte tjenester eller omfang av disse. Planen skal skissere nødvendige tiltak, hvem som er ansvarlig på ulike nivå, hvordan de ulike skal tilpasses den enkelte sine behov, samt hvem som er samarbeidspartnere sammen med tjenestemottaker.

Individuell plan skal omfatte alle tjenesteområder og forvaltningsnivå. Det er viktig at planer som bli utarbeidet for en bruker, som for eksempel individuell opplæringsplan, omsorgsplan, tiltaksplaner m.m. blir samordnet og tilpasset den overordnede individuelle planen.

## 7 SATSNINGSOMRÅDE/ HANDLINGSPLAN

Nr.	Satsningsområde	Ansvar	Frist
1	Det gis informasjon om habilitering og rehabilitering. Informasjonen skal være tilgjengelig for alle og det skal være lett å finne fram til tjenestene via kommunens hjemmeside.	Rådmannen med delegasjon til omsorgstjenesten og webredaktør	Januar 2018
2	Habilitering, rehabilitering og individuell plan skal forankres i hele kommuneorganisasjonen. Kommunens øverste ledelse skal legitimere arbeidet.	Rådmannen	Mars 2018
3	Det skal være tilstrekkelig fagpersonell som kan legge til rette for et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud til de som trenger det.	Rådmannen med delegasjon til kommunalsjef drift	Juni 2018
4	Det tilsetning kommunal fysioterapeut.	Rådmannen	Juni 2018
5	Kjøre inn og implementere det internettbaserte samarbeids- og koordineringsverktøyet Visma Flyt SamPro i arbeidet med individuelle planer, habilitering og rehabilitering.  <a href="https://www.visma.no/unique/sampro/">https://www.visma.no/unique/sampro/</a>	Rådmannen med delegasjon til omsorgstjenesten	Snarest
6	Det frigjøres plasser til korttid- og rehabiliteringsopphold.	Rådmannen med delegasjon til enhetsleder institusjon	Januar 2018
7	Det etableres boliger og aktivitet/ arbeid for dem som trenger det. J.fr. Boligsosial plan	Rådmannen	Januar 2018
8	Gi kompetanseheving på fagområdet habilitering og rehabilitering.	Rådmannen med delegasjon til ressursgruppen	Januar 2018
9	Avklare samarbeidsrelasjonene til PPT.	Rådmannen	Januar 2018
10	Øke dagsentertilbudet.	Rådmannen	Januar 2018
11	Etablere hverdagsrehabilitering.	Rådmannen	Juni 2018

## 8 RULLERING

Planen rulleres hvert 4. år.

## Vedlegg 1



# RETNINGSLINJER FOR ARBEID I ANSVARSGRUPPER MED ELLER UTEN IP. SØRFOLD KOMMUNE

### HVA ER EN ANSVARSGRUPPE?

En ansvarsgruppe er en kommunal gruppe som i samarbeid med person evt. foresatte og / eller person planlegger, iverksetter og følger opp støttetiltak rundt personer med omfattende sammensatte behov for hjelp fra flere kommunale instanser.

### OPPNEVNELSE AV KOORDINATOR

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester eller helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, j.f. helse og omsorgstjenesteloven § 7-2. Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller bruker ønsker individuell plan.

Koordinator 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.

### KOORDINATORS OPPGAVER

Eksempler på koordinators oppgaver:

- Sikre informert samtykke fra pasient og bruker til oppstart av planprosess og informasjonsutveksling.
- Legge til rette for at pasient, bruker og eventuelt pårørende deltar i arbeidet.
- Avklare ansvar og forventning.
- Sikre god informasjon og dialog med pasient og bruker, eventuelt pårørende, gjennom hele prosessen.
- Sikre helhetlig kartlegging med utgangspunkt i pasient og brukers mål, ressurser og behov.
- Sikre god samhandling mellom aktørene i helsetjenesten, herunder fastlegen som har det medisinskfaglige koordineringsansvaret, samt med relevante tjenesteytere i andre sektorer.
- Sikre samordning av tjenestetilbudet og god fremdrift i arbeidet med individuell plan.
- Sikre felles forståelse av målene i planprosessen.
- Initiere, innkalle og eventuelt lede møter knyttet til individuell plan og koordinering.
- Følge opp, evaluere og oppdatere plandokumentet.
- Følge opp og evaluere arbeidsprosessen

## **ETABLERING AV ANSVARSGRUPPE**

- Bruker/ foresatte informeres om ansvarsgruppens ansvar og funksjon.
- Ansvarsgruppen etableres etter personens/foresattes ønske. Gruppen består av personer og tjenester som er tett på person.
- Medlemmene i gruppa er faste og ikke flere enn 6. Andre kan innkalles ved behov.
- Det velges/oppnevnes koordinator. Personens og evt. foresattes ønske tillegges vekt.
- Koordinator skal ha en relasjon til bruker.

## **ANSVARSGRUPPAS OPPGAVER**

- Avklare roller og forventninger hos deltagerne i gruppa.
- Foreta nødvendig utredninger/kartlegginger av personens ressurser og behov.
- Sikre at det settes opp mål, utarbeide tiltak og gjennomføre og evaluere disse. Oppgave og ansvarsfordeling.
- Informere om og skrive Individuell Plan (IP)

## **ARBEIDSFORDELING**

Koordinator har ansvaret for:

- Drive gruppa i tråd med retningslinjene.
- Holde kontakt med personen/foresatte i forkant av møtene og avklare deres behov/ønsker.
- Sette opp og sende ut møteinnkalling med sakliste. Eventuelt innkalle andre fagpersoner.
- Være møteleder og sikre at referat blir skrevet etter gjeldende retningslinjer og godkjent i ansvarsgruppa. Avklare hvem som skal ha tilsendt referatet.
- IP utarbeides når det er innvilget.
- Evaluere arbeidet i gruppa etter avtalt plan – minimum hvert 2. år.

Medlemmene i ansvarsgruppa skal:

- Møte forberedt til møter
- Avklare sine fullmakter/sitt mandat før møtet
- Skrive referat etter avtalt rutiner
- Melde inn saker til koordinator i god tid før møter

## **SAKER ANSVARSGRUPPE IKKE SKAL BEHANDLE:**

- Misnøye med personells eller tjenesters manglende oppfølging - tas direkte med aktuell person eller tjeneste.
- Klage på ressurstildeling eller lignende (følger vanlig saksgang ved klager)
- Opplæring/veiledning i forhold til gjennomføring av konkrete tiltak (samarbeidsmøter eller basismøter skal brukes)
- Uklarhet / uenighet mellom faginstanser

## **AVSLUTNING**

- Ansvarsgruppa avvikles når det ikke lenger er behov for den.

- Ansvarsgruppa kan gjenopprettes endring i behov.

Når det er aktuelt med deltagelse fra barnevernet i allerede etablerte grupper, skal koordinator i gruppa sammen med representanten fra barnevernet og foresatte (evt. ungdommen) avklare roller og forventinger i forkant av først møte.

**Disse retningslinjer er gjeldene for alle ansvarsgrupper i Sørfold og er vedtatt av Kommunestyret.**

## Vedlegg 2



### **HVERDAGSREHABILITERING I SØRFOLD KOMMUNE**

Lengst mulig i egne liv – egne hjem.

#### **HVERDAGSREHABILITERING**

De fleste eldre ønsker å være aktive og bo heime i egne hjem lengst mulig. Mange ønsker å fortsette å bestemme over egne liv.

Den enkelte sine ressurser, interesser og mål står sentralt i hverdagsrehabiliteringen. Hverdagsrehabilitering har fokus på de aktivitetene som er viktig for den enkelte her og nå, der målet er økt livskvalitet og egen mestring.

#### **HVA ER HVERDAGSREHABILITERING?**

Hverdagsrehabilitering er:

- ✓ tidsavgrenset opptrening i daglige gjøremål i eget hjem.
- ✓ en prosess der ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier kartlegger den enkeltes funksjon, og i samarbeid med den enkelte bruker utarbeider mål som denne mener å kunne mestre i egen hverdag.
- ✓ ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier i samarbeid med den hjemmebaserte omsorgen, samhandler slik at den enkelte bruker når sine mål.

#### **Eksempler på aktiviteter som kommer inn under hverdagsrehabilitering:**

- ✓ å gå i trapper
- ✓ å dusje selv
- ✓ å komme seg selv inn og ut av senga
- ✓ å lage egne måltid
- ✓ å kle seg selv
- ✓ å handle i butikken
- ✓ å gå ute
- ✓ å delta i sosiale aktiviteter eller hobbyer som er viktig for brukeren
- ✓ å gjøre husarbeid
- ✓ å hente posten



## **HVA KAN BRUKEREN FORVENTE AV KOMMUNEN?**

Trenings- og øvelsesarenaen vil være brukerens eget hjem. Sammen med brukeren skal ansatte i tjenestene hjelpe til, trene og øve på det som er viktig for brukeren i dagliglivet.

For å oppnå dette, arbeider vi intensivt sammen med brukeren i en rehabiliteringsprosess over en avtalt periode. Resultatene evalueres og mål justeres underveis.

## **HVA FORVENTER KOMMUNEN AV BRUKEREN?**

At brukeren er motivert til å gjøre en innsats for å gjenvinne det han/hun mestrer tidligere, slik at brukeren i størst mulig grad kan fortsette å være selvhjulpen i eget hjem.

## **MÅLGRUPPE**

- ✓ Brukere som søker helse- og omsorgstjenester fra kommunen for første gang, eller de som søker om utvidede tjenester.
- ✓ Brukere over 18 år.
- ✓ Brukere som har vært innlagt på sykehus/ sykehjem og opplever behov for hjelp i hverdagen etter sykdom eller skade.
- ✓ Brukere som bor hjemme, men ikke lenger har samme funksjon som før og som strever med å mestre daglige gjøremål som for eksempel personlig stell, matlaging eller andre viktige aktiviteter.
- ✓ Brukere som ønsker å være aktive og bo hjemme.
- ✓ Brukere som er motivert til å klare seg selv.
- ✓ Brukere som har noe hjelp i hverdagen, men som kanskje har behov for mer hjelp.
- ✓ Brukere med kognitiv funksjon som gjør at de kan nyttiggjøre seg hverdagsrehabilitering.

## **SØKNAD**

Søknad om hverdagsrehabilitering rettes til koordinerende enhet i kommunen.