

Rehabiliteringsplan for Ulvik herad

2018-20121



Eit Ord

Eit ord
~ ein stein
i ei kald elv.
Ein stein til –
Eg må ha fleire steinar
Skal eg koma over.

Olav H. Hauge
«Dråpar i austavind» (1966)

Innholdsfortegnelse

1.0 Innleiing	3
1.1 Føreord	3
1.2 Føremål med rehabiliteringsplan	4
1.3 Samanheng med anna planverk	4
2.0 Definisjonar og arbeidsmåtar innan re-/habiliteringsfeltet.	4
2.1 Habilitering	4
2.2 Rehabilitering	5
2.3 Brukarmedverknad.	6
2.4 Pasient og brukarrettar	6
2.5 Samtykkekompetanse	7
2.6 Koordinerande eining for re-/habilitering	7
2.7 Hjelpemidlar og ergonomiske tiltak	8
2.8 Individuell plan	8
2.9 Koordinator	9
3.0 Lovgrunnlag	10
3.1 Helse- og omsorgstenestelova (2011)	10
3.2 Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator	11
3.3 Pasient – og brukarretighetslova	11
3.4 Folkehelselova	11
3.5 Spesialisthelsetenestelova	12
4.0 Organisering/ressursar i heradet	13
4.2 Aktørar og samarbeidspartar innan re-/habilitering	14
4.2.1 Helse Bergen - det regionale helseføretaket.	15
4.2.2 Helse Bergen - Voss sjukehus.	15
4.2.3 Samarbeidsrådet i Voss og omland lokalsjukehusområde	16
4.3.4 Læring-og mestringsnettverk - Helse Bergen.	17
4.3.5 Interkommunalt samarbeid/ andre kommunar	17
5.0 MÅLGRUPPE/BEHOV	17
5.1 Kven treng re-/habiliteringstilbod i Ulvik herad?	17
5.2 Problemområde og behov	19
5.3 Systemretta arbeid	19
5.3.1 Rekruttere og behalde kompetanse	20
6.0 Kjelder	21

1.0 Innleiing

1.1 Føreord

Ulvik sin fyrste rehabiliteringsplan vart utarbeidd i 1995 av kommunelækjar Bilsbak, seinare same år blei kommunalt rehabiliteringsteam oppretta.

Den fyrste rehabiliteringsplanen vart revidert i 1998 av kommunalt rehabiliteringsteam med fysioterapeut Torunn Hovland Ljone som sekretær. I 2007 vart planen revidert for andre gong, då med dåverande ergoterapeut Magnhild Branstveit som sekretær. Sidan den gong har det kome ein del nytt lovverk, og kommunalt rehabiliteringsteam har skifta namn til koodinerande eining for re - /habilitering.

Ny revidering av plan som no føreligg er utført av koordinerande eining med ergoterapeut Reidun Stavestrand som sekretær.

Desse har vore med:

Avd.sjukepl. open omsorg	Inger Djønne Vambheim
Ergoterapeut	Reidun Stavestrand
Helsesyster	Gunnlaug Lekve
Kommunelækjar	Unni Solem
NAV representant	Marianne Lindahn
Psykiatrisk sjukepleiar	Siri Håheim
Einingsleiar, helse - og omsorg	Kristin Liset
Sjukepleiar med vidareutdanning innan rehabilitering	Minna Øydvin

Høyringsinstansar har vore eldrerådet og kommunalt råd for funksjonshemma.

Planen bør evaluerast kvart 4. år.

1.2 Føremål med rehabiliteringsplan

Føremålet med rehabiliteringsplanen er å setje fokus på rehabiliteringsarbeidet som blir gjort i heradet. Ulvik herad skal ha eit samordna tilbod til personar med fysiske, psykiske og sosiale vanskar. Vi ynskjer og å skape ei sams forståing hjå dei tilsette i heradet om kva re-/habilitering innebær, i tillegg til at vi ynskjer å skape forståing for at re-/habilitering i større eller mindre grad gjeld *alle einingar i heradet*.

Planen skal vere eit arbeidsreiskap for alle som jobbar med rehabilitering, og den skal ha eit klart fokus på brukarmedverknad.

1.3 Samanheng med anna planverk

Rehabiliteringsplanen er ein delplan under helse - og omsorgsplanen som blei vedteken i 2013. Den må sjåast i samanheng med fleire andre delplanar i heradet, då rehabilitering femner om fleire områder i livet.

- Plan for psykisk helsevern
- Folkehelseprogrammet for Ulvik
- Plan for helse - og omsorg, dette er ein kommunedelplan

I 2018 skal det etter planen skrivast ein plan for demensomsorg.

2.0 Definisjonar og arbeidsmåtar innan re-/habiliteringsfeltet.

2.1 Habilitering.

Når det handlar om trening av funksjonar som manglar ved fødselen, og som dermed ikkje er tapt i ordets rette forstand, brukar ein ofte omgrepet habilitering. Det er mest brukt om tiltak for barn som er født med funksjonshemming.

Som eit felles omgrep for både born og vaksne brukar ein elles berre omgrepet rehabilitering med skrivemåte re-/habilitering i nyare lovverk.

2.2 Rehabilitering

St.meld. nr. 21 «Ansvaret og meistring» (1998-1999) definerar¹ rehabilitering slik:

”Rehabilitering er tidsavgrensa, planlagte prosessar med klare mål og virkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om og gje nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet”(s. 10).

I definisjonen går det fram at rehabilitering er noko meir enn berre behandling. Rehabilitering skal omfatte brukaren sin totale livssituasjon både fysisk, psykisk og sosialt. Brukaren sjølv skal ha ein aktiv rolle i rehabiliteringsprosessen, og det må takast utgangspunkt i den enkelte sine ressursar og føresetnadar. Målet er å gjere den det gjeld i stand til å fungere så godt som mogeleg i dagliglivet ut i frå egne føresetnadar og ynskjer. Tilbodet skal gjevast uavhengig av buform, det kan føregå i eigen heim, på institusjon eller der ein ferierar. Den kommunale helse- og omsorgstenesta skal og ved behov samarbeide med andre etatar (Forskrift om re/habilitering individuell plan og koordinator kap.3 §5). Rehabilitering er ein utprega tverrfagleg aktivitet, der ulike profesjonar deltek alt etter kva den enkelte treng bistand til.

I Ulvik jobbar ein etter LEON prinsippet. Det er Verdens helseorganisasjon (WHO) som har innført prinsippet om næromsorg. LEON står for Lågast Effektive OmsorgsNivå.

Prinsippet går ut på at alt førebyggjande og helsefremjande arbeid bør føregå i så nær tilknytning til heimemiljøet som mogeleg. I omgrepet næromsorg ligg ynskje om å kunne utnytte dei mogelegheitene og ressursane som ein finn i tilknytning til nærmiljø og sosialt nettverk. Prinsippet er nedfelt som en kommunal og fylkeskommunal forpliktelse gjennom gjeldande lovverk og i en rekke offentlige utgreiingar og planer.

¹ Det blir jobba med ein ny definisjon på rehabilitering, høyringsfrist var 09.11.2017. For meir informasjon sjå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---endring-av-forskrift-om-habilitering-og-rehabilitering-individuell-plan-og-koordinator--3.-definisjon-av-habilitering-og-rehabilitering/id2569861/>

2.3 Brukarmedverknad.

“Kommunen og det regionale helseforetaket skal sørge for at den enkelte pasient og bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Med gjennomføring menes planlegging, utforming, utøving og evaluering” (Forskrift for re-/habilitering, kap. 2, § 4).

Brukarperspektivet er sentralt i re-/habiliteringsprosessen, det føreset at brukar er aktivt med å velje tiltak og mål, og velje kva tiltak som skal prioriterast. Brukar skal og vere aktivt med i gjennomføringa av dei valde tiltaka.

Kommunen skal legge til rette for at pårørnde får delta på lik linje som tenestemottakar når det er aktuelt.

2.4 Pasient og brukarrettar

Som pasient har ein ulike rettar når behandlingsforløp skal veljast:

«Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8» (Pasient - og brukerrettighetsloven § 3-1).

Dersom det gjeld born under 18 år, skal dei takast med på råd:

«Barn under 18 år skal tas med på råd når barnets utvikling og modning og sakens art tilsier det.» (Pasient - og brukerrettighetsloven § 3-1).

2.5 Samtykkekompetanse

Å vurdere nokon si samtykkekompetanse er aktuelt når den det gjeld motset seg helsetenester. I denne samanhengen er samtykket eit løyve som gjev ein eller fleire andre rett til å utføre handlingar som utan slikt samtykke ville vore rettsstridige.

Hovudregelen om samtykke til helsehjelp er nedfelt i Pasientrettighetslova § 4-1, der det vert slått fast at helsehjelp berre kan gjevast med pasientens sitt samtykke, med mindre det føreligg lovheimel eller anna gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp utan samtykke.

“Dersom en pasient ikke har samtykkekompetanse, har vedkommendes nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten eller brukeren», jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 tredje ledd.

2.6 Koordinerande eining for re-/habilitering

Kommunalt rehabiliteringsteam er i lovverk kalla «*koordinerende enhet*» og har fylgjande hovudoppgåve:

“Den koordinerte enheten skal ha generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i kommunen og enheten skal være et kontaktpunkt for samarbeid. Koordinerende enheter er et viktig virkemiddel for å bedre samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale hjelpeapparatet”. (Forskrift om re-/habilitering § 6).

Dette betyr at eininga skal vere ein stad å henvende seg for dei som har behov for rehabilitering. Det skal og vere eit kontaktpunkt for interne og eksterne samarbeidspartar. Det er for tida ergoterapeut som er leiar for koordinerande eining, det er mogleg å ta kontakt med ho dersom ein har spørsmål.

2.7 Hjelpemidler og ergonomiske tiltak

For å kunne oppretthalde daglegdagse aktivitetar kan ein nytte seg av ulike tekniske hjelpemiddel og tilretteleggje dei fysiske miljøa til brukar. «*Kommunen skal sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte. Kommunen skal vurdere hjelpemidler som ett av flere alternative tiltak på grunnlag av pasientens og brukerens samlede behov. Om nødvendig skal kommunen be om bistand fra Arbeids- og velferdsetaten eller fra andre relevante instanser*» (Forskrift for re-/habilitering Kap.3 §9).

I Ulvik er det ergoterapeut som er kontaktperson for tekniske hjelpemiddel.

Dersom det er behov for tilrettelegging av bustad, kan ein ta kontakt med bustadgruppa i Ulvik herad. Ein kan då henvende seg til tenestetorget som vil formidle vidare kontakt.

2.8 Individuell plan

“Pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Vedkommende har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning pasienten og brukeren og pårørende ønsker det” (Kap 5.§16).

Individuell plan kan ikkje utarbeidast utan samtykke frå den det gjeld eller den som kan samtykke på vegne av vedkommande. Tilsvarande gjeld ved oppnemning av koordinator.

Individuell plan er eit verktøy for samarbeid mellom pasient/brukar og tenesteapparat. Det er spesielt aktuelt for dei som har behov for langvarige og koordinerte tenester. Kommunen si helse - og omsorgsteneste har hovudansvaret for at individuell plan vert utarbeidd. Unntak er når både spesialisthelsetenesta og kommunen er inne med tenester. Då er ansvaret for individuell plan delt og spesialisthelsetenesta skal bistå

kommunen i arbeidet med utarbeiding av plan. Planarbeidet må koordinerast, og det skal kun utarbeidast ein individuell plan for kvar enkelt pasient eller brukar.

Ulvik herad nyttar det digitale verktøyet SAMPRO for å lage individuell plan. Målet er at planen skal vere eit levande dokument, der aktørar frå fleire ulike tenester kan ha tilgang etter behov. Har pasient/ brukar behov for tenester frå andre tenestestyrar eller etatar, skal kommunen si helse- og omsorgsteneste samarbeide med dei. Den gruppa som blir oppretta for å jobbe saman med brukar om IP kallast ansvarsgruppe, og den er samansett av brukar (eller ein representant for brukar) og representant frå aktuelle faggrupper.

Den individuelle planen gjev ikkje pasienten/brukaren større rett til helse - og omsorgstenestar enn det som står i det øvrige lovverket. (Forskrift om re-/hab. Kap5. §16).

Om innhald i individuell plan seier Forskrift for re-/habilitering at:

“Den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte pasient eller brukar. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til vedkommendes etniske, kulturelle og språklige forutsetninger».

2.9 Koordinator

Det er helsetenesta i kommunen som skal tilby koordinator til pasient/brukar med behov for langvarige og koordinerte tenester. Dette gjeld uavhengig av om pasienten/ brukar ynsker individuell plan.

Koordinatoren skal syte for nødvendig oppfølging av plan og tiltaka rundt den det gjeld. Koordinator skal og sikre samordning av tenestetilbodet og framdrift i arbeidet med individuell plan (Kap. 5 § 16-23).

3.0 Lovgrunnlag

Heradet er pliktig å tilby naudsynte helse - og omsorgstenester til alle som oppheld seg i heradet. Nedanfor er det ei oversikt over lovverket Ulvik herad skal jobbe etter i utforming av tilbod om helse - og omsorgstenester til enkeltpersonar.

3.1 Helse- og omsorgstenestelova (2011)

Føremålet med denne lova er å førebyggje, behandle og tilrettelegge for meistring av sjukdom, skade, liding og nedsett funksjonsevne (§ 1-1). Den seier og noko om kva som er forventa at kommunane tek ansvar for: *“Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne”* (§ 3-1).

I § 3-2, punkt 5, står det at kommunen har ansvar for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Retten til re-/habilitering er altså heimla som eiga teneste i helse- og omsorgstenestelova.

Tenesta re-/habilitering kan tildelast i eige vedtak, eller heimlast i det tilbodet som vert gjeve. Ved for T.D korttidsplass i sjukeheim skal det i vedtaket presiserast at tilbodet inneheld re-/habilitering. Vedtak om sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering skal heimlast etter Helse- og omsorgstjenestelova § 3-2 punkt 5, jf. § 3-1. (Helse - og omsorgstenestelova, 2011).

3.2 Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

I §2, lova sitt virkeområde, står det noko om kva forskrifta gjeld: *«habiliterings- og rehabiliteringstjenester som tilbys og ytes etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven.*

I tillegg gjelder forskriften individuell plan som skal utarbeides etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1 og oppnevning av koordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a.»

3.3 Pasient – og brukarretighetslova

Som pasient og brukar, har ein nokre rettar i møtet med helse - og omsorgstjenesten.

I § 1-1 står det noko om formålet med lova:

«Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.

Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd».

Meir informasjon finn ein her: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

3.4 Folkehelselova

Folkehelselova er frå 2011. I §1 står det at formålet med lova er å *«sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid».* (www.lovdata.no)

I §4 er heradet si oppgåve nærare beskriven *“Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller*

og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen”

(www.lovdata.no)

3.5 Spesialisthelsetenestelova

«§ 1-1.Lovens formål

Lovens formål er særlig å:

1. fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemning,
2. bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet,
3. bidra til et likeverdig tjenestetilbud,
4. bidra til at ressursene utnyttes best mulig,
5. bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov, og
6. bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene».

Denne lova er ein del av lovgrunnlaget som styrer tiltak i helse Bergen, der Voss sjukehus høyrer til. Sidan samhandlingsreforma blei innført i 2012 har Voss sjukehus og kommunane i lokalsjukehusområdet, hatt «tenesteavtale 2» som konkretiserer samarbeidet. Tenesteavtale 2 har retningsliner for samarbeid knytt til innlegging, utskriving og re-/habilitering. Det skal sikre heilskaplege og samanhengande helse- og omsorgstenester til pasientar som har behov for koordinerte tenester.

(www.Saman.no-Tenesteavtalar)

4.0 Organisering/ressursar i heradet

KE i heradet er satt av:

- lege
- ergoterapeut
- avdelingssjukepleiar open omsorg
- psykiatrisk sjukepleiar
- helsesøster
- Helse - og omsorgsleiar
- Sjukepleiar ved legekontor

KE har det overordna ansvaret for rehabilitering og habilitering i heradet. Det skal utpeikast ein ansvarleg koordinator for kvar brukar, som igjen vil etablere ei ansvarsgruppe. Ansvarsgruppa skal sikre brei og tett oppfølging av den enkelte. Ansvarsgruppa kan setjast saman av heradets ressursar, under er det ei oversikt over desse ressursane.

Koordinerande eining for
habilitering/rehabilitering

Kontaktperson; ergoterapeut

Legekontor

Kommunelækjar, LIS1-lege²
Sjukepleiar med vidareutdanning innan
rehabilitering

Sosialtenesta

v/NAV og helse - og omsorgsleiar

Helsesøstertenesta

Helsestasjon/ Skulehelsetenesta

Psykiatrisk helseteneste

Psykiatrisk sjukepleiar og miljøarbeidar

² Lege i spesialisering (turnuslege).

Fysioterapi	Privatpraktiserande fysioterapeut, fysioterapeut på sjukeheim
Ergoterapi	Ergoterapeut, hjelpemidlar
Helse - og omsorgsteneste	Helsepersonell i heimesjukepleie og institusjon. Heimehjelp. Lungesjukepleiar
Folkehelsearbeid	Tverrfagleg folkehelseråd
PPT/Vaksenopplæring	Logoped
Syn- og hørselskontakt	Kontaktpersonar i helse - og omsorg
AKAN -kontakt ³	Arbeidsmiljøutvalet (AMU)

4.2 Aktørar og samarbeidspartar innan re-/habilitering

Heradet har fleire ulike kommunale aktørar tilgjengeleg. Kven av desse som er med i rehabiliteringsforløpet, avheng av kva som er problemet/utfordringa. Det er bl.a. lækjar, sjukepleiar, fysioterapeut, ergoterapeut, logoped og psykiatrisk sjukepleiar. Etter at samhandlingsreforma trådte i kraft 1.1.2012 har kommunane fått auka ansvar for rehabilitering (www.regjeringen.no). I Ulvik betyr det at personar som av ulike årsaker treng rehabilitering, får tilbod om det på sjukeheimen⁴.

Dersom det er utfordringar knytt til økonomi, kan ein nytte seg av det kommunale NAV kontoret . Ulvik herad har òg ei bustadgruppe ein kan ta kontakt med dersom det er behov for ombygging av husværet.

I framtida vil heradet også ha bustad til vaksne med behov for heildøgnstilsyn. Ei av oppgåvene til bustadgruppa er å vere pådrivar for høvelege bustadar. Teknisk etat kan bidra til at offentlege områder er fysisk tilrettelagt og universelt utforma.

³ Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk (www.akan.no)

⁴ Det er mogleg å søkje om opphald på andre rehabiliteringsinstitusjonar andre stadar, kontakt då legen din.

Skuleetaten v/vaksenopplæringa kan vera ein viktig aktør i forhold til språkopplæring og undervisning.

Ny folkehelselov framhevar og ressursen som frivillige lag og organisasjonar står for. For nokon kan akkurat deira tilbod vera ein avgjerande faktor i rehabiliteringsprosessen. For ein brukar i arbeidsfør alder vil tidlegare arbeidsplass vera viktig samarbeidspart, i andre tilfelle er det naudsynt å ha med Nav.

I tillegg til dei instansar som er nemnt ovanfor, vil brukar ofte ha kontakt med spesialisthelsetenesta.

4.2.1 Helse Bergen - det regionale helseføretaket.

Koordinerende eining for re-/habilitering i Helse Bergen har oppgåver retta mot dei ulike lokalsjukehusområda, men i nokon høve òg direkte mot den einskilde kommune.

“Det skal finnes en koordinerende enhet i hvert helseforetak som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5b. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering”. (Forskrift for re-/habilitering, kap 4 §11).

4.2.2 Helse Bergen - Voss sjukehus.

På Voss sjukehus er det «avdeling for rehabilitering og tverrfaglege tenester» som har eit overordna ansvar for rehabilitering. Dei har eit nært samarbeid med sengepostane og det personale som er aktuelt for den enkelte pasient. På denne avdelinga jobbar det fysioterapeut, ergoterapeut, sjukepleiar, sosionom, diabetessjukepleiar og ernæringsfysiolog.

Ei av deira oppgåver er å utvikle og ivareta rehabiliteringsnettverket i lokalsjukehusområdet samt råd og rettleiing i forhold til pasient/klient. Dei tilbyr og

undervisning i kommunane innan aktuelle tema og er ansvarleg for ein årleg lokalsjukehuskonferanse i samarbeid med underutval for rehabilitering.

Utskrivingsklare pasientar som har eit rehabiliteringsbehov vert rapportert til helsetenesta i heimkommunen. Innhaldet i rapporten er viktig informasjon for å kunne gå raskt vidare i rehabiliteringsprosessen.

4.2.3 Samarbeidsrådet i Voss og omland lokalsjukehusområde.

Samarbeidsrådet er eit samarbeidsorgan med saker knytt opp mot organisering og fagutvikling i lokalsjukehusområdet. I samarbeidsrådet er medlemmane kommunelækjar, rådmann eller einingsleiar. Rådet vart oppretta for og betra samhandlinga mellom sjukehus og kommunehelsetenesta.

I vedtektene for Samarbeidsrådet er det nedfelt fylgjande mandat:

“Samarbeidsrådet skal syta for eit forpliktande samarbeid mellom 1. og 2. linetenestene i Voss lokalsjukehusområde. Samarbeidsrådet skal stimulera til rasjonell organisering og god fagutvikling, og det skal motivera til administrativ og fagleg vilje til å realisera dette, slik at kvaliteten blir sikra og ressursane utnyttta best mogeleg.”

(<http://www.samarbeidsraadet.no>)

Samarbeidsrådet har oppretta 5 underutval:

- **Utval for akutt medisinsk beredskap,**
- **Pleie og omsorg,**
- **Rehabilitering**

Dette utvalet er samarbeidsrådet sitt fagutval i rehabilitering, og er sett saman av 2 representantar frå sjukehuset, 1 representant for kvar av kommunane og 2 brukarrepresentantar. Oppgåva til utvalet er å fremje og styrke samarbeidet mellom 1. og 2. linetenesta i Voss lokalsjukehusområde innanfor rehabilitering.

- **Psykiatri**
- **Utval for barn og unge si psykiske helse.**

Slik har samarbeidsrådet fått utval med spisskompetanse på ulike fagfelt der det er viktig med samarbeid på tvers av kommunar, forvaltningsnivå og faggrupper. Samarbeidsrådet står for tiltak og kurs som har vore tilpassa lokale behov. Gjennom kurs, seminar og møte har ein etablert kontaktar med fagpersonell på sjukehuset og i kommunane som har vore med å styrkja samkjensla og samarbeidet. Ulvik har representantar i alle desse underutvala.

4.3.4 Læring-og mestringsnettverk - Helse Bergen.

Som ledd i samhandlingsreforma og kompetanseutvikling mellom kommunane og sjukehusa er det oppretta eit fagleg nettverk for læring - og mestring. Representant for vår region i dette nettverket er frå Kvam herad. Representanten vil òg vera ein koordinator for læring- og mestringstiltak i vår region. Fokus vil vere på gruppebasert opplæring av pasient og pårørande - og gjerne som interkommunalt samarbeid. Det gjeld kommunane Eidfjord, Granvin, Kvam, Ulvik, Vaksdal og Voss. På nasjonalt plan er namnet "Nasjonalt kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse".

4.3.5 Interkommunalt samarbeid/ andre kommunar

Det kan være behov for å samarbeide med andre kommunar. Spesielt gjelder det der heradet ikkje har tilstrekkeleg kompetanse eller tilbod. Det er diagnosen som avgjer behovet for habilitering og rehabilitering. Koordinator og ansvarsgruppa skal sikre ei brei og tett oppfølging- noko som også kan inkludera interkommunalt samarbeid og kjøp av andre tenestar frå andre kommunar.

5.0 MÅLGRUPPE/BEHOV

5.1 Kven treng re-/habiliteringstilbod i Ulvik herad?

Behov for rehabiliteringstiltak kan oppstå gjennom heile livet. Uansett alder kan ein verta utsett for t.d. ulukke, brotskade, kronisk sjukdom, hjerneslag, rusproblem, ein kan mista nære personar, eller det kan skje andre belastande endringar i kvardagen. Slik kan kven som helst ha trong for rehabiliteringstenester. I ein kommune på vår

storleik vil dei fleste personane som treng rehabiliteringstiltak være over 67 år. Dei yngre er få, men kan trenge rehabiliteringstiltak med jamne mellomrom heile livet.

Rehabiliteringspasienten kan

- Være ferdigbehandla i sjukehus, men kan oppnå eit høgare funksjonsnivå med bistand og støtte frå helsetenesta i kommunen.
- Ha kronisk fysisk sjukdom eller skade og treng bistand for å betre eller vedlikehalde funksjonsnivå
- Ha utfordringar knytt til psykisk helse -og eller rusproblematikk

Ulvik herad har få yngre funksjonshemma. Det er då ofte snakk om menneskjer med medfødde utviklingshemmingar, og dei treng brei oppfølging over fleire år. Heradet har då ulike ressursar tilgjengeleg; fysioterapeut, ergoterapeut, helsesyster, lege og PPT på skulen. Det er òg mogleg å kontakte logoped dersom det er behov for det. Det kan også være behov for involvering av andre aktørar.

Til dømes kan det være nødvendig med tett samarbeid med spesialisthelsetenestamen også interkommunalt samarbeid og kjøp av tenester frå andre kommunar. Det er diagnosen som avgjer behovet for habilitering og rehabilitering. Koordinator og ansvarsgruppa skal sikre ein brei og tett oppfølging.

I 2017 blei det utgreidd behov for butilbod for vaksne med trong for heildøgns tilsyn. Det blei laga ei tilråding frå arbeidsgruppa som blei behandla i heradsstyret i september 2017. Heradsstyret vedtok at Ulvik skal starte arbeidet med planlegging av bufellesskapet.

Det kan vere aktuelt å samarbeide med andre kommunar om bufellesskapet, t.d. Eidfjord. Dette er noko arbeidsgruppa jobbar vidare med.

Lungesjukepleiar i Ulvik vil i løpet av 2018 setje i gang eit kartleggingsarbeid av kor mange personar med KOLS og andre lungesjukdommar som bur i Ulvik, og kva utfordringar dei har i kvardagen. Samtidig blir det søkt om støtte til eit frisklivsprosjekt for personar med lungesjukdomar der meistring av sjukdomen og kvardagen blir tema.

5.2 Problemområde og behov

Funksjonstap kan skape vanskar innanfor fleire områder; fysisk, psykisk og sosialt. Det kan vere ulike årsaker; psykiske lidingar, muskel/skjelettlidningar, rus, utviklingshemming, sansetap, sjukdomar i nervesystemet, hovudskade, kreft eller hjarte- lungesjukdom.

Desse funksjonstapa kan føre til at ein har vanskar med å fungere i kvardagen, og då treng ein hjelp ei ein kortare eller lengre fase for å kome i gang med livet sitt. Det er viktig å understreka at rehabilitering er eit frivillig tilbod. Det er brukaren sjølv som må styra kva han vil ha informasjon om, og om han vil ta imot tilbod om rehabilitering sjølv om det er anbefalt frå sjukehus/spesialisthelsetenesta.

5.3 Systemretta arbeid

Koordinerande eining for re-/habilitering er samansett av lækjar, avdelingssjukepleiar i open omsorg, leiar for helse - og omsorg, helsesøster, representant frå NAV og ergoterapeut. Teamet har ca 10 møter i året- men oftare når det er konkrete saker.

Oppgåvene til teamet er: Ha oversikt over rehabiliteringstilbod og fremje alt arbeid som kan ha positiv effekt for dei med nedsett funksjonsevne.

Leiar i koordinerande eining for rehabilitering er for tida ergoterapeuten. Ergoterapeut er òg kontaktperson for rehabilitering og skal og arbeida for ei god organisering av den kommunale rehabiliteringstenest. Ergoterapeut er medlem i underutval for rehabilitering på Voss sjukehus. Desse møta er kontaktpunkt mellom kommunane og spesialisthelsetenesta, og eit forum for alle rehabiliteringskontaktane i lokalsjukehusområdet.

5.3.1 Rekruttere og behalde kompetanse

Ein utfordring i små kommunar er å sikre tilstrekkelig brei fagleg kompetanse. Ein anna utfordring er å sikre tilstrekkelige faglig nettverk som bidrar til både betre tenestar og kompetanseutvikling hos den enkelte. Godt samarbeid med nærliggjande kommunar kan gje faglig utvikling og styrke tilbodet til brukarar. Heradet må arbeide for å sikre rett kompetanse gjennom kompetansekartegging, kompetanseutvikling og rekruttering.

Ny sjukeheim kan opne opp for korleis heradet nyttar lokale til ulike former for tenestar. Heradet må også synleggjere tilbodet slik at brukarar ynskjer rehabilitering/habilitering. Dette kan gjere at heradet blir ein attraktiv arbeidsplass.

6.0 Kjelder

<http://www.lovdatab.no/ltavd1/filer/sf-20111216-1256.html> (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator)

http://www.kvam.no/samarbeidsraadet/biblskule.asp?meny=om_samarbeidsr%E5det

<https://lovdatab.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (Helse - og omsorgstenestelova)

<https://lovdatab.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelse> (Folkehelselova)

<https://lovdatab.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> (Spesialisthelstenestelova)