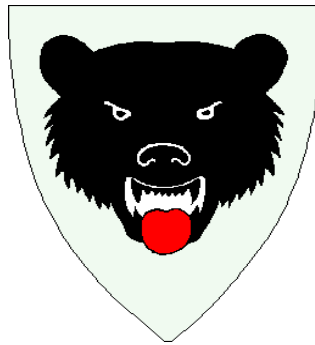


# PLAN FOR RE-/HABILITERING



**FLÅ KOMMUNE**

**2010 - 2013**

Arkivsak: 10/538  
Arkivkode: 147 F04 &30  
Sakstittel: RULLERING AV RE-/HABILITERINGSPLAN FOR FLÅ KOMMUNE 2010-2013

# Innhold

<b>1. Innledning</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1 Definisjoner</b> .....	<b>3</b>
1.1.1 Rehabilitering .....	3
1.1.2 Rehabilitering .....	4
<b>1.2 Lovgrunnlag</b> .....	<b>4</b>
<b>1.3 Kommunens ansvar for re-/habilitering</b> .....	<b>4</b>
<b>1.4 Begrunnelse og innhold</b> .....	<b>4</b>
<b>1.5 Mål</b> .....	<b>5</b>
1.5.1 Mål knyttet til organisering .....	5
1.5.2 "Universell utforming" – kommunalt råd for mennesker med nedsett funksjonsnivå .....	5
<b>1.6 Planarbeid</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Organisering</b> .....	<b>6</b>
<b>2.1 Organisasjonskart</b> .....	<b>6</b>
2.1.1 Re-/habiliteringsteam -personell - koordinering .....	6
2.1.2 Oppgaver for koordinator .....	6
<b>2.2 Sansetap</b> .....	<b>7</b>
<b>2.3 Behov for økt kompetanse/faglig veiledning</b> .....	<b>7</b>
<b>2.4 Målgrupper</b> .....	<b>7</b>
<b>3 Henvendelser vedrørende behov for re-/habilitering</b> .....	<b>8</b>
<b>3.1 Hvor foregår re-/habilitering?</b> .....	<b>8</b>
<b>3.2 Tverrfaglige/tverretatlige team, ansvarsgrupper</b> .....	<b>8</b>
<b>3.3 Individuelle planer</b> .....	<b>9</b>
<b>3.4 Taushetsplikt</b> .....	<b>9</b>
<b>3.5 Hjelpemidler</b> .....	<b>9</b>
3.5.1 Hvem kan få stønad til hjelpemidler .....	10
3.5.2 Hva slags hjelpemidler kan det søkes om .....	10
3.5.3 Hvor kan man henvende seg .....	10
<b>3.6 Samarbeid/samordning</b> .....	<b>10</b>
<b>4 Oversikt over eksisterende tjenester og tiltak</b> .....	<b>11</b>
<b>4.1 Enhet helse</b> .....	<b>11</b>
4.1.1 Legetjeneste .....	11
4.1.2 Helsestasjon og skolehelsetjeneste .....	11
4.1.3 Jordmortjenester .....	11
4.1.4 Barneverntjenester .....	11
4.1.5 Oppfølging av flyktninger .....	12
4.1.6 Psykisk helsetjeneste .....	12
<b>4.2 Enhet for pleie- og omsorg</b> .....	<b>12</b>
4.2.1 Pleie- og omsorg .....	12
4.2.2 Fysioterapitjeneste .....	12
4.2.3 Borgerstyrt personlig assistent (BPA) .....	12
<b>4.3 NAV-sosialtjenesten</b> .....	<b>13</b>
<b>4.4 Spesialpedagogisk hjelp</b> .....	<b>13</b>
4.4.1 Barn og unge .....	13
4.4.2 Voksne .....	13

# 1. Innledning

I henhold til Forskrift om habilitering og rehabilitering skal kommunene ha en egen plan for dette tjenesteområdet. Målet er at planen skal gi leseren et bilde av:

- Hva begrepene habilitering og rehabilitering innebærer.
- Hvilke lovverk som gjelder
- Hvilket ansvar Flå kommune har
- Hvilke målsetting Flå kommune har
- Hvordan Flå kommune er organisert
- Målgrupper
- Hvem kan henvende seg
- På hvilken måte foregår re-/habilitering
- Hjelpemidler, og hvem kan få dette
- Oversikt over eksisterende tjenester og tiltak

## 1.1 Definisjoner

Habilitering og rehabilitering kan defineres som målrettet tverrfaglig arbeid med funksjonshemmede og kronisk syke, og har som mål å redusere konsekvensene helsesvikten har for funksjonsevnen, og bygge opp under muligheten for å leve et selvstendig liv og delta sosialt og i samfunnet.

Rehabilitering og habilitering bygger på samme ideologi og forståelse. I Stortingsmelding 21 (Rehabiliteringsmeldingen 1998-1999) gis følgende definisjon:

*“Re-/habilitering er tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølstende og deltaking sosialt og i samfunnet.”*

Habilitering-/rehabilitering bygger også på respekt for menneskeverdet og er uavhengig av graden av funksjonshemming og den enkeltes evne til å arbeide. Rehabilitering må ta utgangspunkt i mennesket sin rett til selv å bestemme over vitale livsforhold og til å formulere egne mål.

### 1.1.1 Habilitering

Innebærer utvikling av funksjon eller mestring av nye funksjoner og blir anbefalt reservert tiltak til barn og unge med funksjonshemminger som er medfødte eller som de har fått senere. Habiliteringsprosessen kjennetegnes ved oppfølging i et livsløpsperspektiv. Habilitering er et målrettet arbeid for å bygge opp og støtte funksjoner, samspill og livsutfoldelse hos mennesker med tidlig ervervede eller medfødte funksjonshemninger. Målet for arbeidet ligger både nært og langt frem i tid, og tiltak som settes i gang må både ha et utviklingsperspektiv og et verdiperspektiv, som innebærer mestringsopplevelser og forsoningsarbeid i forhold til tap av tidligere funksjonsnivå. Arbeidet er prosessrettet og krever utstrakt koordinering, samordning og evaluering av tiltak. Utviklingen foregår på mange arenaer med vekslende krav og ønsker, og det er nødvendig med en kartlegging av hele døgnet. Rene behandlingstiltak vil ofte bare være ett av flere tiltak. Trening av funksjoner kan på den ene siden gå på bekostning av et sosialt liv. På den andre side kan trening av funksjoner være en forutsetning for å oppnå et sosialt liv. Barnets vekst krever fortløpende tilpasning av

omgivelser og eventuelle hjelpemidler. Et helhetlig og langsiktig perspektiv i habiliteringsarbeidet er nødvendig for å kunne gjøre kvalifiserte valg, for å kunne vurdere mulige konsekvenser og for å unngå uønskede konsekvenser av de valg som tas.

### **1.1.2 Rehabilitering**

Innebærer bedring eller gjenvinning av tapt funksjon etter sykdom/skade, og brukes om tilbud til voksne med funksjonsproblem, medregnet mennesker med psykisk utviklingshemming. Rehabilitering blir også brukt som overordnet begrep for re-/habiliteringsvirksomheten.

Rehabilitering er en kjede av tiltak, en sammensatt og helhetlig prosess som varierer i innhold og intensitet. Fagområdet hviler på det felles kunnskapsgrunnlag som bygges på tverrfaglighet. Ulike fagsyn og spesifikk fagkunnskap forenes og samordnes omkring brukerbehov med bruker som aktiv medvirker. Ingen faggruppe har “monopol” på rehabilitering. Innsatsen er tidsavgrenset og målrettet etter individuelle behov og planer der brukeren i størst mulig grad tar personlig ansvar og har kontroll over rehabiliteringsprosessen. Brukeren avgjør hva som er viktig, hvilke verdier som skal vektlegges. Det er avgjørende for en vellykket rehabiliteringsprosess at alle tiltak som iverksettes må koordineres i tid og innhold.

## **1.2 Lovgrunnlag**

Kommunenes ansvar når det gjelder habiliterings- og rehabiliteringstjenester følger av:

- [Kommunehelsetjenesteloven](#)
- [Sosialtjenesteloven](#)
- [Pasientrettighetsloven](#)
- [Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne](#), (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven, gjeldende fra 01.01. 2009).
- [Forskrift om habilitering og rehabilitering](#)
- [Forskrift om individuell plan](#)

Tjenester og tiltak etter andre lover er også viktig for å få til helhetlig rehabilitering i kommunene.

## **1.3 Kommunens ansvar for re-/habilitering**

- Kommunen skal ha en generell oversikt over behov for rehabilitering og habilitering i kommunen.
- Kommunen skal sørge for at alle som bor eller oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for rehabilitering og habilitering
- Tjenester som inngår i kommunenes helsetjenestetilbud skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud.
- Re-/habiliteringstilbudet skal gis uavhengig av brukerens boform.

## **1.4 Begrunnelse og innhold**

Den kommunale re-/habiliteringsvirksomheten har sin viktigste begrunnelse i et ønske om å være brukernært - gi tilbud i brukerens hjem og nærmiljø, så langt det er praktisk mulig og og forsvarlig. Funksjonssvekkelse kan vedrøre alle livsområder. Problemene oppstår i

dagliglivet, i arbeid og fritid, der den berørte part lever sitt liv. Det er også der hjelpen skal gis for at brukeren skal kunne fungere best mulig i sitt eget miljø. Stimulering, trening og tilrettelegging må derfor foregå så nært opp til brukerens hverdagsmiljø som mulig, i rett samarbeid med den enkelte bruker.

Re-/habiliteringstjenestene skal tilbys og ytes ut fra et brukerperspektiv. Dette forutsetter at brukerens behov settes i sentrum og at forholdene legges til rette for aktiv deltagelse og medvirkning fra brukerens side, eller fra brukerens pårørende eller verge.

Re-/habiliteringstilbudet skal være samordnet, tverrfaglig og planmessig. Tilbudets innhold skal være tydelig og forutsigbart for bruker, pårørende og personell. Tilbudet skal gis i en for brukeren meningsfylt sammenheng. Det vil si at det skal være kontinuitet i tilbudene, over tid og på tvers av ulike ansvarsforhold. Re-/habilitering handler først og fremst om deltagelse og mindre om opptrening.

## **1.5 Mål**

Overordnede mål er å ha re-/habiliteringstilbud i tråd med gjeldende regelverk der livskvalitet og helse er fokuset for virksomheten.

Re-/habiliteringsprosessen skal:

- bidra til at forbigående funksjonshemming blir så kortvarig som mulig
- bidra til at konsekvensene ved varig funksjonshemming blir minst mulig

Brukere med behov for koordinerte tjenester skal:

- vite hvor de skal henvende seg for å få hjelp
- oppleve tjenestetilbudet som samordnet, koordinert og individuelt tilpasset
- oppleve at det blir lagt vekt på brukermedvirkning og at tiltak og tjenester tar utgangspunkt i den enkeltes ressurser

### **1.5.1 Mål knyttet til organisering**

- Re-/habiliteringsteamet skal ha et strukturert opplegg for håndtering av søknader
- Ansvar for koordineringen av re-/habilitering i kommunen skal være lagt til en person eller etat, og gjort kjent for brukere og ansatte i kommunen
- Tilbakemelding på søknad/henvendelse skal ikke være lenger enn 14 dager
- De kommunale tiltakene innen re-/habilitering skal framstå som en helhetlig tiltakskjede i sammen med spesialiserte tjenestene og statlige foretak.

### **1.5.2 ”Universell utforming” – kommunalt råd for mennesker med nedsett funksjonsnivå**

- Et mål for Flå kommune vil være å dreie utviklingen i mer universell retning slik at alle kan fungere best mulig i samfunnet uavhengig av funksjonsnivå.

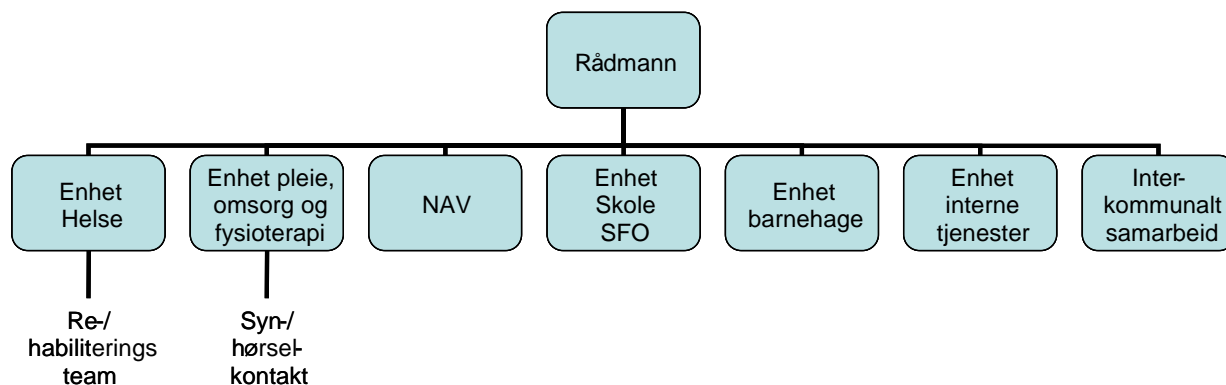
Det bør derfor være en forutsetning at universell utforming (at samfunnet skal være lagt til rette for alle) er lagt til grunn for utforming av kommunale tjenester, planer, nybygg med mer. Her er det viktig å benytte kommunens ”Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne” (opprettet 2007) som et rådgivende organ i slike saker.

## **1.6 Planarbeid**

Planen skal rulleres hvert fjerde år, dvs. en gang i hver kommunestyreperiode. Den rullers neste gang senest innen utgangen 2013.

## 2. Organisering

### 2.1 Organisasjonskart



#### 2.1.1 Re-/habiliteringsteam -personell - koordinering

I følge forskrift om habilitering og rehabilitering skal det finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunene. Flå kommune er en liten kommune og har valgt et re-/habiliteringsteam som er tverrfaglig sammensatt fra flere enheter, og fungerer som koordinerende enhet. Teamet skal sørge for at det tverrfaglige arbeidet kommer i gang, og at de som har behov for det får en individuell koordinator. I Flå har teamet denne sammensetningen:

- Psykiatrisk sykepleier (enhet helse)
- Lege (enhet helse)
- Fysioterapeut (enhet pleie- og omsorg)
- Nav-representant
- Vernepleier/sykepleier (enhet pleie- og omsorg)

Alle fagpersoner i systemet trengs i re-/habiliteringsarbeidet for at brukeren skal få et helhetlig tilbud. En forutsetning for et meningsfullt samspill mellom bruker og tjenesteapparatet – og derved også utvikling av en helhetlig individuell plan – er at forventningene om og rammene for samhandlingen er tydelige.

Re-/habiliteringsteamet har et fast medlem som er koordinator for virksomheten. I Flå er denne oppgaven lagt til stillingen som psykisk helse koordinator. Dette utgjør 25 % av stillingen. Koordinatoren er også tillagt oppgaven som IP (individuell plan) system koordinator.

#### 2.1.2 Oppgaver for koordinator

- motta henvendelser fra bruker og andre
- innehar oppgaven som IP (individuell plan) system koordinator
- kontaktinstans for 2. og 3. linjehelsetjenesten
- kartlegge behov i kommunen
- bidra til at tjenesteyter gir informasjon/tilbud om individuell plan
- videreutvikle planer/delplaner for re-/habiliteringen
- kompetanseutvikling og opplæring

## 2.2 Sansetap

Det er opprettet syns- og hørselskontakt i Flå kommune. Denne er organisert under enhet for pleie- og omsorg.

## 2.3 Behov for økt kompetanse/faglig veiledning

Innen re-/habilitering er det stort behov for flere faggruppers kompetanse og tjenester. Ergoterapeut, logoped og psykolog er blant annet personell kommunen p.t. ikke innehar, men som kan være viktige i en re-/habiliteringsprosess. Fagpersoner fra ulike miljø og med ulik erfaring skal arbeide sammen i et team. Teamarbeid krever også spesiell kompetanse, og dette må utvikles over tid. Det er viktig å få frem at god kvalitet på re-/habiliteringstilbudet er avhengig av at kommunen har tilgjengelig nødvendig fagpersonell.

Kommunehelsetjenesten må sørge for å ha den nødvendige fagkompetanse for å ivareta sitt ansvar for re-/habilitering.

Felles basiskunnskap er viktig. Kurs og ulike former for opplæring/veiledning er nødvendig. Hospitering i spesialavdelinger, institusjoner eller i andre kommuner kan også være nyttig.

## 2.4 Målgrupper

Målgruppene for re-/habilitering er i utgangspunktet alle med funksjonsproblemer og som har behov for assistanse til å nå eller holde ved like sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle, psykiske og sosiale funksjonsnivå.

Ifølge Stortingsmelding nr. 21 handler re-/habilitering både om å endre individets forutsetninger for å fungere, og å kompensere for funksjonstap ved tilrettelegging og tekniske tiltak. Det kan nevnes fire situasjoner som kan innebære behov for re-/habilitering:

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

Re-/habiliteringsvirksomheten tar i hovedsak utgangspunkt i individuelle mål og behov, og ikke i behovene til sykdomsgrupper. En og samme funksjonssvikt kan utløse svært ulike individuelle behov – og ofte vil forhistorien være avgjørende for re-/habiliteringsmålene og derved også behovene. Behovene vil dessuten variere over tid for samme individ.

## 3 Henvendelser vedrørende behov for re-/habilitering

For å senke terskelen for bruk av re-/habiliteringstjenester, kan henvendelser til re-/habiliteringsteamet komme direkte fra bruker/pårørende.

Henvendelser kan altså komme fra:

- bruker/pårørende
- hjemmetjenesten
- legetjenesten
- helsestasjonen
- fysioterapitjenesten
- psykisk helsetjeneste
- NAV - sosilatjenester
- evt. andre

I følge Stortingsmelding nr. 21 har en undersøkelse blant brukere av viktige re-/habiliteringstjenester og tiltak vist at brukerne ofte har vanskeligheter med å finne ut hvor de skal henvende seg når det oppstår problemer eller hvis koordineringen svikter i re-/habiliteringsprosessen. Forskrift om individuelle planer § 6 sier blant annet at hvis pasienten har behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater skal kommunen og 2.linjetjenestene samarbeide med disse. Den del av tjenesteapparatet pasienten henvender seg til har plikt til å sørge for at arbeidet med individuell plan igangsettes.

### 3.1 Hvor foregår re-/habilitering?

Re-/habiliteringsteamet skal være brukernært. Tilbud skal gis i brukerens hjem, arbeidsplass og nærmiljø. Ikke alle brukere kan ha et re-/habiliteringsopplegg knyttet til hjemmetilværelse og dagligliv. Etter akutt sykdom/skade kan det i perioder være behov for rehabiliteringsopplegg knyttet til institusjon både 1. og 2. linjetjenesten. I 1. linjetjenesten er Flåheimen naturlig å benytte i denne sammenheng. I samarbeid med ledelsen ved Flåheimen utarbeides planer for hvordan dette gjennomføres. Avslutningen av et treningsopplegg må finne sted der brukeren skal fungere. Det kan være nødvendig å tilpasse hjemmemiljø og evt. arbeidsplass.

### 3.2 Tverrfaglige/tverretatlige team, ansvarsgrupper

Re-/habilitering forutsetter tverrfaglig samarbeid i de fleste faser av prosessen. For brukere med behov for tverrfaglige tiltak over tid, kan det være aktuelt å opprette ansvarsgruppe, bestående av de fagpersoner som har mest behandlingskontakt med brukeren, i tillegg til brukeren selv og evt. pårørende. Gruppen vil ha det løpende ansvaret for å utarbeide og følge opp individuelle re-/habiliteringsplaner og for at ansvaret er klart fordelt. Den fagperson som først møter brukere med re-/habiliteringsbehov har ansvar for å ta initiativ til å kalle inn til ansvarsgruppe og sørge for et tilbud om individuell plan. Gruppen velger en kontaktperson for brukeren i samarbeid med brukeren selv, som er ansvarlig for koordinering/oppfølging av brukerens tilbud.

### 3.3 Individuelle planer

Stortingsmelding nr. 21 med forskrift om individuelle planer pålegger 1. og 2.linjetjenesten å utarbeide individuelle planer for mennesker med behov for langvarige og koordinerte tjenester dersom dette er et ønske fra brukeren. Formålet med individuell plan er å bidra til at den enkelte får et helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Formålet skal sikres gjennom brukermedvirkning, styrking av samarbeid mellom enhetene, økt grad av koordinering og tydelig ansvarsfordeling. Aktuelle enheter i tillegg til helsetjenestene, er bl.a. NAV-sosialtjenesten og undervisningsenheten. Blant annet skal elever som har rett til spesialundervisning, ha en individuell opplæringsplan (IOP). De ulike tjenestenes delplaner må inngå som del av den individuelle planen. Brukeren skal samtykke til at individuell plan utarbeides og har rett til å delta i arbeidet med planen og det skal legges til rette for dette. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning pasienten og pasientens pårørende ønsker det. Brukeren kan også velge ikke å delta, eller få en annen til å delta i sitt sted. Dersom brukeren ikke samtykker til individuell plan, skal plan ikke skrives. Brukeren har likevel rett til individuelt tilpasset tilbud og samarbeid mellom enhetene skal tilrettelegges.

Forskriften om individuelle planer § 6 gir klare retningslinjer for planens innhold:

- En oversikt over pasientens mål, og behov for tjenester og tiltak.
- En oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen og hvem som er ansvarlig for framdrift for planarbeidet og for oppfølging av de ulike tiltakene.
- Tidsangivelse for planen, samordning og evalueringsrutiner.
- Samtykke skal foreligge.

### 3.4 Taushetsplikt

Fra forskrift om habilitering og rehabilitering 2001 § 6 står det at de alminnelige bestemmelser om taushetsplikt kommer til anvendelse. I en merknad til § 6 i samme forskrift står det mer detaljert beskrevet at re-/habilitering forutsetter samarbeid på tvers av faggrupper innen ulike deler av helsetjenesten/helseforvaltningen. Enhetene/etatene er ut fra lovgrunnlaget pålagt å samarbeide og taushetsplikten gir rom for samarbeid ut fra visse kriterier. Som hovedregel kan det sies at opplysninger/informasjon skal spres kun når det er nødvendig og nyttig. I konkrete saker er det nødvendig med informert samtykke fra den saken gjelder og presisering av hva samtykket gjelder. Informert samtykke er ikke gitt før brukeren har forstått hva det innebærer.

### 3.5 Hjelpemidler

Kommunen har et helhetlig ansvar for å tilrettelegge i forhold til å møte funksjonshemmedes hjelpebehov. Ansvaret omfatter også formidling av hjelpemidler og ergonomiske tiltak. Rett til hjelpemidler vurderes i henhold til folketrygdlovens kap. 10 ”ytelser under medisinsk rehabilitering”.

Hjelpemidler skal inngå som en del av en helhetlig plan og bidra til:

- å bedre funksjonsevnen
- å øke selvhjulpenheten
- å lette pleien av funksjonshemmede.

### **3.5.1 Hvem kan få stønad til hjelpemidler**

Personer som har varig (over to år) og vesentlig redusert funksjonsevne på grunn av skade, lyte eller sykdom, kan få stønad fra folketrygden til hjelpemidler.

Personer som har midlertidig behov for hjelpemidler, må søke om støtte andre steder, vanligvis gjennom kommunen.

### **3.5.2 Hva slags hjelpemidler kan det søkes om**

Hjelpemidlene må være nødvendige og hensiktsmessige for å bedre evnen til å løse praktiske problemer, eller for å kunne bli pleiet i hjemmet. Folketrygden gir vanligvis stønad til det rimeligste av de hjelpemiddeltypene som dekker brukerens behov.

### **3.5.3 Hvor kan man henvende seg**

Personer som har et varig behov for hjelpemidler får hjelp til utredning og å fylle ut søknad ved å henvende seg til fysioterapitjenesten i kommunen.

Personer som har et midlertidig behov, får låne hjelpemidler fra kommunens lager for utlån, ved å henvende seg til hjemmesykepleien i kommunen.

## **3.6 Samarbeid/samordning**

Samordnende og tverrfaglige tjenester krever samarbeid på tvers av faglige og administrative skillelinjer. Dette gjelder både i utarbeidelse av individuell plan og i den konkrete tjenesteytelsen. Tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for å nå målet om at tjenestene skal være samordnet, tverrfaglige og planmessige. Dette krever en annen type kompetanse hos personalet enn det tradisjonelle flerfaglige samarbeidet. Det er viktig å legge til rette for videreutvikling av samarbeidet mellom tjenesteleddene. Tydelig ansvars plassering for saker som gjelder habilitering og rehabilitering i kommunen vil være et viktig bidrag for å sikre informasjonsoverføring mellom de to nivåene. Re-/habiliteringstilbudet til den enkelte bruker skal, så langt som mulig, framstå som en sammenhengende tiltakskjede sammen med de spesialiserte tjenester og statlige etater.

Det må alltid tilstrebes best mulig samarbeid mellom kommunens ulike enheter om kommunale tjenester, og det bør arbeides med å få gode samarbeidsrutiner med re-/habiliteringsteamet i Buskerud fylke. Kommunen bør arbeide mot en samarbeidsavtale med helseforetaket om koordinering mellom 1. og 2. linjetjenesten vedrørende re-/habilitering både på allment og spesialisert nivå.

Samarbeidet med spesialinstitusjoner på nasjonalt nivå (3.linjetjenesten), må tilrettelegges, og det bør etableres kontakt med interesseorganisasjoner og frivillige organisasjoner i den grad disse er etablert i kommunen, kommunen er ansvarlig for innkalling til møter.

## **4 Oversikt over eksisterende tjenester og tiltak**

### **4.1 Enhet helse**

#### **4.1.1 Legetjeneste**

Flå legekantor har to legehjemler. Alle innbyggere har rett til å ha en fastlege. Fastlegen har ansvar for å følge opp alle medisinske utfordringer for pasientene på sin liste. Det er fastlegen som kan henwise til 2.linjetjenesten. Videre er det ofte nødvendig med legeerklæring i ulike trygdespørsmål (sykemelding, trygdesaker, hjelpemidler m.m.). Dette er fastlegens oppgave. Når medisinsk oppfølging er en del av tiltakene rundt en pasient, er det naturlig at fastlegen deltar i ansvarsgruppe. Fastlegene samarbeider med alle enheter og tjenesteområder i kommunen.

#### **4.1.2 Helsestasjon og skolehelsetjeneste**

Helsestasjon gir tilbud til alle barn og familier. Helsestasjon har ansvar for å undersøke og vurdere barnas utvikling både når det gjelder språk, motorikk og psykososiale tilstander. Avvik fra det normale vil ofte bli oppdaget på helsestasjonen. Helsestasjonen skal, i samarbeid med fastlegen, medvirke til at disse barna blir undersøkt og utredet etter behov. Helsestasjonen har ikke behandlingsansvar.

Skolehelsetjenesten er en videreføring av det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjonen. Det er et tilbud til alle barn og unge enten gjennom kontakt med eleven individuelt eller i gruppe. Det er skolehelsetjeneste i barneskolen og ungdomsskolen. Skolehelsetjenesten har ansvar for å medvirke til tilrettelegging av skolesituasjonen rundt barn og unge med spesielle behov. Skolehelsetjenesten driver opplysningsarbeid og veiledning for lærere.

#### **4.1.3 Jordmortjenester**

Alle gravide får tilbud om undersøkelser og veiledning gjennom svangerskapet. Svangerskapsomsorgen er et samarbeid mellom jordmor og lege med regelmessige kontroller som blir tettere mot slutten av svangerskapet.

#### **4.1.4 Barneverntjenester**

Barnevernstjenesten bistår med råd og veiledning til barn og ung, foreldre og andre som skulle møte uventede utfordringer i hverdagen. Henvendelser til barnevernet om bekymring for et barn, blir kalt meldinger. Alle kan melde bekymring for et barn eller en ungdom til barneverntjenesten. Barneverntjenesten mottar meldinger fra foreldre, familie, naboer - og barn og unge selv. Målsettingen for tjenesten er å:

- Fremme barn og unges velferd og utvikling og arbeide for muligheter til økt deltakelse i samfunnet.
- Forhindre og begrense utvikling av spesielle problemer i risikogrupper
- Motvirke og forhindre at allerede eksisterende problemer videreutvikles og som kan skade barn og unges helse og utvikling.
- Sette inn hjelpetiltak for barn og familie der barn på grunn av forhold i hjemmet har særlige behov. Hjelp gis som råd, veiledning. Bistand gis til hjem i form av støttekontakt, avlastningstiltak, barnehageplass m.m.
- Barnevernet formidler også plass i fosterhjem, familiehjem og andre institusjon.

#### **4.1.5 Oppfølging av flyktninger**

Flå kommune har flyktningtjeneste med integreringskonsulent i 20 % stilling. Det er utarbeidet Mottaksplan for flyktninger i Flå kommune. I forhold til norsk- og samfunnsfagundervisning har Flå kommune et samarbeid med voksenopplæringen i Gol kommune.

#### **4.1.6 Psykisk helsetjeneste**

Målgruppa for tjenestetilbudet er menneske med psykiske vansker og/eller deres pårørende. Hovedoppgaven er koordinering av tjenester og utvikling av tiltak for mennesker med psykiske vansker. Psykisk helsetjeneste har også ansvar for veiledning av andre tilsatte i hjelpeapparatet. Målet for tjenestetilbudet er å fremme evne til mestring av eget liv gjennom personlig vekst og mest mulig selvstendighet.

### **4.2 Enhet for pleie- og omsorg**

#### **4.2.1 Pleie- og omsorg**

Det overordnet målet for Pleie- og omsorg er trygghet, respekt og livskvalitet.

Pleie- og omsorg i Flå gir tjenester både i eget hjem og institusjon. Tjenestene er organisert i Enhet pleie- og omsorg og fysioterapi, og omfatter:

- hjemmesykepleie, inkludert hjelp til å administrere medisiner
- praktisk bistand/opplæring
- praktisk bistand
- institusjonsplass
- avlastning
- omsorgslønn
- omsorgsboliger og trygdeboliger
- matombringing
- trygghetsalarm
- transport for funksjonshemmede

Tilbud om hjelp blir gitt i samråd med bruker. Saksbehandler kommer på hjemmebesøk for snarest mulig å vurdere behovet for tjenesten på et faglig nivå.

#### **4.2.2 Fysioterapitjeneste**

Fysioterapi er forebyggende og behandlende virksomhet av sykdommer og lidelser i muskel og skjelett. Målet for fysioterapitiltak er å bedre funksjonsevne og livskvalitet gjennom trening, kroppslige læringsprosesser og tilrettelegging av omgivelsene.

#### **4.2.3 Borgerstyrt personlig assistent (BPA)**

Borgerstyrt personlig assistanse er et tilbud til sterkt funksjonshemmede personer, med behov for hjelp til å organisere dagliglivet, både i og utenfor hjemmet. Målet er å bidra til at personen får et aktivt og mest mulig uavhengig liv til tross for sin funksjonshemming.

Søkere må tilfredsstillende kommunale retningslinjer for tildeling av tjenesten. Brukeren har rollen som arbeidsleder og påtar seg større ansvar for organisering og innhold i forhold til sine behov.

Innenfor timerammene som kommunens vedtak om praktisk bistand gir, kan bruker i prinsippet styre hvem han/hun vil ha som hjelper(e), hva assistenten(e) skal gjøre, hvor og til hvilke tider hjelpen skal gis. Bruker må være i stand til å ta arbeidslederrollen, samt ha egeninnsikt og ressurser til et aktivt liv i egen bolig. Det er en forutsetning at alle arbeidsledere deltar på kurs i arbeidslederrollen. Nærstående personer eller hjelpeverge skal ikke utelukkes fra å bistå i arbeidslederfunksjonen.

Praktisk bistand og opplæring etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a omfatter både husholdsoppgaver og direkte personlig bistand med påkledning, hygiene, mat mv.

Departementet har understreket at oppgaver som kan utføres med hjemmel i sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a kan inngå ved tildeling av brukerstyrt personlig assistanse. Tjenesten kan ytes av kommunen selv eller den kan kjøpes eksternt.

### **4.3 NAV-sosialtjenesten**

NAV-sosialtjenesten gir råd og veiledning i sosiale og økonomiske spørsmål og har ansvar for:

- støttekontakt
- rusomsorg
- økonomisk stønad
- bostøtte

### **4.4 Spesialpedagogisk hjelp**

#### **4.4.1 Barn og unge**

Barnehage og skole er ansvarlig for å tilrettelegge for spesialpedagogisk hjelp til barn i førskolealder og grunnskole. Alle elever har rett til tilpasset opplæring.

#### **4.4.2 Voksne**

Spesialpedagogisk undervisningstilbud til mennesker som har behov for særskilt tilrettelagt undervisning for å fungere bedre i hverdagen ligger også til opplæringsloven og er et kommunalt ansvar. Grunnen kan være afasi, dysleksi, lærevansker, manglende grunnskoletilbud i ungdommen, sykdom eller skade etter endt utdanning som gjør at en har behov for opplæring. Spesialpedagogisk hjelp blir gitt på grunnlag av enkeltvedtak etter sakkyndig uttalelse.