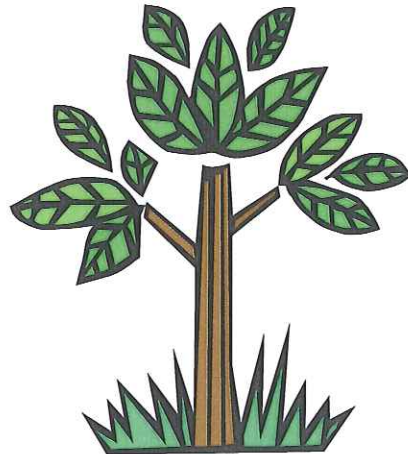




Oslo kommune
Bydel St. Hanshaugen

Plan for habilitering og rehabilitering

Bydel St. Hanshaugen
2009 – 2011



Innholdsfortegnelse :

1	Forord	3
2	Definisjoner og målgrupper	4
3	Bydelens ansvar	6
4	Mål og strategier	6
5	Referanser	8

1. Forord

Plan for habilitering og rehabilitering 2009-2011 erstatter Plan for habilitering og rehabilitering 2004-2007. Den nye planen bygger på St.melding nr 21 1998/99 – Ansvar og meistring, Forskrift om habilitering og rehabilitering, Forskrift om individuell plan, Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011 og bydelens strategiske plan 2008-2011. Formålet med Plan for habilitering og rehabilitering er å fastsette mål og strategier som skal bidra til en god og effektiv habilitering/rehabilitering. Delmål og konkrete tiltak utarbeides i avdelingene og tas inn i de enkelte tjenestesteders sine årsplaner. Særskilte mål, strategier og tiltak for rusmisbrukere og personer med psykiske lidelser behandles i Ruspolitisk handlingsplan og Handlingsplan for psykisk helse.

2. Definisjoner og målgrupper

Definisjoner

Behovet for samhandling i habilitering og rehabilitering gjør det særlig viktig at aktørene har en felles forståelse av de viktigste begrepene som brukes, og at det er bevissthet om området der det kan være ulike oppfatninger.

I Nasjonal strategi står følgende om hva habilitering og rehabilitering er:

Ved behandlingen av St.meld. nr 21, 98-99, Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk” i 1999, ga Stortinget sin tilslutning til forståelsen av rehabilitering som:

” tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet”.

Habilitering forstås på samme måte, men dreier seg om tiltak spesielt rettet mot barn eller voksne med medfødte eller tidlig ervervede helse- og/eller funksjonsproblemer. Videre i dette dokumentet vil begrepet rehabilitering brukes som en felles betegnelse for habilitering og rehabilitering.

Følgende elementer er sentrale i habiliterings- og rehabiliteringsprosesser:

- En rehabiliteringsprosess må planlegges og gjennomføres ut fra brukerens individuelle behov. Selv om bistand fra helsepersonell og andre yrkesgrupper er nødvendig, er den beste rehabilitering i prinsippet den brukeren selv står for.
- Planlagt og systematisk samarbeid mellom flere instanser og aktører, med et klart mål. Prosessene er tidsavgrenset. For mange pågår imidlertid en habiliterings- eller rehabiliteringsprosess i perioder over lang tid, og for noen perioder så lenge de lever.

Denne forståelse av rehabilitering begrenser ikke rehabilitering til det som tidligere ofte er blitt knyttet til begrepet ”medisinsk rehabilitering”, som har vært definert som ”helsetjenestens planmessige arbeid for at den som er funksjonshemmet pga sykdom, skade eller medfødt lyte skal gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevnen og/eller meistringsevnen med sikte på en størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser”.

Definisjonen av rehabilitering omfatter *både* medisinsk rehabilitering, sosial rehabilitering, psykososial rehabilitering og attføring, og handler både om å bedre personens funksjonsevne, om å fjerne barrierer for selvstendighet og deltagelse i omgivelsene, bl.a. gjennom tilrettelegging og tekniske tiltak, og om praktisk/økonomisk hjelp.

Rehabilitering dreier seg ikke om én enkelt tjeneste eller ett tiltak, men om *flere tjenester og tiltak satt i system*, og om *samarbeidet* mellom yrkesutøvere og personer som trenger sammensatt, planlagt og koordinert bistand for å nå sine mål.

Målgrupper

Ifølge Stortingsmeldingen skal målgruppen for habiliterings – og rehabiliteringsarbeidet være:

”alle med funksjonsproblemer og som har behov for assistanse til å nå eller holde vedlike sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle, psykiske og sosiale funksjonsnivå”

Stortingsmeldingen gir følgende eksempel:

- funksjonssvikt ved medfødde, kroniske sjukdomar og tilstander
- funksjonstap ved sjukdom og skade som har oppstått seinere i livet
- funksjonsvedlikehald for å unngå forverring av funksjonshemmingar
- funksjonsomstilling ved overgang til ny livsarena (t.d. frå skule til arbeid), eller ved endra krav i omgivnadene rundt den enkelte (t.d i bu- eller i arbeidssituasjon)

I Oslo kommunes kommunal plan for habilitering og rehabilitering fremheves to brukergrupper spesielt:

- Lokal rehabilitering av personer med psykiske lidelser
- Lokal rehabilitering personer med rusmiddelproblemer

Stortingsmeldingen understreker at det ikke er diagnoser som bør være utgangspunkt for en rehabiliteringsprosess. Fokus bør være på funksjonsnivå og – potensialet, og ikke på sykdom og sykdomsårsak.

Flere offentlige dokumenter bruker begrepene ”funksjonshemmet” eller ”menneske med spesielle behov”. Oslo kommunes kommunal plan for habilitering og rehabilitering siterer Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede (1990 – 93, kap. 4) som definerer funksjonshemming slik:

”Funksjonshemming er et misforhold mellom individets forutsetninger og miljøets krav til funksjon på områder som er vesentlige for etablering av selvstendighet og sosial tilværelse.”

Og stortingsmeldingen sier:

”Rehabilitering handlar både om å endre individet sine føresetnader for å fungere, og å kompensere for funksjonstap ved tilrettelegging og tekniske tiltak.”

NOU – rapporten ”Fra bruker til borger” nr 22/2001 fokuserer på at vi lager et samfunn som både teknologisk og fysisk er tilgjengelig for flest mulig. Det handler om menneskeverd, verdivalg og solidaritet.

3. Bydelens ansvar

Bydelen har ansvaret for de primære helse- og sosialtjenestene, tiltak for barn og unge, tiltak for eldre og funksjonshemmede, og økonomisk sosialhjelp. Det følger av *kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven, pasientrettighetsloven, forskrift om habilitering og rehabilitering og forskrift om individuell plan*, jfr. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011. Bydelen har videre ansvar for å koordinere tilbud og samordne rehabiliteringsvirksomheten på tvers av fag og enheter. Det skal tilstrebes at den enkelte bruker selv tar ansvar for egen rehabilitering gjennom å legge vekt på brukermedvirkning. I hht Bystyremelding nr. 1 2008 om fremtidens eldreomsorg i Oslo skal tjenestene tilbys på det lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) og tilpasses ”omsorgstrappen”.

4. Mål og strategier

En overordnet målsetting for rehabilitering er at personer med ulike sykdommer, funksjonssvikt, funksjonshemninger, rusproblemer, rus og psykiske problemer, psykiske lidelser og sosiale problemer skal gis hjelp i form av tjenester som skal sette den enkelte i mest mulig stand til selvstendighet og egen mestring av hverdagen i egnet bolig. For å oppnå den overordnede målsetting vil bydelen fokusere på følgende mål og strategier i rehabiliteringsarbeidet.

Mål 1

Bydelen skal bidra til sterkere brukermedvirkning.

Strategier

1. Øke bruken av individuell plan.
2. Øke bruken av ansvarsgrupper.
3. Systematisk innhenting av erfaringer fra tjenestemottakere, pårørende og brukerorganisasjoner.

Mål 2

Bydelen skal ha god oversikt over behovet for habilitering/rehabilitering

Strategier

1. Innføre bedre styringssystem for statistikk, dokumentasjon og rapportering.

Mål 3

Bydelen skal videreutvikle differensierte tjenestetilbud og boformer.

Strategier

1. Etablere intermediære enheter/forsterkede korttidsenheter for eldre pasienter som skrives ut fra sykehus, slik at flere får mulighet til å bo i eget hjem.
2. Etablere omsorg+ som er et nytt tilbud mellom hjem og sykehjem.

Mål 4

Tjenestene skal være synlige og tilgjengelige for brukere og samarbeidspartnere.

Strategier

1. Styrke informasjonsarbeid om bydelens ulike tilbud og tjenester.

Mål 5

Den enkelte skal gis hjelp på lavest mulig omsorgsnivå.

Strategier

1. Optimal bruk av ”omsorgstrappa”.
2. Individuelt tilpassete tjenester.

Mål 6

Privatpraktiserende fysioterapeuter og leger skal integreres mer i bydelens øvrige rehabiliteringstilbud.

Strategier

1. Bydelsoverlegen deltar i almenlegeutvalget.
2. Aktuelle problemstillinger tas opp i samarbeidsutvalget.
3. Bedre informasjon til fysioterapeuter og leger om bydelens tilbud.

Mål 7

Habiliterings- og rehabiliteringstilbudene skal være tverrfaglig sammensatt.

Strategier

1. Det etableres tverrfaglige team bestående av ansatte fra samme tjenestested og med ansatte fra ulike tjenestesteder.
2. Styrke det tverrfaglige samarbeid med private og statlige instanser.

Mål 8

Bydelen skal styrke kvaliteten i tjenestene

Strategier

1. Gi ansatte opplæring og kunnskap om aktuell lovgivning for virksomheten
2. Sikre tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor aktuelle fagfelt gjennom rekruttering av kompetent personell, opplæring og videreutdanning.
3. Sikre at erfaringer fra tjenestemottakere, pårørende og brukerorganisasjoner inngår i forbedring av tjenestene.
4. Bedre samhandling og kontinuitet i tjenestene ved at kommunal, statlig og privat tjenesteyting blir sett i sammenheng.

5. Referanser

- St.meld nr 21 1998/99 – Ansvar og meistring
- Forskrift om habilitering og rehabilitering av 28.06.2001
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011
- Oslo kommunes plan for habilitering og rehabilitering 2008-2011
- Lov om pasientrettigheter § 5, retten til individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester
- Bydelens Strategisk plan 2008-2011
- Sosial- og helsedirektoratet: Brosjyren ”Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering – Synlig og brukerrettet
- Folkehelseplan for Oslo 2005-2008
- Lokal folkehelseplan for Bydel St. Hanshaugen
- Bystyremelding nr. 1 2008 om fremtidens eldreomsorg i Oslo.

Annet som direkte eller indirekte har til hensikt å regulere habiliterings- og rehabiliterings-tjenesten er

- Helsedirektoratets veiledningsserie 3-91, Medisinsk rehabilitering – planlegging og organisering.
- St. meld. nr 35, (1994-95), Velferdsmeldingen.
- St. melding nr.8, Om handlingsplan for funksjonshemmede 1998-2001.
- Veileder i habilitering for barn og unge, IK-2614, 1-98, utgitt av Helsetilsynet.
- Forskrift om individuelle planer av juni 2001.
- NOU 22/ 2001 - ” Fra bruker til borger, Sosial – og helsedept.
- Helse- og sosialombudets årsmelding 2008.