

# Interkommunal rehabiliteringsplan

---

2015-2018



**BARDU**



**SALANGEN**



**LA VANGEN**



**MÅLSELV**

## **Forord**

Arbeidsgruppa for det interkommunale samarbeidet for rehabilitering takker for oppdraget med å skrive interkommunal rehabiliteringsplan for kommunene Bardu, Lavangen, Salangen og Målselv.

Vi har etter beste evne forsøkt å se på utviklingstrekk og identifisere utfordringer for fagområdet. Vi har lagt verdier som likhet og kvalitet til grunn. På dette grunnlaget gir vi våre anbefalinger om prioriteringer og tiltak.

Det er vårt håp at planen kan bidra til å fremme god faglighet, til det beste for brukere, ansatte og pårørende i våre kommuner.

Prosjektleder vil rette en takk til alle som har bidratt inn i planarbeidet. Det er hentet mange innspill til planen fra andre parter ut over prosjektgruppen. Det er gøy å lede prosjekt når man har medarbeidere som har stor interesse og lyst til å komme med innspill til prosjektet.

*”Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen. Den skapes av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag. Sees, gripes og brukes mulighetene, er en helt annen framtid mulig!”*

- Kåre Hagen

Hege Hammer Bech  
Prosjektleder

## **Innholdsfortegnelse**

1.0. Innledning	s.3
1.1. Bakgrunn for planarbeidet	s.3
1.2. Lover og forskrifter	s.4
1.2.1. Kommunenes ansvar	s.5
1.3. Definisjon av begreper	s.5
1.3.1. Habilitering og rehabilitering	s.5
1.3.2. Koordinerende enhet	s.7
1.3.3. Koordinator	s.7
1.3.4. Individuell plan (IP)	s.7
1.3.5. Brukermedvirkning	s.8
1.3.6. Hverdagsrehabilitering	s.8
1.3.7. Universell utforming	s.9
1.4. Mål og målgrupper	s.9
1.4.1. Nasjonale mål	s.9
1.4.2. Regionale mål	s.10
1.4.3. Kommunenes målsetting	s.10
1.4.4. Målgrupper	s.11
2.0. Kommunepresentasjoner	s.11
2.1. Måselv kommune	s.11
2.2. Lavangen kommune	s.13
2.3. Salangen kommune	s.15
2.4. Bardu kommune	s.16
2.5. Befolkningsframskriving	s.18
3.0. Kommunale utfordringer	s.19
4.0. Interkommunale samarbeidsområder og tiltak	s.20
5.0. Økonomi ihht. foreslåtte tiltak	s.25
6.0. Referanser	s.27

## **1.0. Innledning**

### **1.1. Bakgrunn for planarbeidet**

Samhandlingsreformen oppfordrer til interkommunalt samarbeid for å løse de fremtidige oppgavene helse- og omsorgssektoren står overfor. Reformen anslår et befolkningsgrunnlag på ca. 20000 innbyggere for å opprettholde tilstrekkelig kompetanse for å løse oppgavene. Mindre kommuner kan få problemer med å fylle dette kompetansebehovet. Ved å ta utgangspunkt i den enkelte kommune og bygge videre på dette kan man i fellesskap styrke kompetansen og tjenestetilbudet til innbyggerne i området.

Bardu, Lavangen og Salangen har siden 2007 driftet en felles interkommunal legevakt. Målselv kommune sluttet seg til samarbeidet i 2008. Legevakta drives etter vertskommuneprinsippet og det er Bardu kommune som er vertskommunen. Legevakta er samlokalisert med Troms Militære Sykehus (TMS).

I kommunesamarbeidet har det fra styringsgruppa til legevakta vært et ønske at man skal se på flere områder for interkommunalt samarbeid – bl.a. rehabilitering. Styringsgruppa består av rådmennene i de fire kommunene. Styringsgruppa ga i januar 2013 prosjektgruppa i det interkommunale samarbeidet et mandat til å utarbeide en interkommunal rehabiliteringsplan i tråd med gjeldende lover og forskrifter.

Prosjektgruppa som består av pleie og omsorgsledere, brukerrepresentanter og ansattrepresentant har igjen utnevnt en arbeidsgruppe til å utføre arbeidet med planen. Gruppa er sammensatt av ulike profesjoner med deltakere fra alle kommunene.

Arbeidsgruppa har bestått av:

Hege Hammer Bech – prosjektleder og sykepleier

Torun Bones Sandvik – fysioterapeut Bardu kommune

Inger Sæterhaug – fysioterapeut Målselv kommune

Anne Vestermo Nesje – ergoterapeut Salangen kommune

Norunn Johansen – PRO leder og sykepleier Lavangen kommune

Brukermedvirkningen er ivaretatt på systemnivå ved at vi har hatt to brukerrepresentanter i prosjektgruppen samt avholdt idemyldringsmøte ved oppstart der man kunne komme med innspill til planarbeidet.

Målet med en interkommunal rehabiliteringsplan er å øke fokus på rehabiliteringsområdet for å kunne sikre at alle mennesker med behov for habilitering og rehabilitering får et likeverdig og helhetlig tilbud – samt se på muligheten for tiltak og samarbeid på tvers av kommunegrensene. Planen skal skape en felles forståelse av begrepet rehabilitering og klargjøre hva som er kommunenes ansvar. Den vil også være til informasjon for de som har behov for rehabilitering.

Planen vil være et godt utgangspunkt for det interkommunale samarbeidet. Det er mange momenter som er drøftet underveis. Men de tiltakene som er foreslått i planen er de tiltakene som anses som lett gjennomførbare. Det vil være naturlig at det underveis i perioden vil dukke opp nye tiltak og nye samarbeidsområder. Dette vil bli tatt høyde for ved revidering av planen.

## **1.2. Lover og forskrifter**

Aktuelle lover og forskrifter i forhold til rehabilitering er:

- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator  
<http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=habilitering+og+rehabilitering>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)  
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Lov om folkehelsearbeid  
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelse>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter  
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettigheter>  
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2013-06-21-79?q=pasientrettigheter>
- Lov om sosiale tjenester i NAV  
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131?q=sosiale+tjenester>
- Opplæringsloven  
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61?q=oppl%C3%A6ringsloven>
- Plan- og bygningsloven – byggeteknisk forskrift  
[http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-03-26-489#KAPITTEL\\_3](http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-03-26-489#KAPITTEL_3)

- Samhandlingsreformen

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen.html?id=6804>

24

Helsedirektoratet holder på å utarbeide ny veileder til forskrift om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Veilederen er planlagt ferdig oktober 2014 og vil være i elektronisk format.

### **1.2.1. Kommunenes ansvar**

Kommunene har ansvar for å gi nødvendig habilitering og rehabilitering til innbyggerne. I forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator står det:

«Kommunene skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud.»

Med samhandlingsreformen har kommunene fått et tydeligere ansvar for oppfølging av pasienter og brukere, og presset på helsetjenestene er økende. Det er utfordrende for kommunene å følge opp pasienter og brukere som trenger opptrening etter sykehusopphold, og samtidig ivareta kronisk syke og funksjonshemmede med behov for planlagte og koordinerte tjenester innen habilitering og rehabilitering.

### **1.3. Definisjon av begreper**

For å få forståelse for de vanligste begrepene som brukes innenfor området settes det opp en begrepsforklaring av de viktigste begrepene som brukes innenfor rehabilitering og habiliteringsområdet.

#### **1.3.1. Habilitering og rehabilitering:**

Forskrift for habilitering og rehabilitering fra 2011§2 definerer habilitering og rehabilitering slik:

***”Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og***

***brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.***

Helse Nord spesifiserer i «Regional handlingsplan for somatisk rehabilitering 2014-2017»:

Om habilitering:

*«Målgruppen er barn, unge og voksne som har behov for habilitering pga. medfødt eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom. Habilitering særpreges av en kompleks og tverrfaglig innsats. Mange har funksjonsnedsettelse som gjør at de vil ha behov for habiliteringsbistand hele livet.» Regional Handlingsplan for somatisk rehabilitering i Helse Nord 2014-2017, side 5.*

Om forholdet mellom begrepene rehabilitering og opptrening:

*”Opptrening oppfattes som enkeltstående treningstiltak, og er funksjonstrening som ikke krever koordinert oppfølging. En enkelt tjeneste, selv om denne har som mål å gjenvinne funksjon, er dermed ikke å anse som rehabilitering. Samtidig er likevel målrettede treningstiltak elementer i et rehabiliteringsforløp på linje med for eksempel medisinsk behandling.” Regional Handlingsplan for somatisk rehabilitering i Helse Nord 2014-2017, side 6.*

Ved opptrening er fokus primært rettet mot å gjenvinne funksjon eller trene opp en skadet kroppsdel. Opptreningen kan være en viktig del av rehabiliteringsprosessen.

Habilitering og rehabilitering handler om et menneskes rett til deltakelse i samfunnet på tross av nedsatt funksjon. Dette er ikke synonymt med opptrening hos ergoterapeut, fysioterapeut eller andre enkelttiltak. Habilitering/rehabilitering kan både være en prosess hos brukeren og en tilrettelegging/tilpassing av nærmiljøet. Spennvidden innenfor mulige aktører er stort, f.eks. helse-, omsorgs-, psykiatri-, barneverns-, ergoterapi-, og fysioterapitjenesten, skole/barnehage/voksenopplæring, logoped, kultur, teknisk avdeling, NAV, transportvesen, frivillige organisasjoner, likemenn.

En person som har behov for rehabilitering vil i denne planen bli omtalt som bruker.

### **1.3.2 Koordinerende enhet**

Alle kommuner og regionale helseforetak ble gjennom forskrift for habilitering og rehabilitering i 2001 pålagt å opprette en koordinerende enhet for habilitering- og rehabilitering. Det ble lovfestet i den nye Helse- og omsorgstjenesteloven for kommunene gjeldende fra 1.januar 2012:

#### *§ 7-3 Koordinerende enhet*

*Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet.*

*Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter §§ 7-1 og 7-2.*

I forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator står det videre om koordinerende enhets oppgaver:

- Koordinerende enhet skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.
- Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal motta meldinger om behov for individuell plan – samt sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeidet.

### **1.3.3. Koordinator**

Den nye helse og omsorgstjenesteloven sier følgende om koordinator rollen:

#### *§ 7-2 Koordinator*

*For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.*

### **1.3.4. Individuell plan (IP)**

Alle som har behov for langvarig og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Den nye helse og omsorgstjenesteloven sier følgende om individuell plan:

#### *§ 7-1 Individuell plan*



*Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.*

*Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres.*

Formålet med individuell plan er et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som er ansvarlig for oppfølging av bruker. Den individuelle planen gir ikke brukeren større rett til tjenester enn det som følger av det øvrige regelverket, men den synliggjør arbeidet og ansvarsområdene i et rehabiliteringsarbeid.

Tjenestemottaker skal ha gitt samtykke til utarbeidelse av individuell plan.

De langsiktige målene må være motiverende og gi brukeren noe å strekke seg mot. Konkrete delmål, relatert til brukers muligheter, må kunne oppnås på kort sikt og evalueres fortløpende. Evalueringen skjer mellom bruker og aktuelle faggrupper.

### **1.3.5. Brukermedvirkning**

Definisjonen på brukermedvirkning som brukes mest i Norge kommer fra stortingsmelding nr.34 (1996-97) «Brukermedvirkning, som vil si at de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet» (1.2.6. Kap 7) Brukeren skal ikke betraktes som en passiv mottaker av tjenestene, men blir møtt som en aktiv deltaker i sin behandlingsprosess.

Internasjonal forskning dokumenterer at man oppnår mest effektivitet av rehabiliteringen når denne er brukerstyrt, har brukerdefinerte aktivitetsmål og foregår i et tverrfaglig miljø.

### **1.3.6. Hverdagsrehabilitering**

Hverdagsrehabilitering er forebygging og rehabilitering mens brukeren bor i eget hjem. Den starter med spørsmålet: Hva er viktige aktiviteter for deg nå? For mange dreier det seg om å mestre hverdagsaktiviteter som å stille seg selv, lage mat, gå til butikken, leke med barnebarn, hogge ved eller gå på kafe. I hverdagsrehabilitering er innsatsen tverrfaglig. Ergoterapeuter og fysioterapeuter, samt sykepleiere med rehabiliteringskompetanse, er faglige pådrivere og står for

opplæring av pleiere og hjemmehjelpere. Hverdagsrehabilitering er basert på en intensiv innsats i oppstarten, og gradvis avvikling av opptrening etter hvert som funksjonen bedres. For å sikre kontinuitet etableres det et team rundt hver enkelt bruker. Hverdagsrehabilitering skiller seg fra ordinære pleie- og omsorgstjenester og spesialisert rehabilitering. Den enkeltes hverdagsmestring vektlegges før passive eller kompensierende tilbud gis.

### **1.3.7. Universell utforming**

Når et område, en bygning eller et produkt er universelt utformet skal hoved løsningen kunne brukes av alle, uten særløsninger. Dette er en viktig strategi for å oppnå et samfunn der flest mulig har anledning til å være selvstendige. Regjeringen sier i sin handlingsplan for universell utforming at alle kommuner i Norge bør ha minst ett friluftsområde som er tilgjengelig og brukbart for flest mulig. Kravene til universell utforming er høye, og kan være uoppnåelige i naturlandskapet, derfor brukes gjerne begrepet ”tilgjengelig” når man opparbeider naturområder til frilufts formål for alle.

For byggverk sier plan- og bygningsloven i byggeteknisk forskrift § 12-1.

Krav om universell utforming av byggverk:

*”Byggverk for publikum og arbeidsbygning skal være universelt utformet slik det følger av bestemmelser i forskriften, med mindre byggverket eller del av byggverket etter sin funksjon er uegnet for personer med funksjonsnedsettelse.”*

I veiledningen står det videre: *Universell utforming av byggverk tilsier at hoved løsningene skal være utformet slik at de kan brukes av flest mulig på en likestilt måte. Kravet omfatter både planløsning og andre forhold som påvirker brukbarheten av byggverket, for eksempel lysforhold, lydforhold og innemiljø. Krav om universell utforming gjelder byggverk for publikum og arbeidsbygning.*

## **1.4. Mål og målgrupper**

### **1.4.1 Nasjonale mål**

*«Når sykdom rammer, skal helse- og omsorgstjenesten behandle, lindre og bistå i rehabilitering på best mulig måte. Målet er flest mulig gode leveår for alle, og reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen.»*

*«Det skal legges økt vekt på habilitering og rehabilitering. Kommunene skal ha et tydeligere ansvar for dette tjenesteområdet. Dette innebærer at kapasitet, faglig bredde, kompetanse og kvalitet i tjenestene samsvarer med behovet. Helhetlige tilbud til personer med behov for koordinerte tjenester skal sikres gjennom samarbeid på tvers av fag, nivåer og sektorer. Både kommuner og helseforetak skal ha synlige koordinerende enheter med god forankring og tydelige funksjonsbeskrivelser i tråd med nytt lovverk.*

*Samhandling mellom helse og utdanning er særlig sentralt innen habiliteringstilbudet til barn og unge.» IS-1/2014*

#### **1.4.2. Regionale mål**

Regional handlingsplan for somatisk rehabilitering i Helse Nord har følgende mål:

*«Handlingsplanens mål er å bidra til god kvalitet, tilstrekkelig kapasitet og likeverdige tilbud for pasientene med behov for rehabiliteringstjenester fra spesialisthelsetjenesten i Helse Nord. Rehabiliteringspasienten skal møte en helsetjeneste med spesialisert kompetanse, evne til å mestre faglig kompleksitet og med ressurser til å tilby intensitet i behandling. Et godt rehabiliteringsforløp forutsetter også vår vilje og evne til forpliktende samspill med kommunehelsetjenesten, bygget på anerkjennelse av førstelinjens styrke.»*

#### **1.4.3. Kommunenes målsetting**

Kommunene slutter seg til de nasjonale målene for rehabilitering.

Kommunene har som mål:

- Å organisere en rehabiliteringstjeneste hvor brukeren skal være medvirkende i rehabiliteringsprosessen, samt sørge for at tiltak og tjenester for brukerne samordnes.
- Å identifisere og registrere behov for rehabilitering, samt igangsette, gjennomføre og følge opp tiltak som lar seg løse lokalt med utgangspunkt i individuell plan. Hvem som helst i kommunal tjeneste, uavhengig av profesjon, som oppdager et behov for rehabilitering melder fra til koordinerende instans. Nye brukere blir meldt fra 2.-3. linjetjenesten.
- At den enkeltes tjenestetilbud fra kommunen og spesialisthelsetjenesten er samordnet jfr. retningslinjer for samarbeid mellom UNN og kommunene.
- Å sikre at brukere med annen språk- og kulturbakgrunn får tilrettelagte tjenester med utgangspunkt i deres kulturbakgrunn.

#### 1.4.4. Målgrupper

”Målgruppene for rehabilitering er i utgangspunktet alle med funksjonsproblem og som har behov for assistanse til at nå eller halde ved like sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle, psykiske og sosiale funksjonsnivå.” St.meld. 21(1998-1999) Ansvar og meistring.

Rehabiliteringsarbeidet på kommunalt plan gjelder alle som av ulike årsaker har en funksjonsnedsettelse som gjør det vanskelig å fungere i det daglige. Årsaken kan for eksempel være muskel/skjelettsykdommer, sykdommer i nervesystemet, kreft, hjerte/lungesyke, utviklingshemming, sansetap, psykisk lidelse og rusmiddelskade. Det kan også være en kombinasjon av flere funksjonsnedsettelser.

Livsstilssykdommer og kroniske sykdommer er økende i samfunnet og vil i mange tilfeller føre til nedsatt funksjon og behov for rehabilitering. Antall eldre er økende, og flere vil ha risiko for utvikling av for eksempel demens, skrøpelighet, fallskader.

## 2.0. Kommunepresentasjoner

Hver kommune vil bli presentert i et skjema slik at man lett kan få en oversikt over hva man har i den enkelte kommune

### 2.1. Målselv kommune

<b>Målselv kommune</b>	Kommuneadministrasjon Moen Tlf. 778 37700
<b>Innbyggertall</b>	6630 (pr 01.01.14) 5,1% er innvandrere
<b>Areal</b>	3322 km <sup>2</sup>
<b>Koordinerende enhet</b>	Fysioterapitjenesten, Målselv helsesenter Tlf. 778 32550
<b>Skoler/barnehager</b>	8 barnehager, 8 grunnskoler, 1 videregående skole (Bardufoss Høgtun vg skole.)
<b>Sykehjem/omsorgsboliger/ bofellesskap for eldre</b>	Målselv syke- og aldershjem (MSAH) på Moen, 45 plasser og 10 pensjonærplasser. Pensjonærplassene er planlagt nedlagt. Tlf. 778 32700 Øverbygd sykehjem og omsorgssenter (ØSO) på Holt, 10

	<p>sykehjemsplasser og 15 plasser med heldøgns omsorg og pleie på omsorgssenteret. Tlf. 778 32800</p> <p>Målselvtunet på Andslimoen, 8 plasser for demente med behov for skjerming. Tlf. 778 32547</p> <p>I tilknytning til MSAH ligger et bofellesskap for eldre, Ekornlund, med 7 leiligheter og 2 hybler. Det er vedtatt at det Målselvtunet skal bygges ut med 8 nye demensplasser og 8 korttidsplasser.</p>
<b>Hjemmetjeneste</b>	<p>PRO nedre har base ved MSAH og har døgnbemanning. Tlf. 778 32700</p> <p>PRO Øvre har base ved ØSO. Tlf 778 32800</p>
<b>Dagtilbud for demente-lovpålagt fra 2015</b>	Målselvtunet har et lite dagtilbud for hjemmeboende demente to dager pr uke.
<b>Legetjeneste</b>	<p>Måselv helsesenter, tlf 778 32500</p> <p>Helsehuset på Holt, tlf 778 32600</p> <p>Kreftsykepleier, Tlf. 45201392</p>
<b>Legevakt</b>	Interkommunal legevakt tlf 771 81 000
<b>Helsestasjon</b>	<p>Andslimoen tlf 778 32530.</p> <p>- Har tilbud om helsestasjon for ungdom en kveld i uka. Holt tlf 93468710</p> <p>Jordmor</p> <p>Miljøterapeut for barn og unge.</p>
<b>Fysioterapi</b>	<p>Måselv helsesenter, to kommunale stillinger, tlf 778 32550.</p> <p>Øverbygd eldresenter, kombinert 0,2 kommunal og 0,8 privat, tlf. 412 57748</p> <p>Bardufoss fysikalske institutt, to private, tlf. 778 33349</p> <p>Effekt trening og helse, 0,8 privat, tlf. .</p>
<b>Ergoterapi</b>	Har ikke.
<b>Logoped</b>	Har ikke
<b>Psykisk helsetjeneste</b>	<p>Måselv helsesenter og Øverli, tlf. 41529699</p> <p>Åpen omsorg/utetjeneste.</p> <p>Dagsenter.</p> <p>Bofellesskap (BOA) med 5 leiligheter for brukere med rus/psykiatriproblematikk.</p>

<b>Tjenesten for funksjonshemmede</b>	Saksbehandler for de under 18 år, tlf 93285947 Saksbehandler for de over 18 år, tlf 45489511 Miljøarbeidertjeneste på Moen og Andslimoen som driver bofellesskap og utetjeneste. Avlastningsbolig for barn og unge på Andslimoen.
<b>Frisklivssentral</b>	Fysioterapitjenesten, Målselv helsesenter, tlf 778 32550
<b>Frivillig arbeid</b>	Frivilligsentral på Bardufoss, tlf 415 13135 Frivillige lag og foreninger, aktiviteter og friluftsliv – se kommunens hjemmeside.
<b>Annet</b>	Både PRO, psykisk helsetjeneste og tjenesten for funksjonshemmede har tilbud om støttekontakt eller brukerstyrt personlig assistent. Kommunen har avtale med flere private aktører ifht. Pleie –og omsorgstjenester og innenfor tjenesten for funksjonshemmede. Privatpraktiserende psykolog på Målselv helsesenter, tlf. Arbeidssamvirke i offentlig virksomhet, MONTAR, med lokaler på Moen, tlf. 778 31471 Asylmottak i Heggelia tlf 479 27620 Barnevernsinstitusjon, Nymogården/Aleris, tlf. 778 37365  Turopplegg for bevegelseshemmede: Se Målselv under <a href="http://www.telltur.no">www.telltur.no</a> Handicapfiskeplass finnes i Vika, Målsnes – samt i Dividalen

## 2.2. Lavangen kommune

<b>Lavangen kommune</b>	Kommuneadministrasjon på Tennevoll. Tlf 771 76610
<b>Innbyggertall</b> <b>Areal</b>	1016 (pr 01.01.14) Ca 20 % av befolkningen er samer. 2,2 % er innvandrere 304 km <sup>2</sup>
<b>Koordinerende enhet</b>	Pleie, rehabilitering og omsorgsavdelingen (Pro avdelingen) Administrasjon er lokalisert på Lavangsheimen. Pro leder er leder for enheten tlf 771 76578.

	Administrerer Individuelle planer, ansvarsgrupper, praktisk bistand, hjemmetjenester, hjelpemidler, støttekontakt, brukerstyrt personlig assistent, omsorgslønn, avlastning, Parkeringskort, Transporttjenestekort, korttidsopphold på Lavangsheimen for behandling og/eller rehabilitering, langtidsopphold på Lavangsheimen, omsorgsboliger.
<b>Skoler/barnehager</b>	Lavangen skole Lauvmakken barnehage Fossbakken Barnehage (samisk barnehage)
<b>Sykehjem/omsorgsboliger</b>	Sykehjemmet, Lavangsheimen har totalt 15 plasser for langtidsopphold, avlastning, rehabilitering og korttidsopphold. Kommunen har 24 omsorgsleiligheter som er tilpasset funksjonshemmede. Tlf 771 76571
<b>Hjemmetjeneste</b>	Hjemmetjenesten har sitt kontor og utgangspunkt fra Lavangsheimen. Tlf 771 76620 Fra kl 22 til 7.30 betjenes tjenesten av Lavangsheimen.
<b>Botilbud for eldre</b>	Lavangsheimen og hjemmetjenesten
<b>Dagtilbud for eldre</b>	Dag aktivitetsplass på Lavangsheimen 3 dager i uken for demente.
<b>Legetjeneste</b>	Lavangen legekantor har kommuneoverlege, fastlegestilling og turnuskandidat. Tlf 771 76999
<b>Legevakt</b>	Interkommunal legevakt på TMS tlf 771 81 000
<b>Helsestasjon</b>	Helsestasjon tlf 771 76526 Jordmor tlf 771 76526
<b>Fysioterapi</b>	Privatpraktiserende tlf 928 55886
<b>Ergoterapi</b>	Betjenes av hjemmetjenesten. Miljøterapeut i 100 % stilling er utdannet ergoterapeut.
<b>Logoped</b>	Har ikke
<b>Psykisk helsetjeneste</b>	Psykatri/rus tjenesten tlf 77176630
<b>Tjenesten for funksjonshemmede</b>	Ivaretas av Pro avdelingen
<b>Frisklivssentral</b>	Under etablering.
<b>Frivillig arbeid</b>	Frivilligsentral Frivillige lag og foreninger, aktiviteter og friluftsliv – se kommunens hjemmeside.

<b>Annet</b>	Kommunale bygg som servicebygg, helsesenter, sykehjem, skole og barnehager er universelt utformet slik at det skal lette adkomsten for funksjonshemmede. Også det private næringsliv, lag og foreninger som har bygg som skal være tilgjengelig for allmennheten har tatt hensyn til fremkommelighet for funksjonshemmede.
--------------	--

### 2.3. Salangen kommune

<b>Salangen kommune</b>	Kommuneadministrasjon Sjøvegan Tlf 77172000
<b>Innbyggertall</b>	2220 (pr 01.01.13)
<b>Areal</b>	8,5% er innvandrere 458 km <sup>2</sup>
<b>Koordinerende enhet</b>	Rehabiliteringskoordinator, helsesenter Sjøvegan, tlf. 77172078 Omsorgsteamet fatter vedtak om individuell plan og koordinator
<b>Skoler/barnehager</b>	4 barnehager, 1 barne -og ungdomsskole,1 videregående skole
<b>Sykehjem/omsorgsboliger</b>	Salangen Bo- og eldresenter (SABE), 28 plasser (pt er 22 i bruk) og 2 korttidsplasser. 4 omsorgshybler og 15 omsorgsleiligheter (Toppen) beliggende på SABE Tlf 77172081
<b>Hjemmetjeneste</b>	Hjemmetjenesten har base på SABE. Det er ikke døgnbemanning. Tlf 77172093
<b>Botilbud for eldre</b>	Se under sykehjem/omsorgsboliger
<b>Dagtilbud for eldre</b>	Finnes ikke
<b>Legetjeneste</b>	Sjøvegan helsesenter, tlf 77172065 3 leger og turnuslege
<b>Legevakt</b>	Interkommunal legevakt TMS, tlf 771 81000
<b>Helsestasjon</b>	Helsesenter Sjøvegan, tlf 77172071 . 2,8 stillinger Helsestasjon for ungdom 1dag/uka



<b>Fysioterapi</b>	Sjøvegan helsesenter, 2 kommunale stillinger, tlf 77172080.
<b>Ergoterapi</b>	Sjøvegan helsesenter, 50% stilling, kombinert med 50% rehabiliteringskoordinator
<b>Logoped</b>	Har ikke
<b>Psykisk helsetjeneste</b>	Sjøvegan helsesenter, 2 stillinger, tlf. 77172076 Åpen omsorg/utetjeneste.
<b>Tjenesten for funksjonshemmede/ Miljøtjeneste</b>	Miljøtjeneste funksjonshemmede, bofellesskap og utetjeneste.tlf 92289350 Miljøtjeneste Enslige mindreårige flyktninger, tlf 454 89511
<b>Frisklivssentral</b>	50% stilling Folkehelsekoordinator, Sjøvegan helsesenter, tlf 90203885
<b>Frivillig arbeid</b>	Frivilligsentral på Sjøvegan tlf 77171142 Frivillige lag og foreninger, aktiviteter og friluftsliv – se kommunens hjemmeside.
<b>Annet</b>	Støttekontakt, brukerstyrt personlig assistent, omsorgslønn, avlastning Astafjord Vekst, vekstbedrift har avdeling på Sjøvegan, tlf Mottakssentral for asylsøkere, tlf Vertskommune for interkommunal barneverntjeneste tlf. Barnevernsinstitusjon Lamo Senter for psykisk helse,UNN, poliklinikk på Sjøvegan

#### 2.4. Bardu kommune

<b>Bardu kommune</b>	Kommuneadministrasjon Setermoen Tel: 771855200
<b>Innbyggertall</b>	4.067 innbyggere i 2014 6,5% er innvandrere
<b>Areal</b>	2700 km <sup>2</sup>
<b>Koordinerende</b>	Leder: Gurine Haaksvold ergoterapeut

<b>enhet</b>	Tel: 98687428
<b>Skoler/barnehager</b>	7 barnehager, 3 barneskoler, 1 ungdomsskole. Læringsenhet for voksenopplæring/norskopplæring for flykninger
<b>Sykehjem/omsorgsboliger</b>	Barduheimen sykehjem parkveien 25, Tel: 77185550, 32 plasser, 10 plasser ved Nordstua (demensavd.)
<b>Hjemmetjeneste</b>	Pleie- og omsorgstjenesten Tel: 88175550/ 90050376, inndelt i 3 soner består av hjemmesykepleie og hjemmehjelpstjeneste.
<b>Botilbud for eldre</b>	12 leiligheter i vekved og 11 leiligheter i parkveien
<b>Dagtilbud for demente</b>	Dagtilbud 3 ganger pr uke
<b>Legetjeneste</b>	6 fastleger + 1 turnuslege
<b>Legevakt</b>	Interkommunal legevakt på TMS tel: 771 81 000
<b>Helsestasjon</b>	Helsestasjon, Tel: 77185514 Jordmor Tel: 77185513
<b>Fysioterapi</b>	Bardu helsesenter, Tel: 77185510, 3 fysioterapeuter
<b>Ergoterapi</b>	1 ergoterapeut, Tel: 77185539 1 hjelpemiddelkontakt/hørselskontakt, Tel: 77185529
<b>Logoped</b>	Har ikke
<b>Psykisk helsetjeneste</b>	Barduheimen, 1. etasje Tel: 77185423 1 stilling for barn og unge Møteplassen dagsenter 3 ganger i uken.
<b>Tjenesten for funksjonshemmede</b>	Åsveien 54 Tel: 77185790 Heldøgntjeneste.
<b>Frisklivssentral</b>	Barduhallen Tel: 77185214 Folkehelsekoordinator 77185200
<b>Frivillig arbeid</b>	Har ikke frivillighetssentral Frivillige lag og foreninger, aktiviteter og friluftsliv – se kommunens hjemmeside. Turopplegg for bevegelseshemmede: Se Bardu under <a href="http://www.telltur.no">www.telltur.no</a> eller på bardu.kommune.no – under folkehelse og frisklivssentral

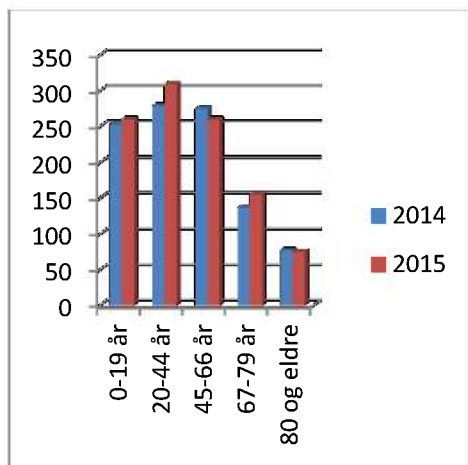
<b>Annet</b>	Bardu kommune har tilbud om støttekontaktordning, Asylmottak 100 plasser + 20 plasser forsterket mottak.
--------------	--

## 2.5. Befolkningsframskriving:

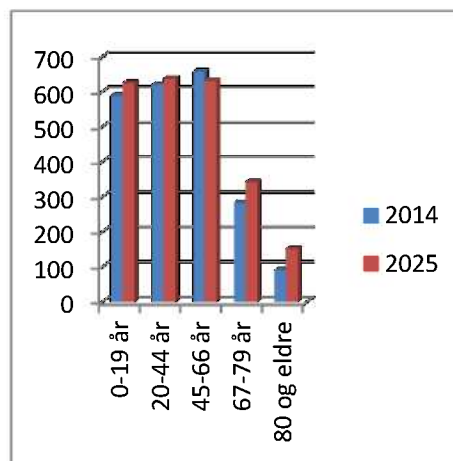
Nedenunder vil dere se en antatt befolkningsframskriving i våre kommuner fra 2014-2025. Tallene er hentet fra statistisk sentralbyrå- framskrevet befolkning. Tallen viser at det er en betydelig vekst av antall eldre i 2025.

I stor grad er det den eldre befolkningen som har en økt bruk av rehabiliteringstjenester, men dette vil fort kunne endres hvis enkeltpersoner får behov for tung rehabilitering.

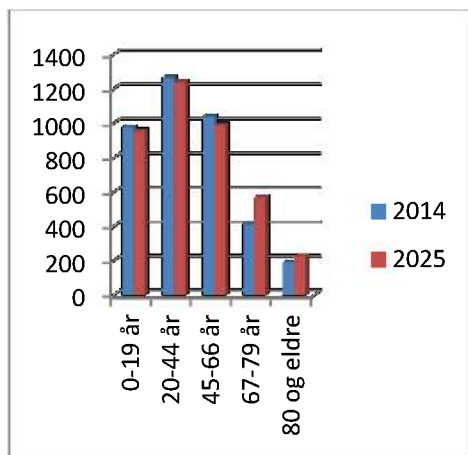
**Diagram 1: Lavangen kommune**



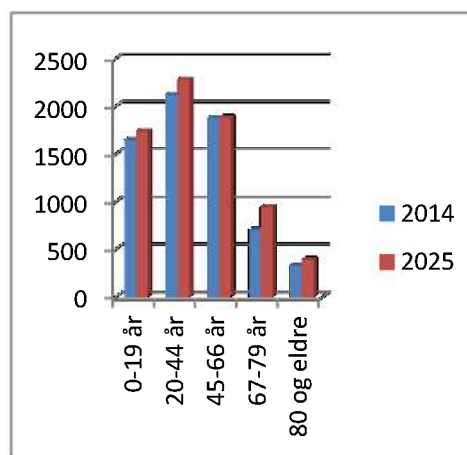
**Diagram 2: Salangen kommune**



**Diagram 3: Bardu kommune**



**Diagram 4: Målselv kommune**



### 3.0. Kommunale utfordringer

Kommunene står overfor en del utfordringer som vil ha betydning for rehabiliteringsfeltet.

- Samhandlingsreformen - tidlig utskriving, kompliserte behandlingsprosedyrer.
  - Dårlig flyt i pasientforløp og forpliktende samarbeid mellom ulike nivåer, tjenester og etater.
- Kvalitetssikring av rehabiliteringstilbudet
  - \* Kompetanse
  - \* Tilgjengelighet, organisering og tverrfaglig samarbeid
  - \* Kapasitet- menneskelige ressurser, rehabiliteringsplasser.

Det kan være en utfordring å drive rehabilitering på sykehjem. Spesielt i de tilfeller det er unge brukere som trenger rehabilitering i institusjon, eller der hvor det er kompetanseutfordringer i forbindelse med rehabiliteringen.
- Livsstilssykdommer som diabetes, KOLS, fedme, kreft, hjerte/ lungesykdom er økende i befolkningen. Dette kan medføre økt sykefravær.
- Et økende antall eldre vil medføre økning i brukere med demens, kreft, diabetes, psykiske lidelser, ensomhet.
- Medisinsk utvikling – flere overlever med store funksjonsnedsettelse.
- Rusomsorgen - lite statlige behandlingsplasser, oppfølging, botilbud.
- Psykisk helsearbeid - oppfølging, botilbud, behov for døgntjeneste.
- Dårlig kommuneøkonomi - effektivisering, rekruttere og beholde fagkompetanse.
- Lange avstander - ressursbruk, ensomhet.
- Nytt lovverk skaper større økonomiske utfordringer for kommunene

Habilitering- og rehabiliteringsvirksomhet på kommunalt nivå skal synliggjøres. Brukere og samarbeidspartnerne skal kunne vite hvor en skal henvende seg ved forespørsel, og andre instanser skal ha en fast adresse å forholde seg til. Det er behov for en felles grunnforståelse av rehabilitering. Man må avklare roller og ansvar og få på plass klare og formelle samarbeidsrutiner mellom alle aktuelle aktører. Kommunen må også få i stand jevnlig opplæring av personlige koordinatorene, samt veiledning og oppfølging av disse. Det er viktig å finne gode arbeidsredskaper for å kunne arbeide tverrfaglig, f.eks. bruk av elektronisk

IP/IOP, mobil omsorg, ha fysiske møteplasser for profesjonene i forhold til brukerne. Det må arbeides med felles metoder, prosedyrer og dokumentasjonsverktøy knyttet til bl.a. individuell plan.

**For å oppnå kvalitet mener vi:**

- *Alle kommuner skal ha fungerende koordinerende enheter.*
- *Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene må sikre kontinuitet, veiledning og gode overganger mellom forvaltningsnivåene.*
- *De som jobber inn mot fagfeltet må ha interesse for habilitering, rehabilitering og tverrfaglig samarbeid.*
- *Kommunene må tilby kontinuerlig faglig oppdatering innen feltet.*
- *Kommunene må tilby ulike typer habilitering og rehabilitering etter behov og funksjon.*
- *De som trenger det må søke om å få utarbeidet en individuell plan og koordinator, og koordinatoren må ha et spesielt ansvar for at planen gjennomføres.*
- *Samarbeidsavtalene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene må forankres og være kjent blant fag- og bruker gruppene slik at disse mulighetene blir brukt.*

#### **4.0. Interkommunale samarbeidsområder**

Det interkommunale samarbeidet må forankres både politisk og administrativt i kommunene. Arbeidsgruppa har i forbindelse med prosjektarbeidet sett på områder man kan samarbeide interkommunalt.

- Interkommunal koordinerende ressursgruppe: Skape en interkommunal møtearena for ledere av koordinerende enhet i de 4 kommunene. Det vil være et fast møtepunkt for å søke råd og veiledning på tvers av kommunegrensene. Her kan man ta opp utfordringer samt spesielle diagnoser slik at man kan ha råd og veiledning på tvers av kommunegrensene. Gruppen setter ned agenda for samlingene i fellesskap. Det vil være behov for å ha en 20 % stilling som interkommunal koordinator.
  - Tiltak: Opprette 20% stilling som interkommunal koordinator
    - ha ansvaret for å koordinere samarbeidet, dvs. innkallinger, referater, foredragsholdere, fordele oppgaver, planlegge og arrangere fagdag. Invitere aktuelle parter til nettverkssamlinger alt etter tema. Dette kan f.eks

være skole/ barnehage, foreldre, pårørende til barn/ voksne med spesielle diagnoser/behov.

- Tiltak: 3-4 interkommunale samlinger årlig
  - Tiltak: Lage en årlig handlingsplan for de interkommunale tiltakene i ressursgruppen, herunder også kompetanseheving i form av interkommunal fagdag. Dette fordrer at man vet hvilke lokale utfordringer kommunene står i og kommunene har derfor ansvar for å lokalt se på hvilke kommunale utfordringer som kan tas med inn i det interkommunale samarbeidet.
  - Tiltak: Lokale samarbeidsmøter i forkant av ressursgruppesamlingene.
  - Tiltak: Ansvar for å følge opp tiltak samt revidere rehabiliteringsplanen
- Interkommunal opplæring og veiledning av koordinatorene. Felles opplæring og veiledning av de som skal være koordinatorene for brukere ute i kommunene. Interkommunal koordinerende enhet organiserer dette.
    - Tiltak: Arrangere en årlig samling i året for de som fungerer som koordinatorene for brukerne på tvers av kommunene. Arbeidsgruppen foreslår at samlingen legges til høsten.
  - Interkommunale fagdager/kurs. Kompetansesamarbeid er et område vi allerede har erfaringer fra og kompetanseheving på tvers av kommunegrensene har vist seg å være veldig nyttig. Ved å arrangere fagdager lokalt har flere mulighet til å delta. Man stifter nye bekjenskaper som gjør det lettere å ta kontakt i ettertid. Dette kommer brukerne til nytte ved at fagpersonene i tjenestene er faglig oppdatert på de samme områdene på tvers av kommunene.
    - Tiltak: Arrangere en årlig interkommunal fagdag med tema innenfor rehabiliterings- og habiliteringsfeltet. Se på muligheter for å søke midler til gjennomføring av interkommunal fagdag. Arbeidsgruppen foreslår at fagdagen legges til våren.
  - Samarbeid rundt hverdagsrehabilitering som arbeidsform. Kommunesamarbeidet søkte i mars 2014 midler fra Helsedirektoratet til et forprosjekt for interkommunalt samarbeid om hverdagsrehabilitering. Her ønsker vi å få til et samarbeid med KomOpp -

opplæringskontoret for offentlig sektor i Troms. I dette samarbeidet er det ønskelig å bruke lærlinger i helsefagarbeid som en del av de teamene som skal drive hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering er tverrfaglig samarbeid mellom fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og hjemmetrener. Prosjektet skal utarbeide en modell for interkommunalt samarbeid som igjen kan brukes i tjenesten – det vil være naturlig at deler av prosjektet foregår kommunalt mens andre deler foregår interkommunalt.

- Tiltak: Gjennomføre forprosjekt fra august 2014 – ca februar 2015. Kommunene tildeles midler fra Helsedirektoratet (HD) til gjennomføring av forprosjekt som et følgeprosjekt fra HD. Prosjektet skal komme frem med en skisse for gjennomføring og kostnader til oppstart av 2-årig Hverdagsrehabiliteringsprosjekt
  - Tiltak: Opprette interkommunalt tverrfaglig hverdagsrehabiliteringsteam – dette blir en del av forprosjektet
  - Tiltak: Gjennomføre 2-årig prosjekt med Hverdagsrehabilitering. Forprosjektet vil kunne si noe om fordeling av ressurser og kostnader, det blir derfor ikke tatt med i planen. Det vil ses på muligheter for å søke midler til gjennomføring av et slikt prosjekt. Målet vil være å få hverdagsrehabilitering som et fast tiltak i kommunene fra senest 2017. Det vil i en slik gjennomføring både bli brukt lokal og interkommunale tiltak.
- Spesialkompetanse. Kommunene bør kunne samarbeide om fagpersoner med spesialkompetanse, f.eks. kreftsykepleier, diabetessykepleier, ernæringsfysiolog m.fl. Det er lange avstander – så det tenkes ikke til individuell behandling overfor brukere, men som ressurs i forhold til internundervisning og veiledning – samt ifht. lærings- og mestringskurs for brukere og pårørende. Vi ser også bruk for å kunne samarbeide om kompetanse innenfor frisklivsarbeidet.
    - Tiltak 1: Se på muligheten for å arrangere lærings- og mestringskurs interkommunalt, som er gruppebasert opplæring for brukere og pårørende i alle aldre. Hensikten med opplæringen er å bidra til økt mestring for brukere og pårørende med langvarige sykdommer og/eller funksjonsnedsettelse.

- Tiltak 2: Invitere frisklivsentralene og folkehelsekoordinatorene til samarbeidsmøte for å se på aktuelle samarbeidsområder innenfor rehabilitering både lokalt og interkommunale.
  - Tiltak 3: Delta på nasjonal nettverkssamling og bli deltaker i kommunenettverket for lærings- og mestringstjenester i nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse.
- Velferdsteknologi: Velferdsteknologi er på full fart inn i kommunene som et aktuelt hjelpemiddel i pleie- og omsorgssektoren. Dette kan være et viktig bidrag i møte med samfunnets omsorgsbehov – også innenfor rehabilitering.
    - Tiltak: Utrede om dette kan være et aktuelt samarbeidsområde i det interkommunale samarbeidet. Se på aktuelle tiltak, kostnader samt søke midler.
  - Rehabiliteringsplasser. Som tidligere nevnt gjør samhandlingsreformen at kommunene må takle flere problemstillinger på hjemmebane. Sykehjemmene er fylt opp med de aller dårligste brukerne. Vi ser et stort behov for korttidsplasser og rehabiliteringsplasser hvor brukere som ikke klarer seg hjemme kan være en kort periode og få intensiv hjelp til konkrete problemstillinger. Dette gjelder både de som trenger en mellomstasjon etter sykehusopphold – og de som får et midlertidig funksjonsfall som kan slippe å bli innlagt på sykehus, men få hjelp lokalt. Kommunene kan her ha et samarbeid om eksisterende plasser med tilgjengelig fagkompetanse.
    - Tiltak: Samarbeid om kjøp av korttidsplasser og rehabiliteringsplasser på tvers av kommunene hvis det er kapasitet.
    - Tiltak: Vurdere muligheten for å opprette interkommunale rehabiliteringsplasser, men dette vil kreve en kartlegging gjennom et forprosjekt.
  - Felles prosedyrer og at man bruker samme navn på funksjoner. Vi ser at man kan komme langt i samarbeidet med å utarbeide felles maler og prosedyrer. Rådgivning og veiledning på tvers av kommunene vil være lettere når man jobber med samme type dokumenter
    - Tiltak: Utarbeide felles prosedyrer for rehabiliteringstjenesten i det interkommunale samarbeidet



- Tiltak: Definere koordinerende enhets arbeidsoppgaver
  
- Elektronisk IP/IOP. En individuell plan (IP) er et viktig verktøy for å etablere et helhetlig helse- og omsorgstilbud til brukere med sammensatte behov. Et elektronisk samarbeids- og koordineringsverktøy for planer gir både tjenestemottaker og offentlige instanser mulighet til å holde seg oppdatert på status og tiltak som gjennomføres i egen og andres regi. Kommunen vil få en bedre oversikt på hvor mange planer som til enhver tid er i aktiv bruk og man vil unngå flyt av løse filer og ulike papirutgaver. Uten en elektronisk løsning må arbeidet med individuelle planer utføres ved hjelp av papir. Problemet med papirbaserte planer er at de ofte blir liggende ubrukt etter at de er fylt ut første gang. De ulike involverte aktørene er ikke sikre på hvilken versjon de sitter med, oppdateringer blir en omstendelig prosess, og planeieren blir usikker på hvem som forholder seg til planen og hvem som ikke vet at den finnes. En elektronisk IP er lett å oppdatere, den gir økt brukermedvirkning, økt samhandling mellom ulike instanser – og den vil forenkle arbeidet med møtereferat, innkalling og beskjeder de ulike aktørene i mellom.
 

Individuell opplæringsplan (IOP) skal utarbeides for alle elever som får spesialundervisning. Planen skal vise mål og innholdet i opplæringen, hvordan den skal drives og organiseres. Den individuelle opplæringsplanen utarbeides av skolen på bakgrunn av den sakkyndige vurderingen til PP-tjenesten og vedtaket om spesialundervisning. Skolen bør involvere foreldrene og eleven selv (hvis vedkommende er eldre enn 12 år) i utarbeidelsen av planen. Elektronisk IOP vil på samme måte som elektronisk IP gi større brukermedvirkning og være enklere å oppdatere.

  - Tiltak: Gjennomføre en demo med IP/IOP i samarbeid med skolene – få et interkommunalt pristilbud.
  - Tiltak: Anskaffelse og bruk av elektronisk IP
  
- Interkommunal logoped: Det er ingen av kommunene som pr i dag har logoped. Tjenesten må bestilles, men det er lite tilgang på logoped og lang ventetid. Logoped er en viktig ressurs for mange brukere i en habiliterings-/rehabiliteringsprosess.
  - Tiltak: Ansette en logoped i 100% interkommunal stilling.

Underveis i arbeidet med planen har flere mulige og ikke mulige samarbeidsområder vært diskutert. Dette er f.eks samarbeid om dagrehabilitering, interkommunal rehabiliteringsavdeling, interkommunal søknadsportal, interkommunal koordinerende enhet. Arbeidsgruppen har trukket frem de tiltakene som anses som lett gjennomførbare. Det vil i planperioden kunne dukke opp nye tiltak og nye samarbeidsområder som vil kunne være aktuelle å gjennomføre selv om de ikke er dokumentert i planverket.

- **Lokale tiltak:** Kommunene er hver i seg ansvarlig de kommunale tjenestene som skal gi brukerne et rehabiliteringstilbud ut fra de behov som brukerne har. Herunder kommer koordinerende enhet, koordinator, fys/ ergoterapitjenester, hjelpemiddelsentral, tverrfaglige møter i kommunene, lokale tverrfaglige samlinger som kan løfte frem utfordringer som tas med til det interkommunale samarbeidet. Kommunene med koordinerende enhet må kartlegge kommunens utfordring i kommunale samlinger. Hyppigheten av dette avgjøres i den enkelte kommune. Kommunene har selv ansvar for hva som skal med inn i det interkommunale samarbeidet.

### 5.0. Økonomi ihht. foreslåtte tiltak

Interkommunal rehabiliteringsplan for kommunene Bardu, Lavangen, Salangen og Målselv har status som fagplan/temaplan og er således ikke juridisk bindende, men er retningsgivende for sektorens arbeid og prioriteringer. Den skal danne grunnlag for innspill til budsjett og økonomiplan. Selv om tiltak er påført med kostnad og år, vil dette måtte veies opp mot andre tiltak og behov, og er således retningsgivende. Dette skal sammenstilles og prioriteres i forbindelse med budsjett og økonomiplan.

Tiltak	Tidsrom	Lokalt	IK	Økonomisk konsekvens	Kommentar
<b>Interkommunal koordinerte ressursgruppe</b>	3-4 ganger årlig	X	x	Arbeidsinnsats	Hver kommuner dekker sine utgifter
<b>20% Interkommunal koordinator</b>				125 000 kr	Kan f.eks. finansieres gjennom interkommunale prosjekter
<b>Interkommunale</b>	Minimum 1		x	Max 5000 kr pr	Beløpet deles på

<b>fagdager</b>	x årlig			<b>fagdager</b>	kommunene, evt bruke prosjektmidler
<b>Interkommunal prosedyrer</b>	2015		x	Arbeidsinnsats	Ses på i ressursgruppen
<b>Årlig handlingsplan for ressursgruppen</b>	2015-2018		x	Arbeidsinnsats	
<b>Forprosjekt Hverdagsrehabilitering</b>	Aug 2014- feb 2015	x	x	Prosjektmidler fra Helsedirektoratet	Tildelt 750 000 kr juli 2014
<b>2 årig prosjekt Hverdagsrehabilitering</b>	Feb 2015- jan 2017	x	x	Kostnader utredes i forprosjektet	
<b>Interkommunalt tverrfaglig hverdags - rehabiliteringsteam</b>	I løpet av 2015		x	Kostnader utredes i forprosjektet	Deles på kommunene
<b>Interkommunal samling koordinatører</b>	1 x årlig		x	Lønn til de som deltar i gruppen	
<b>Lærings- og mestringskurs</b>	1- 2 kurs årlig		x	Lønn til kursholder	Samarbeid med folkehelsekoord, kreftkoord, helsesøster, ergor/fys m.m.
<b>Delta i nettverk for lærings- og mestringsstjenester</b>	Fra 2015	x	x	Utgifter til evt nettverksamlinger	
<b>Elektronisk IP/IOP</b>	Fra 2015			90000 kr årlig 60000 kr i oppstartsutgifter	Summen er et ca beløp, samlet sum for alle 4 kommuner
<b>Minimum 1 friluftsområde i hver kommune som er tilpasset for de med nedsatt funksjonsevne</b>	2015-2018	x	x	Må utredes	Samarbeid med folkehelsekoordinatør og Midt Troms friluftsliv
<b>Interkommunal logoped</b>	2015-2016		x	600000kr = 1 årsverk	Fordeles etter antall innbyggere
<b>Kjøp av (rehabiliteringsplasser) og korttidsplasser IK</b>	Ved behov	x	x	Pris pr døgn ca. 2500 kr	Hver kommune dekker reelle utgifter

## 6.0.Referanser:

[www.ergoterapeutene.org/](http://www.ergoterapeutene.org/) hverdagsrehabilitering

Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering: fra forbundene for ergoterapeuter, fysioterapeuter og sykepleiere

- Anbefalinger for rehabilitering og habilitering – Norsk ergoterapeutforbund, mai 2014
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator  
<http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=habilitering+og+rehabilitering>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)  
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Lov om folkehelsearbeid  
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelse>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter  
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettigheter>  
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2013-06-21-79?q=pasientrettigheter>
- Lov om sosiale tjenester i NAV  
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131?q=sosiale+tjenester>
- Opplæringsloven  
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61?q=oppl%C3%A6ringsloven>
- Plan-og bygningsloven – byggt teknisk forskrift  
[http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-03-26-489#KAPITTEL\\_3](http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-03-26-489#KAPITTEL_3)
- Retningslinjer for samarbeid, ansvar og arbeidsfordeling mellom UNN og kommunene, Koordinator og individuell plan (IP)- utarbeidet av KSU for OSO 30.01.13
- Samhandlingsreformen  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen.html?id=6804>

24