

2008

# Rehabiliteringsplan for Kvinnherad kommune



Kommunal plan for personar med  
behov for koordinerte tenester  
Kvinnherad Kommune  
21.11.2008

## Helse og rehabilitering

2007/4729

21.11.2008

## Innhald

1.	Innleiing .....	4
	Bakgrunn for arbeidet med ny rehabiliteringsplan .....	4
2.	Utfordringar og mål .....	6
	Utfordringar.....	6
	Overordna mål .....	6
	Arbeidsmål.....	6
3.	Tiltaksplan for rehabiliteringsarbeidet i Kvinnherad kommune 2009 -2011.....	7
4.	Lovgrunnlag og statlige føringer .....	8
	Lover og forskrifter .....	8
	Kva er rehabilitering.....	9
	Kommunal plan for personar med behov for koordinerte tenester .....	9
	Kven er brukarar av rehabiliteringstenester? .....	9
	Verdigrunnlag .....	10
	Korleis gjer vi det?.....	10
	Koordinerande eining .....	10
	Individuell plan .....	10
	Brukarmedverknad .....	10
	Nedsett funksjonsevne og funksjonshemming .....	11
	Universell utforming .....	12
	Hjelpemiddelformidling og ergonomiske tiltak .....	12
	Helseføretaka sitt ansvar .....	12
5.	Organisering av tenestetilbodet i Kvinnherad kommune .....	13
	Demografiske data .....	13
	Organisasjonsstruktur.....	13
	Omfang .....	13
	Koordinerande eining .....	13
	Bruk av individuell plan (IP) .....	14
	Ansvarsgrupper .....	14
	Samarbeid internt .....	14
6.	Dei ulike verksemndene si rolle i rehabiliteringsarbeidet .....	15
	Helse og rehabilitering.....	15

Tiltak og tenester for barn og unge .....	15
Tiltak og rådgjevingstenesta for vaksne .....	15
Pleie og omsorg .....	17
Manglar i tenestetilbodet .....	18
7. Eksterne samarbeidspartar .....	19
Helseføretaka .....	19
NAV -trygd, arbeid, sosial, hjelpemiddelsentralen i Hordaland .....	19
Kommunalt råd for menneske med nedsett funksjonsevne, og råd for eldre .....	19
Andre .....	19
8. Litteraturreferansar .....	20

## Kommunal plan for personar med behov for koordinerte tenester

### 1. Innleiing

#### Bakgrunn for arbeidet med ny rehabiliteringsplan

Gjeldande rehabiliteringsplan for Kvinnherad kommune er frå 1995.

Det er etter dette kome fleire forskrifter, stortingsmeldingar og lovendringar som har innverknad på kommunen si planlegging av rehabiliteringstenester. I 2001 kom m.a. forskrift for habilitering og rehabilitering og i 2004 kom forskrift om individuell plan.

I 2002 utfordra dåverande kommunalsjef Erling Erstad fylgjande personar til å gjera ei utgreiing av ulike spørsmål knytt til rehabilitering i Kvinnherad kommune:

<b>Anita Bjønnes</b>	Leiar for ergo- og fysioterapitenesta - Leiar av arbeidsgruppa
<b>Oddvar R. Larsen</b>	Kommunelege I
<b>Bente Pettersen</b>	Leiar for tiltak- og rådgjevingstenesta for vaksne
<b>Leif Kongestøl</b>	Leiar for PLOMS Rosendalsona
<b>Anne Synnøve Seierstad</b>	PLOMS Ølve-/Hatilestrandsona
<b>Hege L. Røssland</b>	Leiar for PLOMS Husnessona

#### Mandat for arbeidet:

- ytre rammer, krav, forventningar med omsyn til rehabiliteringsarbeidet
- kva overordna perspektiv ligg til grunn for rehabiliteringsarbeid i Kvinnherad framover
- revisjon av gjeldande rehabiliteringsplan
- kva ressursar nyttar vi i dag til rehabilitering? Kva måloppnåing har vi? Kan vi få auka effekt av arbeidet ved å organisera arbeidet på annan måte?
- organisering av rehabiliteringsarbeidet

«Arbeidsgruppa vert særskilt oppmoda til å vurdera korleis rehabiliteringsarbeidet i Husnessona bør organiserast etter ferdig utbygging av sjukeheimen, med varmebasseng og ny fysikalsk avdeling. Konklusjonane må likevel vera på eit overordna plan som gjev grunnlag for at sona sjølv må utforma det meir konkrete opplegget.»

Arbeidet i gruppa vart starta opp, men av ulike årsaker vart prosessen avbroten.

Hausten 2007 vart det etablert ei ny arbeidsgruppe og arbeidet teke opp att.

Det føreligg ikkje noko nytt mandat, og tidlegare mandat ligg til grunn for arbeidet.

Tidlegare plan har ikkje vore revidert, og er ikkje lengre oppdatert i forhold til gjeldande lovverk, statlege føringar og gjeldane praksis i kommunen. Det er derfor utarbeidd utkast til ny rehabiliteringsplan.

#### Arbeidsgruppa:

<b>Mona Enes</b>	Fysioterapeut, Helse og rehabilitering, leiar av gruppa
<b>Sigurd Næss</b>	Verksemdsleiar PLOMS Husnes
<b>Marita Handegard</b>	Ergoterapeut, Helse og rehabilitering
<b>Marie Thorkildsen</b>	Fagkoordinator for psykiatritenesta, TRV
<b>Liv Pedersen</b>	Brukarrepresentant
<b>Nils Magne Kloster</b>	Brukarrepresentant
<b>Leif Kongestøl</b>	Verksemdsleiar PLOMS Rosendal

<b>Gunvor Teigland</b>	Fysioterapeut, Helse og rehabilitering
<b>Oddvar Larsen</b>	Kommuneoverlege
<b>Sturla Helland</b>	Verksemdsleiar Tiltak og tenester til barn og unge (TTBU)
<b>Liv Sætre Eik</b>	Verksemdsleiar Helse og rehabilitering
<b>Valborg Sjøwall</b>	Fagkoordinator, Kompetansesenteret i Herøysund

Planen inneholder linkar mot lovverk, og andre offentlege dokument, og mot relevante saker i kommunen sitt arkiv og heimeside. Og kan i elektronisk versjon nyttast som eit oppslagsverk. På denne måten håper vi at planen kan ha ein nytteverdi for alle som arbeider på rehabiliteringsfeltet.

Kapittel 2 og 3 beskriv utfordringar, mål og forslag til tiltak. Kapittel 4, 5, 6 og 7 er bakgrunnsinformasjon. Dei beskriv m.a. lovgrunnlag, statlege føringer, gjeldande organisering og praksis i kommunen.

Planen skal rullerast ein gong i året, og tiltak innarbeidast i årsplan og budsjett. Helse og rehabilitering v/fagkoordinator for rehabilitering har ansvar for at dette vert gjort, i samarbeid med rehabiliteringsteamet (koordinerande eining).

## 2. Utfordringar og mål

### Utfordringar

- Rehabilitering er ein arbeidsmåte som involverer mange fagpersonar og verksemder. Dette krev at vi har eit godt samarbeid på tvers av eksisterande organisering. For at brukaren skal oppleva å få eit heilskapleg tenestetilbod, er det nødvendig at vi internt i organisasjonen arbeider med å utvikla felles forståing, felles verktøy og rutinar.
- Vi manglar oversikt over behov for rehabilitering og over ressursbruk. Og vi manglar grunnlagsmateriale for rapportering. Vi må arbeide for å få oversikt over kva parameter vi har behov for å registrere og finne løysingar på korleis vi kan samle desse opplysningane og eventuelt i kva "fagsystem".
- Tilboden er lite synleg og det kan vera vanskeleg for brukarar med trøng for rehabilitering, og veta kor dei skal venda seg for å få hjelp.
- Vi har døgnplassar for rehabilitering i sjukeheim. Men på grunn av stort press i pleie- og omsorgstenesta, vert desse ofte nytta til andre oppgåver.
- Vi manglar felles rutinar i forhold til individuell plan.
- Vi manglar tilstrekkeleg logopedertilbod til vaksne. Dette går særleg utover brukarar med behov for kommunikasjonshjelpemiddel, der kommunen har ansvar for opplæring og bruk. Dette er brukarar med store kommunikasjonsvanskjer, og logoped er sentral i samarbeidet rundt desse brukarane.
- Hjelpemiddelformidling er eit stort arbeidsfelt med mange aktørar og mange ledd som skal fungera saman. Det er behov for ein felles gjennomgang for å sjå på om vi kan forbetra og effektivisera deler av dette. Ei av utfordringane er å gjera kommunikasjonen mellom dei, som bestiller hjelpemiddel og dei som forvaltar lageret, enklare. T.d. ved å leggja til rette eit internt meldesystem (kan ikkje nytta e-post – meldesystemet må liggja i fagsystema).

### Overordna mål

- Synlege og lett tilgjengelege tenester for brukarar og samarbeidspartar
- Heilskap i tenestetilboden gjennom gode rutinar for samarbeid og samhandling
- Utvikla felles forståing, og byggja kompetanse innan rehabilitering på tvers av verksemder og faggrenser.
- Sikra brukarmedverknad
- Sikra gode overgangar i ulike livsfasar for brukarar (t.d. born - voksen)
- Arbeida for eit inkluderande lokalsamfunn ved å ha fokus på universell utforming og integreringsarbeid.

### Arbeidsmål

- 1. Styrkja funksjonen koordinerande eining**
- 2. Felles rutinar for individuell plan**
- 3. Styrkja tilboden om rehabilitering i sjukeheim (døgnplassar)**
- 4. Sikra tenestetilbod til vaksne brukarar med trøng for logopedtenester**
- 5. Sikra gode rutinar og internkontroll for hjelpemiddelformidling**

### 3. Tiltaksplan for rehabiliteringsarbeidet i Kvinnherad kommune 2009 –2011

Tiltak	Mål/krav i forhold til funksjon	Forslag til organisering/tiltak	Kostnad
<b>Koordinerande eining</b>	Ta imot førespurnader om rehabilitering.	Vi foreslår å nytta telefonnr til sentralbordet som hoved nr. Dei viser saker vidare til fagkoordinator for rehabilitering, eller direkte til den verksamda som naturleg vil ha hovudansvar i saka. Koordinerande eining får eigen e-post adresse: <a href="mailto:koordinerande.eining@kvinnherad.kommune.no">koordinerande.eining@kvinnherad.kommune.no</a> eller <a href="mailto:rehabilitering@kvinnherad.kommune.no">rehabilitering@kvinnherad.kommune.no</a>	Kan gjennomførast innfor gjeldande rammer
	Ansvar for kartlegging, planlegging og utvikling av rehabiliteringsverksamda i kommunen	Helse og rehabilitering ved fagkoordinator for rehabilitering har som før hovudansvar. Etablira på nytt tværfagleg rehabiliteringsteam. Forslag til medlemmer: Fagkoordinator for rehabilitering, kommuneoverlege, verksamdsleiar Helse og rehabilitering, representant frå TRV, TTBU og PLOMS, og brukarrepresentant frå råd for menneske med nedsett funksjonsevne.	Kan gjennomførast innfor gjeldande rammer
<b>Individuell plan</b>	Felles verktøy i heile organisasjonen	Felles planverktøy Tilpassa og gjera tilgjengeleg	Avhengig av val av verktøy
	Kompetanseheving og kvalitetssikring	Opplæringsprogram for alle tilsette som har koordinatoransvar i forhold til individuell plan Oppbygging av vegleiarnettverk	Opplæring av eigne kurshaldarar og utgifter til å gjennomføra interne kurs 45.000,-
<b>Hjelpemiddelformidling</b>	Sikra gode rutinar og internkontroll	Gjennomgang av interne rutinar.	Kan gjennomførast innanfor gjeldande rammer
<b>Døgnplassar for rehabilitering</b>	Sikra tenestebod og kvalitet	Oppretta ei rein rehabiliteringseinheit ved Husnestunet, med sengeplassar og dagtilbod.	Konsekvens og kostnad må utgreia.
<b>Logopeditenester til vaksne</b>	Sikra tenestebod til vaksne brukarar med trong for logopeditenester	Oppretta 50 % stilling for logoped knytt vaksenopplæringa	Omlag 250.000,-

## 4. Lovgrunnlag og statlige føringer

### Lover og forskrifter

Kommunane sitt ansvar for habilitering og rehabilitering er nedfelt i lov om helsetenester i kommunane, lov om sosiale tenester, lov om pasientrettar, forskrift om habilitering og rehabilitering og forskrift om individuell plan. Tenester og tiltak etter andre lover er også viktig for å få til heilskapleg rehabilitering.

Lovverket omhandlar kommunen si plikt til å yta rehabiliteringstenester, brukaren sine rettar til koordinerte tenester, og helsetenesta si plikt til å koordinere og samhandla.

Kommuneoverlegen har ansvar for at kommunen fylgjer opp dette lovpålagde ansvaret.

Forskrift for habilitering og rehabilitering seier at kommunen skal ha

- generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering
- synlege og lett tilgjengelige tenester
- ha ei koordinerande eining
- leggja til rette for at tenesteytarar og andre kan mælda behov om habilitering og rehabilitering
- sikra at personar som har behov for habilitering og rehabilitering, får tilbod om tenester som kan stimulera til eiga læring, auka evne til funksjon og meistring, likeverd og deltaking.

Forskrifta skal vidare sikra at tenester vert tilbode og ytt

- utifrå eit brukarperspektiv,
- samordna, tverrfagleg og planmessig,
- i eller nærmast mogleg brukaren sitt vante miljø, og
- i ein meiningsfull samanheng for brukaren

### Sentrale lover, forskrifter etc.

	<u><a href="#">Lov om helsetenester i kommunane</a></u>
<b>1998-99</b>	<u><a href="#">St. Meld. Nr 21 «Ansvar og meistring»</a></u>
<b>1999</b>	<u><a href="#">Lov om pasientrettar</a></u> <u><a href="#">Lov om helsepersonell</a></u> <u><a href="#">Lov om spesialisthelsetenester</a></u>
<b>2001</b>	<u><a href="#">Forskrift om habilitering og rehabilitering</a></u> <u><a href="#">NOU Fra bruker til borgen En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer</a></u>
<b>2002-03</b>	<u><a href="#">St.meld. Nr 40 «Nedbygging av funksjonshemmende barrierer»</a></u>
<b>2004</b>	<u><a href="#">Forskrift om individuell plan</a></u> <u><a href="#">NOU Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene Samordning og samhandling i kommunale sosial og helsetjenester</a></u>
<b>2007</b>	<u><a href="#">St.prp. nr. 1 (2007-2008) Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011</a></u> <u><a href="#">Lov om sosiale tjenester revidert</a></u> <u><a href="#">Individuell plan 2007 Veileder til forskriften</a></u>

## Kva er rehabilitering

I forskrifta<sup>1</sup> og andre offentlege dokument vert habilitering og rehabilitering definert som

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

Definisjonen omfattar både medisinsk, sosial og psykososial rehabilitering. Det handlar både om å betra funksjonsevne og å fjerne barrierar i omgjevnadane som hindrar sjølvstende og deltaking. Rehabilitering handlar ikkje om ei einskild teneste, men om fleire tenester og tiltak sett i system. Og om samarbeid mellom tenesteytarar og personar som treng samansett, planlagt og koordinert assistanse for å nå sine mål. Målet er meistring av livet og deltaking sosialt og i samfunnet.

Habilitering er på same måte målretta arbeid for å byggja opp og støtta funksjonar, samspel og livskvalitet hos menneske med tidleg erverva eller medfødde funksjonshemminger<sup>2</sup>.

Forskrifta skil ikkje mellom omgrepene habilitering og rehabilitering. Når vi i planen skriv rehabilitering, vil det derfor og omfatta habilitering.

Det er gjort ei avgrensing mot det vi kan kalle enklare rehabilitering og opptrening etter sjukdom/skade. Desse brukarane kan ivaretakast gjennom enkelttiltak og vert ikkje særskilt omtala i planen. Planen omfattar i hovudsak dei brukarane som treng omfattande assistanse i sin rehabiliteringsprosess.

## Kommunal plan for personar med behov for koordinerte tenester

St.meld. nr. 21 (1998-99) "Ansvar og meistring – mot ein heilsakleg rehabiliteringspolitikk" er retningsgjevande i forhold til planlegging av rehabiliteringstenester. Den gir følgjande føringer:

- ▶ *Rehabilitering skal omfatta alle som har nedsett funksjonsevne og har behov for samansett og koordinert bistand, uavhengig av art og grad av funksjonsnedsetting, årsaksforhold og alder.*
- ▶ *Rehabilitering skal vera brukaren sin eigen prosess, der dei andre aktørene assisterer. Rehabilitering handlar om individuelle prosessar, ikkje om spesielle tenester.*
- ▶ *Kommunane skal ha hovudsvar for rehabilitering slik at tenestene, i størst mulig grad, kan ytast og samordnast nær brukars bustad og daglige virke.*
- ▶ *Rehabilitering skal vera eit planmessig samarbeid mellom fleire aktørar og derfor eit felles ansvar på tvers av fag og sektorgrenser.*
- ▶ *Individuell plan er eit viktig verkemiddel for å styrkja brukaren sin rett til å bestemma sjølv og tenesteapparatet si evne til samarbeid og tilpassing av tenester.*
- ▶ *Formålet med rehabilitering er å oppnå best mulig sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet, altså mål som er knytt til det å vera samfunnsborgar og til å leva eit liv på eigne premissar.*

## Kven er brukarar av rehabiliteringstenester?

For å synleggjera kven brukarane av rehabiliteringstenestene er, har ein i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 -2011, presentert denne oversikten:

- Personar med medfødde eller tidleg erverva tilstand som medfører varig funksjonsnedsetting.  
Døme: Autisme, cerebral parese
- Personar med akutt oppstått sjukdom eller skade, med langvarig eller varig

<sup>1</sup> Forskrift for habilitering og rehabilitering

<sup>2</sup> Vegleiar i habilitering av barn og unge 1998

funksjonsnedsetting. Døme: Multitraume, ryggmargskader, brannskadar, hjerneslag, amputasjoner

- Personar med medfødde og kroniske tilstandar, med varierande eller tiltakande funksjonsnedsetting. Døme: Lungesjukdommar, MS, nevrologiske og reumatiske sjukdomar
- Personar med akutte sjukdommar og skader som kan behandlast og rehabiliterast slik at tidlegare funksjonsnivå kan gjenvinnast. Døme: hofteproteseopererte p.g.a slitasjegikt, einskilde hjarteopererte og personar med visse former for kreft.

Denne oversikten har bakgrunn i medisinsk rehabilitering. Vi vil leggja til eit punkt

- Personar som har vanskar med å fungere i dagleglivet, p.g.a. omfattande psykiske, rus- og/eller sosiale problem

## Verdigrunnlag

Tilbodet skal vera uavhengig av alder, kjønn, etnisk bakgrunn, diagnose, samfunnsmessig lønsemeld eller kor ein bur.

Tenestetilbodet skal fremma sjølvstende og evne til å meistra eige liv.

## Korleis gjer vi det?

Rehabilitering er tverrfagleg arbeid, og det vil ofte vera mange aktørar involvert. Fordi ingen rehabiliteringsprosess er lik, vil det variera frå sak til sak kva tenesteytarar som skal samarbeida. Tenesteytarane representerer ulike faggrupper og ulike einingar(verksemder).

For å få til ein målretta og godt samordna prosess for den enkelte brukar, er det utvikla nokre felles verkemiddel som alle kommunar og helseføretak er pålagde å nytta - *individuell plan* og *koordinerande eining*, sjå under.

Vidare er det sett fokus på brukarmedverknad, og tiltak på systemnivå – då særleg universell utforming og tiltak for deltaking i skule, arbeidsliv og fritid.

## Koordinerande eining

Alle kommunar og helseføretak skal ha ei koordinerande eining. I kommunane skal ei koordinerande einig ha to funksjonar.

Vera «ein stad å henvenda seg» - ei tydeleg adresse for enkeltpersonar med behov for rehabilitering og eit kontaktpunkt for interne og eksterne samarbeidspartar.

Vera ein pådrivar i forhold til å kartleggja, planleggja og utvikla rehabiliteringstenester i kommunen.

Koordineringsfunksjonen skal vera tydeleg plassert i organisasjonen og lett tilgjengeleg både for tenestemottakar og samarbeidspartar.

## Individuell plan

Tenestemottakarar med trond for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtenester, har rett til å få utarbeidd individuell plan. Individuell plan er eit verktøy og ein prosess. Brukar får tildelt ein ansvarleg tenesteytar(koordinator) som skal fungere som vegleiar gjennom prosessen. Det vert gjort ei kartlegging og utarbeidd eit plandokument ut frå brukar sine behov og mål – og på tvers av sektorar, etatar og nivå.

Individuell plan skal medverka til at personar med langvarige og samansette behov for tenester – får eit heilskapleg, koordinert og individuelt tilpassa tenestetilbod.

Individuell plan gjev ikkje rett til tenester ut over det som er bestemt i anna lovverk.

## Brukarmedverknad

Brukarmedverknad vert vektlagt i nasjonale føringer og er også ein lovfesta rett.

Ein "brukar" er i denne samanheng ein person som nyttar kommunale tenester i ei eller anna

form. Brukarmedverknad – enten det er på system-, eller individnivå – inneber at brukaren er med på utforme tilbodet saman med tenesteytar. Brukarstyring er når brukar styrer tenesta eller tiltaket.

På individnivå vil det seia at den som nyttar eit tenestetilbod skal kunna påverka utforming av tilbodet. Brukar medverkar i val, utforming og bruk av tilgjengeleg tilbod. Dette medfører større sjølvråderett og kontroll over eige liv.

På systemnivå inneber brukarmedverknad at brukarar inngår i eit likeverdig samarbeid med tenesteapparatet, og er aktiv deltakar i planleggings- og vedtaksprosessar. Systematisk innhenting av brukarerfaringar, brukarundersøkingar m.m. er andre dømer. Det same er deltaking i politiske prosessar gjennom råd, utval, komitear og høyringar.

Brukarmedverknad bygger på teorien om empowerment. Det handlar både om å styrkja brukaren som enkeltindivid slik at han vert gitt makt og mynde i eige liv, og å arbeide for å auka brukaren sin rett og moglegheit for deltaking og påverknad i samfunnet.

## Nedsett funksjonsevne og funksjonshemming

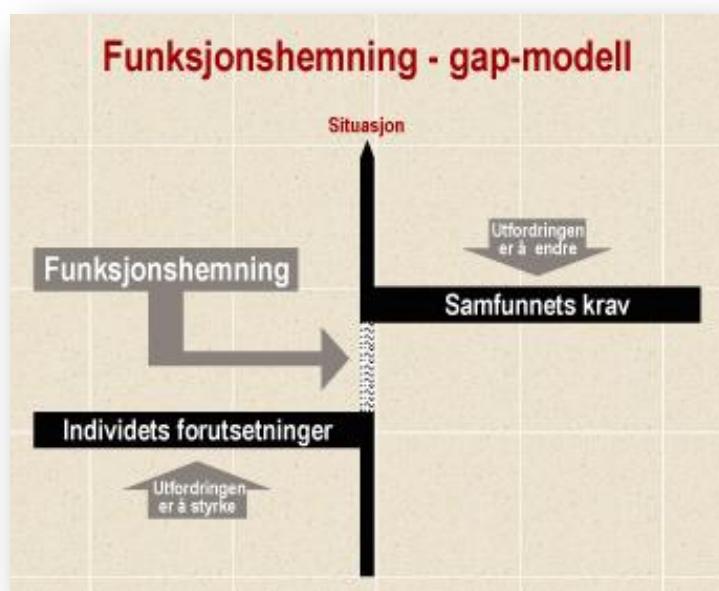
Eit anna viktig punkt er korleis vi forstår omgrepene funksjonshemming og funksjonsevne.

Med nedsett funksjonsevne meiner vi tap eller skade på ein kroppsdel eller i ein kroppsfunksjon. Det kan til dømes vera nedsett rørsle-, syn- eller hørselsfunksjon, nedsett kognitiv funksjon, eller ulike funksjonstap på grunn av allergi, hjarte- og lungesjukdommar.

NOU 2001:22 Fra Bruker til borger definerer det slik: *Redusert funksjonsevne viser til tap av, skade på eller avvik i ein kroppsdel eller i ein av kroppens psykologiske, fysiologiske eller biologiske funksjonar*

Tap av funksjon treng ikkje resultera i avgrensa samfunnsmessig deltaking (funksjonshemming).

Funksjonshemming oppstår først når det føreligg eit gap mellom individet sine føresetnader og omgjevnadane si utforming eller krav til funksjon.



Figur 1 Figuren viser sammenhengen mellom begrepa funksjonshemming og nedsett funksjonsevne. For å minska gapet og gje funksjonshemmingsa mindre, må vi setja inn tiltak både overfor individet og samfunnet.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> St.meld. 40 Nedbygging av funksjonshemmende barrierer 2002-2003

## Universell utforming

Universell utforming er eit av dei viktige tiltaka samfunnet kan gjera for å minska dette gapet og gjera funksjonshemming mindre.

Universell utforming er utforming og samansetjing av produkt og omgjevnader, på ein slik måte at det kan brukast av alle menneske, i så stor utstrekning som mogeleg, utan behov for tilpassing og særskild utforming. Dette gjeld innan «alle» samfunnsområde - som IKT-produkt, opplæring, offentlege bygg og anlegg, bustadar, offentleg samferdsle, kultur og reiseliv.

Universell utforming er ein strategi for planlegging og utforming av omgjevnadane for å oppnå eit inkluderande samfunn med full likestilling og deltaking for alle.

Eit sentralt punkt ved universell utforming, er å oppnå at produkt og omgjevnader er tilgjenglege og brukande for personar med nedsett funksjonsevne, gjennom hovudløysningar som kan brukast av alle. Universell utforming inneholder eit sterkare likestillingskrav enn omgrepet tilgjenge.

Det vil være situasjoner der det ikkje er mogleg å tilfredsstilla behova til alle brukarar i ei løysing. Særskild utforming eller tekniske hjelpemiddel kan då vera naudsynte for at alle skal kunne nytta produktet eller omgjevnadane.

## Hjelpemiddelformidling og ergonomiske tiltak

Kommunen har ansvar for å formidla naudsynte hjelpemiddel og for å leggja til rette miljøet rundt den einskilde. Dette omfattar hjelpemiddel og ergonomiske tiltak som er finansiert av folketrygda ved vesentlege og varige behov (meir enn 2 år). Ansvaret omfattar og hjelpemiddel ved midlertidig behov (under 2 år) – som er eit reint kommunalt ansvar, og råd og vegleiing i forhold til ombygging og tilrettelegging av bustad.

## Helseføretaka sitt ansvar

Spesialisthelsetenesta skal sørge for naudsynt undersøking, utgreiing og intensiv og spesialisert opptrening/opplæring. Dei skal samarbeide omkring enkeltbrukarar og gje råd og vegleiing til kommunen.

Helseføretaka har også ei koordinerande eining som har oversikt over rehabiliteringstilbodet i helseføretaket.

## 5. Organisering av tenestetilbodet i Kvinnherad kommune

### Demografiske data

Kvinnherad kommune har 13 063 innbyggjarar 01.01.2008.

### Organisasjonsstruktur

Tenestetilbodet i Kvinnherad er organisert i verksemder, der kvar eining har eigen leiar med ansvar for personell og drift. Ansvar for ulike kommunale tenester er fordelt mellom verksemndene både i forhold til forvaltning og økonomi.

Kvinnherad kommune har eit godt utbygd tenestetilbod, og kvalifisert personell på dei fleste fagområde.

Dei verksemndene som i stor grad er involvert i rehabiliteringsarbeidet, og har ansvar i følgje helselovene er Helse og rehabilitering, Tiltak og rådgjevingstenesta for vaksne, Tiltak og tenester for barn og unge og pleie og omsorgtenesta. Skule/barnehage, kultur og fritid og tekniske tenester vil og ofte vera involvert.

Ansvar for rehabilitering er fordelt slik at Helse og rehabilitering har hovudansvar for medisinsk rehabilitering, Tiltak og tenester for barn og unge for habilitering av barn 0-18 år, Tiltak og rådgjevingstenesta for vaksne har hovudansvar for rehabilitering innafor psykiatri, rus og sosial. Pleie og omsorg for rehabilitering i døgnpost (sjukeheim) og vaksne psykisk utviklingshemma.

I rehabiliteringssaker vil brukar ha behov for kontakt med fleire tenesteområde, og gjennom det, ha kontakt med tenesteytarar frå fleire ulike verksemder.

Gode rutinar for samarbeid internt er avgjerande for, eit heilsakleg og godt samordna tenestetilbod til den einskilde brukar. Verkemiddel her vert koordinerande eining, individuell plan, ansvarsgrupper og samarbeidsfora på tvers av verksemndene.

### Omfang

Vi har ikkje noko talmateriale som kan visa oss behov for og omfanget av tenesteyting på rehabiliteringsfeltet. Det vert ikkje gjort einskildvedtak i forhold til rehabilitering.

Tal på nye og aktive individuelle planar vil på sikt vera ein indikator på omfanget av rehabiliteringstenester – eller meir presist – tal på brukarar med behov for koordinerte tenester. Mykje tyder på at behovet for denne type tenester aukar.

### Koordinerande eining

Kvinnherad har frå 1995 hatt koordinator for medisinsk rehabilitering, no kalla koordinerande eining. Ansvar for denne funksjonen var lagt til leiar for ergo- og fysioterapistenesta. Etter omorganisering ligg denne funksjonen i dag i Helse og rehabilitering ved fagkoordinator for rehabilitering.

Dette er ein funksjon som kommunen er pålagt å ha, m.a. for å letta samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetenesta.

Koordinerande eining har ein todelt funksjon.

- **"Fast adresse"**

Koordinerande eining skal kunne ta imot førespurnader om rehabilitering frå brukarar, internt i kommunen og frå spesialisthelsetenesta. Hovudmålet med denne funksjonen er at det skal vera lett å få kontakt med kommunen si rehabiliteringsteneste. Og koordinerande eining skal sikra at saker vert vidareformidla til rett instans. Saker kan og rettast direkte til verksemndene.

- Ansvar for kartlegging, planlegging og utvikling av rehabiliteringstenester i kommunen**  
Knytt til koordinerande eining har det vore eit tverretatlag team, som på systemnivå skal arbeide med å utvikle rehabiliteringstenesta i kommunen. Dette er ein viktig funksjon som ikkje har vore aktiv på lang tid.

## Bruk av individuell plan (IP)

Vi kan ikkje talfesta kor mange individuelle planar vi har aktive i Kvinnherad kommune. Truleg er talet til kring 100. Dei ulike verksemndene nyttar ulike plandokument, og er komme ulikt med å formalisere arbeidet rundt individuell plan. Felles planverktøy, og kunnskapsplattform vil kunna styrkja den einskilde tenesteytar i rolla som koordinator, og samarbeidet mellom dei ulike verksemndene i forhold til rehabilitering. Det må veljast eit felles verktøy, og utarbeidast felles retningslinjer og opplæringsprogram for individuell plan.

Tal på IP skal rapporterast i IPLOS registeret, det krev derfor at vi arbeider for eit samla register i Kvinnherad kommune.

## Ansvarsgrupper

Ansvarsgruppe er ein tverrfagleg samarbeidsmetode rundt einskildbrukarar. Der enten brukaren sjølv og/eller pårørande/verje deltek. Ansvarsgruppe kan opprettast når det er fleire tenester inne i forhold til brukaren og når tenestebehov er omfattande og samansett.

Gruppa skal ha så få medlemmer som mulig. Andre aktuelle instansar vert kalla inn etter behov. Koordinator set opp møteplan, avklarar kven som skal delta og kallar inn til møter i samråd med brukar/verje. Dersom brukar har individuell plan, er det koordinator for IP som leier ansvarsgruppa.

## Samarbeid internt

Det er fleire tverrfaglege fora både internt i kommunen og med eksterne samarbeidspartar, men ingen som berre behandlar saker vedr. rehabilitering.

Inntak til rehabiliteringsplassar i sjukeheim vert behandla av "sonemøte" i den enkelte sona.

Samarbeidet i rehabiliteringssaker vert stort sett ivaretake gjennom ansvarsgrupper, eller eigne samarbeids/samrådings møter i den konkrete saka.

## 6. Dei ulike verksemndene si rolle i rehabiliteringsarbeidet

### Helse og rehabilitering

Helse og rehabilitering har ved kommuneoverlege, det medisinskfaglege ansvaret i forhold til rehabilitering. Funksjonen koordinerande eining er lagt til denne verksemda.

Helse og rehabilitering omfattar legetenester, fysioterapi, ergoterapi, miljøretta helsevern og folkehelsearbeid. Drift av varmebassenget ligg og til denne verksemda.

Legetenesta omfattar fastlegane som har ansvar for medisinsk behandling utanom institusjonane og legetenesta i sjukheimane som har medisinsk ansvar for dei med institusjonsplass, m.a. rehabiliteringsplassar.

Ergo- og fysioterapeutane nyttar meste parten av tida si til rehabilitering - gjennom behandlingstiltak, fysisk tilrettelegging i heim, barnehage/skule/arbeid, hjelpemiddelformidling og koordinatoroppgåver i forhold til individuell plan.

### Universell utforming

Miljøretta helsevern får til gjennomsyn og uttale nye planar for offentlege bygg, arealplanar og liknande

### Tiltak og tenester for barn og unge

Tiltak og tenester for barn og unge (TTBU) består av barnevern, helsestasjonar, jordmorteneste, psykiske helsearbeidrarar , PPT - pedagogisk psykologisk teneste, logoped , utekontakten og Villatoppen som er avlastingsbustad for sterkt funksjonshemma barn .

TTBU er ansvarleg for at alle barn (0-18år) som søker habiliteringstenester, får det tilbodet dei treng. Tilvisning kjem frå foreldre, kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta.

Fastlege skal informerast om tilvisning til TTBU – dersom tilvisning kjem frå andre instansar.

Det er utarbeidd eit dokument som omhandlar habiliteringstilbodet til barn<sup>4</sup> Det gjev greie for tenestetilbod, bruk av ansvarsgrupper, individuell plan m.m.

Det er og utarbeidd rutinar for overgang mellom tenester for barn til vaksne, for unge som treng tenester utover fylte 18 år.<sup>5</sup> Planlegging startar når barnet fyller 14 år med vurdering av bu og omsorgstilbod, utdanning, sysselsetjing, dagtilbod og liknande.

### Tiltak og rådgjevingstenesta for vaksne

Tiltak og rådgjevingstenesta (TRV) omfattar sosialtenesta, psykiske helsetenester, rusvern, støttekontakttenesta, vaksenopplæring, flyktningtenesta og merkantile funksjonar med m.a. bustøtte, startlån og følgjekort.

Frå hausten 2009 skal sosialtenesta med styrkeløftet og vedprosjektet organiserast saman med NAV trygd og arbeid.

<sup>4</sup>Habiliteringstenester for barn – vurdering av risiko for svikt sak [2006/4879](#)

<sup>5</sup> Overgangen mellom tenester for barn og tenester for vaksne (TTBU) sak 2007/4729

## Sosialtenesta:

Rehabilitering handlar her om tilbakeføring til eit sjølvstendig liv, med eit minimum av hjelp frå samfunnet. Det kan vera til å koma i arbeid og/eller å meistre livets utfordringar på alle nivå; økonomisk, i høve bustad og aktivitet.

*"Stønad om sosialhjelp skal vera ei mellombels ytting der siktemålet å gjera mottakaren sjølvhjelpen"*<sup>6</sup>

Brukar får tildelt ein sakshandsamar som gjennom samtaler avklarer og kartlegg hjelpebehov (KIS-kartlegging<sup>7</sup>) og utarbeider saman med brukar ein individuell plan.

Kommunen har tilbod om forsterka oppfølging av langtidsmottakarar av sosialhjelp gjennom prosjektet "Styrkeløftet", og tilbod om arbeidstrening gjennom "Vedprosjektet".

Mange av brukarane treng økonomisk råd og rettleiing, hjelp i høve gjeldsrådgjeving og hjelp til å finna og halda på ein bustad.

Brukrarar som treng hjelp til å komma seg opp og halda avtalar med arbeidsgjevar, hos lege, psykolog o.l. får tett oppfølging i forhold til dette.

## Psykisk helse:

Kapasiteten i institusjonane i spesialisthelsetenesta er sterkt redusert dei siste 25-30 åra, medan lokale tilbod gjennom Distrikt psykiatriske sentra (DPS) og kommunale tilbod er under oppbygging.

<sup>8</sup>Kommunen har fått øyremerka tilskot i opptrapningsperioden (1998-2008). Og det er lagt føringar frå staten om opptrapping av feltet utover denne perioden. Det vert gjennom dette stilt krav til vidare kommunal satsing i åra som kjem. Sjå og communal plan for psykisk helsetenester.<sup>9</sup>

*«Mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan mangle grunnleggende sosiale og praktiske ferdigheter som er nødvendig for å greie seg i samfunnet. Noen har ikke utviklet tilstrekkelige ferdigheter, andre kan ha mistet dem for eksempel på grunn av langvarige institusjonsopphold. Denne typen trening er et kommunalt ansvar etter sosialtjenesteloven»*<sup>10</sup>

I samband med rehabilitering nyttar vi tiltak som bufellesskap i PLO, «Inn på tunet» og kontakt med psykiske helsearbeidarar og andre. Aktivitetssentera – "2 Kryss", "Fatland aktivitetshus" og "Møteplassen Aksen", vert nytta til sosial trening og aktivitetar med tanke på arbeid i framtida.

I tillegg er Valekrossen skule (avd. under Kvinnherad vidaregåande skule) og Læring og meistringssenteret i Helse Fonna sentrale.

Det er press både på bustader med bistand og psykiske helsetenester etter det auka ansvaret kommunen har fått for denne brukargruppa.

## Rusvern:

Det er store mørketal når det gjeld tal på rusavhengige. Det var i desember 2007 registrert 71 brukarar av tenester i rusomsorga. Av desse er 10.9 % under 25 år. Mange med samansette problem – t.d. psykiatri/rus.<sup>11</sup>

Her er det mange med behov for å læra å bu sjølvstendig, og for arbeidsretta rehabilitering.

Tiltak retta mot rehabilitering er: Aktivitetssenter bygd opp med «frivillig millionen», fritidsleiar i 80% stilling (statlege prosjektmidlar ut 2008), miljøarbeidar i bustad.

<sup>6</sup> Lov om sosiale tjenester 5-1 og rundskriv 1-34/2001

<sup>7</sup> KIS kartleggingsverktøy <http://www.shdir.no/sosialetjenester/fagtema/kis/>

<sup>8</sup> st.prp..nr.63,1997-98

<sup>9</sup> [Plan for psykiske helsetenester](#) 2007- 2010, sak nr. 2007/ 4729

<sup>10</sup> IS-1332

<sup>11</sup> Handlingsplan mot rusmiddelproblem, Kvinnherad kommune 2007 – 2009. Sak nr 2006/649

«Vedprosjektet» og «styrkjeløftet» er og gode arenaer for rehabilitering.

Det er trøng for eit meir differensiert tilbod i forhold til bustad. Det er eit problem at ein etter behandlingsopphald, og/eller fengselsopphald får husvære i nærleiken av allereie etablerte rusmisbrukarar.

Auka etterspurnad etter legemiddelassistert rehabilitering (LAR) av tunge rusmisbrukarar, set større krav til kommunen sitt tilbod om oppfølging i framtida.

### Vaksenopplæring:

Kommunen har ansvar for grunnskuleopplæring for vaksne og for norskopplæring med samfunnskunnskap for vaksne innvandrarar.

Pr i dag finst det ingen kommunale midlar innafor vaksenopplæringa sitt budsjett som dekkjer behova for opptrening / rehabilitering. Vaksenopplæringa får regelmessig spørsmål om opplæring til brukarar med afasi og dysleksi. Og frå brukarar som etter den nye NAV reforma skal i gang med ei eller anna form for aktivitet som del av attføring.

Desse får tilbod når det passer med timeplan og når eksisterande ressursar kan nyttast, elles vert det gitt avslag. Det vert i realiteten nyitta statlege midlar, øyremerka til framandspråklege.

### Støttekontakt:

*«Støttekontakt for personar og familiær som har behov for dette på grunn av funksjonshemmning, alder eller sosiale problem»<sup>12</sup>*

Kommunen er no i ein prosess der ein ser på rutinar og organisering for å kunne gjere tenesta meir målretta for den einskilde og nyitta ressursane betre. Hausten 2008 startar vi med å utdanna treningskontaktar for bruk i støttekontaktarbeidet.

## Pleie og omsorg

### Rehabilitering ved heildøgns omsorg og pleie (sjukeheim)

Kommunen får stadig fleire og meir komplekse rehabiliteringssaker. Og det er fleire som treng døgnplass i første del av rehabiliteringsprosessen. Bakgrunnen for dette er bl.a. betre akuttbehandling som medfører at fleire med alvorleg sjukdom/skade vert redda. I tillegg er det kortare liggjetid på sjukehus, og det er auka bruk av dagkirurgisk behandling, polikliniske konsultasjonar og ambulante tenester.

Sjukeheimane merkar og aukande press på rehabiliteringsplassar i sjukeheim, frå pasientar med psykiatri og rusproblematikk.

Vi har rehabiliteringsplassar på alle sjukeheimane i kommunen. Kostratal viser at vi til saman har 16 rehabiliteringssenger i sjukeheim. I realiteten vert desse sengeplassane, ikkje berre nyitta til rehabilitering, men også til palliativ behandling, medisinsk utgreining /behandling og avlasting.

I periodar er også ein del av desse plassane nyitta til langtidsplassar.

Arbeidsgruppa tilrår å styrkja rehabiliteringstilbodet i ei av einingane. Avdelinga bør ha både sengeplassar og dagplassar, og gje tilbod til brukarar i heile kommunen. Avdelinga bør liggja på Husnestunet, m.m. på grunn av nærleik til varmebassengen. Men og fordi dette er det tettast befolka området i kommunen.

Det må i tilknyting til denne avdelinga sikrast tilstrekkeleg fagressursar frå andre verksemder t.d. fysioterapeut, ergoterapeut, lege, sosionom.

<sup>12</sup> Sosialestenestelova § 4-2 b

## Hjelpemiddel lager, og utlevering

Ploms – Rosendal har ansvar for kommunen sitt hjelpemiddellager. Dette er lager for kommunen sitt korttidsutlån og mellombels lager for hjelpemiddel på veg til/frå Hjelpemiddelsentralen og brukar.

Det er to tilsette som har ansvar for utlevering/innhenting, montering og enklare reperasjonar. Det kommunale lageret ligg i Dimmelsvik. Ansvaret for dei kommunale tryggleiksalarmane er og plassert her.

## Habiliteringstenester til vaksne

Alle sonene har bustader til pleie- og omsorgsføremål. Herøysund kompetansesenter har ansvar for 6 bufellesskap (Husnes/Herøysund) med heildøgs bemanning. Eit av bufellesskapa i Herøysund vert nytta til avlastningsopphald. Brukarane får tildelt pleie og omsorgstenester ut frå individuelle behov – i form av praktisk bistand og opplæring i daglege gjeremål og heimesjukepleie.

Herøysund dagsenter har 16 plassar og er aktivitetssenter for menneske med utviklingsheming og andre funksjonshemmingar. Mål for dette tilbodet er at brukar skal oppleva sosialt fellesskap, tilpassa aktivitetar, omsorg og tryggleik.

Kompetansesenteret har og tilsett eigen fritidsleiar i 50% stilling som m.a. har ansvar for drift av handball-lag og fritidsklubb.

## Hørselskontakten

Det er tilsett hørselskontakt i 20% stilling på Husnes og i Rosendal. I tillegg er det kontaktpersonar på Hatlestrand, Varaldsøy, Ølve og Halsnøy. Her kan ein få hjelp i forhold til hørselstekniske hjelpemiddel. Hørselskontakten organiserer hørselsundersøking med legespesialist 3 gonger i året.

## Manglar i tenestetilbodet

### Logopeditenester for vaksne

Kommunen har mangefullt tilbod til vaksne brukarar med trond for logopeditenester. Tilbodet til vaksne vert i stor grad stetta gjennom samarbeid med privatpraktiserande logoped. Dette fungerer godt i forhold til behandling, men er mangefullt i forhold til behov for samarbeid, og i forhold til utgreiing, tilpassing og oppfølging av kommunikasjonshjelpemiddel. Privatpraktiserande logoped får refusjon frå NAV for behandling, men ikkje andre tiltak.

## 7. Eksterne samarbeidspartar

### Helseføretaka

Helseføretaka er på mange måtar vår største oppdragsgjevar, men og ein viktig samarbeidspartner og støttespelar. Det er oppretta eit [regionalt kompetansesenter](#) for habilitering og rehabilitering i helseregion vest, det er den regionale koordinerande eininga. På heimesida deira finn ein oversikt over tilgjengeleg rehabiliteringstilbod i helseregionen og på landsbasis.

I Helse-Fonna har vi fleire Læring og meistringssenter, DPS, habilitering og rehabiliteringsteam. 01.11.2008 opnar sengeavdeling med 8 plasser for rehabilitering ved Stord sjukehus.

### NAV –trygd, arbeid, sosial, hjelphemiddelsentralen i Hordaland

NAV er ein sentral samarbeidspartner i rehabiliteringssaker, både i forhold til trygd, arbeid og hjelphemiddelformidling.

NAV trygd og arbeid i Kvinnherad er i år blitt samlokalisert. Kommunal sosialteneste skal organiserast som ein del av det nye NAV kontoret som skal vera endeleg etablert i 3. kvartal 2009.

### Hjelphemiddelsentralen i Hordaland

Hjelphemiddelsentralen er eit ressurs- og kompetansesenter for hjelphemiddelformidling og tilrettelegging, samt tolketenester for døve og døvblinde. Hjelphemiddelsentralen har et overordna og koordinerande ansvar for formidling av tekniske hjelphemiddel og tilrettelegging for funksjonshemma i fylket.

Det føreligg ein samarbeidsavtale mellom Hjelphemiddelsentralen i Hordaland og kommunen. Denne skal reforhandlast i løpet av kort tid. Alle kommunar har ein kontaktperson for å ivareta samarbeidet mellom hjelphemiddelsentralen og kommunane. [Hjelphemiddelsentralen i Hordaland](#)

### Kommunalt råd for menneske med nedsett funksjonsevne, og råd for eldre

Råda er sentrale aktørar for å ivareta brukarmedverknad på systemnivå. Dei er begge viktige rådgjevande organ i forhold til saker relatert til rehabilitering.

### Andre

Frivillige lag og organisasjoner  
Bedriftsintern attføring på Søralf  
AFA

## 8. Litteraturreferansar

St. Meld. Nr 21 (1998-99) LOV-1982-11-19-66	<a href="#">«Ansvar og meistring» Mot ein heilsakleg rehabiliteringspolitikk <a href="#">Lov om Helsetenester i kommunane</a></a>
LOV-1999-07-02-63	<a href="#">Lov om pasientrettar</a>
LOV-1999-07-02-64	<a href="#">Lov om helsepersonell</a>
LOV-1999-07-02-61	<a href="#">Lov om spesialisthelsetenester</a>
FOR-2001-06-28-765	<a href="#">Forskrift om habilitering og rehabilitering</a>
NOU 2001: 22	<a href="#">Fra bruker til borgen</a> En strategi for nedbygging av funksjonshemmendebarrierer
St. meld. Nr 40 (2002-03)	<a href="#">«Nedbygging av funksjonshemmende barrierer» Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne</a>
FOR-2004-12-23-1837	<a href="#">Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven</a>
NOU 2004: 18	<a href="#">Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene</a> Samordning og samhandling i kommunale sosial og helsetjenester
St.prp. nr. 1 (2007-2008)	<a href="#">Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011</a>
LOV-2007-10-26-97	Lov om sosiale tjenester revidert
LOV-2008-06-20-42	Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven
FOR 2008-06-20	Ikrafttredelse av lov 20. juni 2008 nr. 42 om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven)
Veileder IS – 1253	<a href="#">Individuell plan 2007</a> Veileder til forskriften 12/2007 ISBN:82-8081-067-6
Veileder IS-1332	<a href="#">Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene</a> Veileder 12/2005 ISBN: 978-82-8081-077-3
St.meld. nr. 25 (2005-2006)kapittel 1,2,3 Nettside	<a href="#">Omsorgsmeldingen</a> Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. <a href="#">NAKU</a> Nasjonalt kompetansemiljø om psykisk utviklingshemming
Rapport IS-1456	<a href="#">Vi vil, vi vil, men får vi det til?</a> Levekår, tjenestetilbud og rettssikkerhet for personer med utviklingshemming. Juni 2007
Rapport IS-1315	<a href="#">Plan for brukermedvirkning</a> - Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Utgitt 04/2006

### Bøker

Lars Gunnar Lingås	Ansvar for likeverd. Etikk i tverrfaglig arbeid med habilitering og rehabilitering. 2005
Ivar Lie	Rehabilitering og habilitering. 2003
Trine Normann, Johans T. Sandvin, Hanne Thommesen	Om rehabilitering. Mot en helhetlig og felles forståelse? 2003

## Rapportar frå utviklingsprogrammet "Samsynt og Framsynt"

Individuell plan – personlig koordinator	Delrapport 1 mai 2006 <a href="#"><u>Kjennetegn og kriterier for god praksis</u></a> Delrapport 2 september 2007 <a href="#"><u>Erfaringer og anbefalinger vedrørende funksjonen ...</u></a> Delrapport 1 mai 2006 <a href="#"><u>Kjennetegn og kriterier for god praksis</u></a> Delrapport 2 september 2007 <a href="#"><u>Erfaringer og anbefalinger vedrørende organisering, lokalisering og samarbeidsformer</u></a>
Koordinerede enhet i kommuner og helseforetak	DELRAPPORT I mai 2006 Kommunal plan for personer med behov for koordinerte tjenester <a href="#"><u>Om forankring, mobilisering og medvirkning</u></a>
Kommunal plan for personer med behov for koordinerte tenester	DELRAPPORT II september 2007 <a href="#"><u>Iverksetting av kommunale planer for personer med behov for koordinerte tjenester</u></a> DELRAPPORT 1 januar 2007 <a href="#"><u>Kjennetegn og kriterier for god praksis</u></a>
"Barn i dag – i morgen voksen"	DELRAPPORT II Desember 2007 <a href="#"><u>På vei til voksenlivet</u></a>