



Plan for Rehabilitering

2015-2030



Helse og Omsorg
Vennesla Kommune

Plan for Rehabilitering 2015-2030

Innhold

Henvisning til Lov-og avtaleverk.....s. 2

Hva er rehabilitering.....s. 2

Beskrivelse av dagens rehabiliteringstjenester i Vennesla kommune

Bakgrunn.....s. 3

Arbeid i teamet pr. dags dato..... S. 3

Rehabiliteringstjenesten frem mot 2030

Befolkningsutviklings. 4

Samhandlingsreformen.....s. 5

Hva er Hverdagsrehabilitering.....s. 7

Tradisjonell rehabilitering i forhold til Hverdagsrehabilitering .s. 9

Lokalisering.....s. 10

Kompetanse.....s. 10

Ressurser.....s. 11

Økning av ergoterapiressurser.....s. 12

Rehabiliteringspyramiden (Kr.sand kommune 2013).....s. 13

Rehabiliteringsplan for Vennesla kommune

En plan for rehabilitering skal medvirke til å sikre at bruker som har behov for rehabilitering tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse.

Mange av de tiltak og tjenester som kan bli aktuelle i en rehabiliteringsprosess går på tvers av forvaltningsnivåer, sektorer, etater, og frivillige, ved at de kan involvere forhold knyttet til arbeid, utdanning, bolig ,nærmiljø, økonomi, og transport m.m. Hvilke instanser og tjenestepersoner som skal bistå brukeren avhenger av brukerens mål og behov og vil derfor variere fra person til person.

Henvisning til lov - og avtaleverk

- St.meld.nr.47 « Morgendagens omsorg»
- St.meld. nr.21 « Ansvar og mestring»
- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Pasient og brukerrettighetsloven
- Helsepersonelloven
- Forskrift om habilitering og rehabilitering-2001
- Nasjonal strategi for habilitering / rehabilitering(2008-2011)
- Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009)
- St.meld. nr.40 «Nedbygging av funksjonshemmede barrierer»

Lovene, som er under utarbeidelse og høring, signaliserer en sterkere rolle for kommunene i den samlede helse- og omsorgstjenesten.

Hva er rehabilitering?

”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 mest mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.” (Stortingsmelding 21, Ansvar og mestring)

Tradisjonelt har rehabilitering hatt fokus på helsetjenester og det å bli "frisk igjen". Det er mindre kjent at målet med rehabilitering skal være økte muligheter for deltagelse og mestring, og at dette omfatter deltagelse på arenaer som skole, arbeid, kultur og nærmiljø.

Rehabilitering har selvstendighet og deltagelse som formål og det gjør at andre sektorer enn helsetjenestene må komme på banen i forhold til den enkelte bruker. Dessuten trenger man samfunnsmessige tiltak slik at det tilrettelegges for alle. Det er dette tverretatlige aspektet som ligger til grunn for den nye rehabiliteringspolitikken. Rehabiliteringstiltak tar utgangspunkt i individuelle mål og behov. Kronisk syke pasienter vil ha et langvarig behov for ulike typer tiltak for å kunne vedlikeholde sin funksjonsevne.

Beskrivelse av dagens rehabiliteringstjenester i Vennesla Kommune

Bakgrunn:

Rehabiliteringstjenester er organisert under Enhet for Hjemmetjenesten og Rehabilitering.

I rehabiliteringsteamet er det ansatt fysioterapeut, ergoterapeut og rehabiliteringssykepleier.

Rehabiliteringsteamet startet opp høsten 2007, og siden da har det tverrfaglige teamet blitt utfordret på ulike områder. Dette gjelder eksempelvis; implementering av rehabiliteringstanken i pleie-omsorgssektoren, forventninger fra samarbeidspartnere, prioriteringer, samt valg av brukergrupper.

Arbeid i teamet pr. dags dato:

Arbeidet består i dag av tverrfaglig behandling/ trening, forebygging, fremme ansvar og mestring hos brukeren, formidle hjelpemidler i samhandling med den ordinære fysioterapitjenesten, forebyggende prosjekter og aktivitetstilbud så som friluftsliv og utetrening ved gapahuken, fallforbyggende trening i grupper som «Sprek og stødig», vurdering av universell utforming i private hjem ved behov for tilretteleggelse og ombygging.

I tillegg har teamet implementert rehabiliteringstanken gjennom kurs og undervisning for personalet, pårørende, lærlinger, og lærere på videregående skole og på voksenopplæring.

I mange år hadde teamet tett samarbeid med Knutepunkt Sør kommunene (KNPS) og har fremdeles noe samarbeid med de. Teamet har bl.a. vært delaktig i forskjellige prosjekter og er med som representanter i forskjellige nettverksgrupper.

Som et resultat av tidligere prosjekter har rehabiliteringsteamet klart å etablere gapahuk og friluftsområde ved Venneslaheimen. Dette område skal nå videreutvikles til å inneholde treningsapparater for allmenheten og på sikt en natursti. Det er i teamet arbeidet en del innen forberedelse og planlegging av apparatene som skal stå klar til bruk sist på året 2014.

På grunn av et økende antall brukere, endring av ansvarsfordelingen i mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, vil også behovet for rehabilitering og forebyggende tiltak endres. Dette som en konsekvens av samhandlingsreformen. Prosjekt « innføring av hverdagsrehabilitering i Vennesla Kommune » er under utarbeidelse (se mer s.6).

Rehabiliteringstjenester frem mot 2030

Befolkningsutvikling

Vennesla passerte nylig 14.000 innbyggere. Kommunen har en jevn befolkningstilvekst, og det er spesielt stor tilflytting av småbarnsfamilier. Faktisk har Vennesla en yngre alderssammensetning enn landsgjennomsnittet. Men i likhet med landet forøvrig må kommunen forvente et stigende antall eldre. Mens det i dag er drøyt 1600 personer over 67 år vil det i 2030 sannsynligvis være over 2800 (regionalplanagder.no).

Folkehelseprofil (Folkehelseinstituttet 2014) viser at Vennesla ligger noe høyere enn landsgjennomsnitt på bl.a. sykdommer/lidelser relatert til muskel-skjelettsystemet, lungekreft og KOLS samt psykiske lidelser.

Utviklingstrekk i forhold til behovet for rehabilitering/ fysioterapi

- Den største økningen i henvendelse til rehabilitering/fysioterapi ser vi allerede nå etter ortopediske inngrep (spesielt hofter, knær, og skuldre). Stadig utvikling innen kirurgien og lavere terskel for operasjoner skaper et økende press på oppfølging hos fysioterapeut/ rehabiliteringsteam. Behovet for fysioterapi etter operasjon er oftest akutt og sjelden varslet på forhånd. Flere eldre brukere får et korttidsopphold på Venneslaheimen omsorgssenter (VOMS) ved behov for sammensatte tjenester(ergoterapeut/ fysioterapeut/sykepleier)
- En ser en økning i antall pasienter med hjerneslag som trenger tverrfaglig oppfølging, og at gjennomsnittsalderen er blitt lavere. Dette innebærer utfordringer i forhold til at flere brukere er arbeidstakere, har arbeidsgivere, og trenger støtte fra NAV.
- Det å få sykemeldte raskest mulig tilbake i arbeid er viktig for både samfunnet og den enkelte. Mange sykemeldte har behov for både fysioterapeut, ergoterapeut, og oppfølging av rehabiliteringsteamet for å gjenvinne arbeidsevne.
- Brukere med KOLS-diagnose vil sannsynligvis øke de neste årene som følge av tidligere høy andel røykere i kommunen. Også andre kroniker-grupper vil øke med økende befolkning og flere eldre i befolkningen (nevrologiske sykdommer, revmatisme, hjerte-karsykdommer, mfl.). Behovet for å satse på gruppebehandlinger vil øke.
- Økende antall eldre med alderdomsrelatert funksjonssvikt medfører en generell økning i behov for hverdagsrehabilitering.
- Livsstilsykdommer forårsaket av overvekt og inaktivitet må i større grad forebygges, og ansvaret legges på kommunen. Rehabiliteringstjenesten / team hverdagsrehabilitering og fysioterapeuter er sentrale i dette arbeidet.

Samhandlingsreformen

Stortingsmelding 47 "Samhandlingsreformen"3

"Ny rolle for kommunehelsetjenesten med utvidet ansvar for forebygging, diagnostikk, behandling og habilitering/rehabilitering er bærebjelken i samhandlingsreformen"

Samhandlingsreformen trådte i kraft fra 1.1 2012, har som mål at mer av helsetjenestene skal foregå nærmere der pasienten bor. Innbyggerne skal få flere spesialiserte helsetjenester lokalt, både når det gjelder forebyggende helsearbeid, behandling og oppfølging av kronisk syke og eldre. Det innebærer at oppgaver skal flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Kommunene skal settes i stand til å etablere nye tilbud.

Pasienter skrives nå ut tidligere fra sykehus til hjemkommunen. Dette stiller krav til å etablere et større mottaksapparat så som rehabiliteringsplasser, omsorgsboliger og tilrettelagte tjenester i private hjem øker.

- Spesialisthelsetjenesten skal spesialiseres enda mer
- Kommunehelsetjenesten skal overta sykehusoppgaver

Intensjonen med Samhandlingsreformen.

- Rett behandling – på rett sted –til rett tid.
- Få ned helsekøene, økonomisk sparing ved å effektivisere helsetjenesten.
- Økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid. Dvs. å dempe vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenesten skal ytes av kommunene.

Rolle Spesialisthelsetjenesten i forhold til rehabilitering:

Spesialisthelsetjenestens ansvarsområde er å behandle pasienter som ikke kan få sitt behov dekket i primærhelsetjenesten.

Der det trengs spesialisert rehabilitering i form av flere yrkesgrupper rundt pasienten, er det som oftest spesialisthelsetjenestens oppgave.

Ny framtidig kommunerolle

I samhandlingsreformen legges det til grunn at den forventede veksten i behov for helsetjenester i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk,

behandling og oppfølging, slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor det mest effektive omsorgsnivå

En større satsing på kommunehelsetjenesten betyr ikke at spesialisthelsetjenesten svekkes, men rollene og oppgavene vil endres. Det blir en forskyvning av tyngdepunktet fra spesialisthelsetjenesten til mer fokus på kommunehelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal bli mer likeverdige beslutningstaker.

Hva er hverdagsrehabilitering?

Hverdagsrehabilitering er en ny måte å tenke rehabilitering på. I stedet for bare passivt å sette inn kompensierende tiltak etter hvert som funksjonsevnen avtar, settes det inn ressurser med en gang en ser en bruker begynner å miste viktige funksjoner som trengs i hverdagen. Dette i håp om å bryte en ond sirkel og hindre eller bremse funksjonsnedsettelsen.

I stedet for å heve terskelen for å få hjelp og bare konsentrere ressursinnsatsen om «de som trenger det mest», blir strategien å drive oppsøkende virksomhet. Tidlig oppsporing og intervensjon som utgangspunkt for opptrening og hjelp til selvhjelp ut fra den enkeltes ønsker og mål.

Man ser ofte at de aller fleste ønsker å klare seg selv i hverdagen. De ønsker å fortsette lengst mulig med de aktiviteter og gjøremål de er vant til og trygge på. For mange kan det imidlertid være en vanskelig barriere å komme i gang med daglige aktiviteter igjen etter en periode der man har vært mer eller mindre inaktiv. Da er det ikke nok bare å få informasjon og veiledning. Like viktig blir det å bli motivert og få støtte.

Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering beskrives som et forebyggende og rehabiliterende tanke sett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltakelse står sentralt, slik det også gjør i tradisjonell rehabilitering.

Hverdagsrehabilitering er en type rehabilitering som kan drives i større omfang gjennom å involvere hjemmetjenestene i arbeidet. Som metode og faglig tilnærming tar hverdagsrehabilitering utgangspunkt i å avdekke hvilke muligheter brukeren selv har til

å bidra aktivt med å gjenopprette eller øke tidligere funksjonsnivå. Brukerens egne ressurser, ønsker og personlige mål er utgangspunktet for tjenesten som leveres. I større grad enn i de tradisjonelle tjenestene er brukerne med på å beskrive og definere hva som er vesentlig for å kunne oppnå mestring i eget liv.

Med Samhandlingsreformens økte fokus på kommunens ansvar for forebygging, mestringskurs for kronikergrupper, og rehabilitering, vil rehabiliteringstjenesten være sentral. Det vil derfor i årene fremover bli stilt større krav og forventninger til disse tjenestene. For å gjøre tjenestene mer synlige og effektive bør det opprettes en egen Enhet for Friskliv, Fysioterapi, og Rehabilitering.

Tradisjonell rehabilitering i forhold til Hverdagsrehabilitering.

Hverdagsrehabilitering	Rehabilitering til hjemmeboende
Funksjonskompetanse i fokus	Diagnosekompetanse i fokus
4 uker	Over lengre tid enn 4 uker
Utgangspunkt i <i>en</i> virksomhet: Hjemmetjeneste	Utgangspunkt i <i>flere</i> virksomheter
Målgruppa: <ul style="list-style-type: none"> • Brukere med funksjonsfall • Første gangs søkere • Utskrivningsklare brukere fra sykehus og institusjon • Brukere klarer å formulere sine mål • Brukere er i stand til å ta ansvar • Brukerstyring 	Målgruppa: <ul style="list-style-type: none"> • Brukere med komplekse sykdomsbilder • Mange forskjellige diagnoser • Utskrivningsklare brukere fra sykehus og institusjon • Kronikere • Brukere klarer å formulere sine mål (evt med hjelp av pårørende/personell) • Brukermedvirkning
Hovedvekt eldre	Kan være yngre brukere
Få aktører som jobber sammen i hjemmetjenesten	Mange flere aktører involvert, som skole, arbeidsgiver og NAV
Kommer fra sykehuset og/eller andre kommunale instanser	Kommer fra spesialisert rehabilitering eller spesialisert opplæring

Fokusendring

Fra	Til
Sen innsats	Tidlig innsats
Behandling	Tidlig oppsporing
Kompensasjon	Rehabilitering
Pleie	Forebygging
Informasjon	Motivasjon

Lokalisering:

Rehabiliteringsteamet deler et kontor på Venneslaheimen, og plasseringen av dette kontoret innenfor hovedinngang er ikke optimal. Rehabiliteringsteamet mangler adskilte kontorer, grupperom, og treningsrom. Det er ingen muligheter for utvikling av tjenestene uten omdisponering og/eller utvidelse av lokaler.

Forslag til framtidig lokalisering

For å få størst mulig samhandling og utnyttelse av ressurser vil en komplett samlokalisering av frisklivssentralen, kommunale fysioterapeuter og rehabiliteringstjenesten være det beste.

Rehabilitering, livs- og mestringssenter, og Frisklivssentral bør legges til lokaler ved Venneslaheimen omsorgssenter. Her er rehabiliteringstjenesten i ferd med å bygge opp et spennende uteareal med utendørs treningsapparater og gapahuk. I tillegg utvides stadig kommunens «strandsti» fra sentrum og opp til omsorgssenteret. Dette kan bli en god arena for individuell rehabilitering, gruppetreninger, frisklivstiltak, og rekreasjon. Tjenestene bør overta kontorlokaler og grupperom som ligger i tilknytning til dette uteområdet. Omsorgssenteret har også korttidsavdelingen som tidvis fungerer som rehabiliteringsopphold for brukere.

Kompetanse

Tverrfaglig kompetanse gir helhetlig behandling

Samarbeid med KNPS kommunene/ og spesialisthelsetjeneste, videreutdanning og kursing, har gitt ansatte i teamet økt kompetanse innen rehabilitering.

Kompetansen i rehabiliteringstjenesten har blitt brukt og skal brukes for å implementere rehabiliteringstanken, undervise både innen rehabilitering, hverdagsrehabilitering, og forebygging, i ulike enheter. For å fremme rehabiliteringstanken og implementere forebygging og mestring, trenger alle i dette feltet økt kompetanse og tilrettelegging for det.

Pr. i dag brukes kompetanse fra rehabiliteringstjenesten i større eller mindre grad inn i saksbehandlerteamet i form av mail, telefoner, og statusmøter på Venneslaheimen. For å kvalitetssikre og effektivisere den enkeltes rehabiliteringsforløp, er det behov for rehabiliteringskompetansen inn i saksbehandlerteamet på formalisert basis.

Ressurser

Samhandlingsreformen legger opp til at kommunene må overta mer ansvar for rehabilitering. Samtidig vil det med et økt antall eldre være økonomisk hensiktsmessig å satse på tidlig innsats for å forebygge funksjonsfall.

- Opprette hverdagsrehabiliteringsteam. Vennesla kommune bør satse på hverdagsrehabilitering og opprette et hverdagsrehabiliteringsteam bestående av rehabiliteringssykepleier, ergoterapeut, og fysioterapeut. (se side 11 om ergoterapeutens arbeidsområder)
- Rehabiliteringskompetanse i saksbehandler teamet. Deler av stillingen som rehabiliteringssykepleier kan gå inn i saksbehandlerteamet. Dette kan gjøres ved å frigjøre ressurser ved i større grad å benytte rehabiliteringskompetansen som allerede er i korttidsavdelingen. Det er i dag ansatt 3 sykepleiere med videreutdanning i rehabilitering, og det må legges til rette for at disse i større grad kan bruke sin kompetanse aktivt på rehabiliteringsbrukere.
- Fysioterapeut og ergoterapeut fortsetter med å gå inn med ordinær trening både til hjemmeboende og innlagte på korttidsavdeling og dermed i større grad jobbe sammen med rehabiliteringssykepleiere på avdelingen.

Økning av ergoterapiressurser:

- Ergoterapeuter er spesialisert innen kartlegging og trening av personers evne til å fungere selvstendig i hverdagen.
- Vennesla kommunes ergoterapeut er tilknyttet rehabiliteringsbrukere og har derfor hatt fokus på denne pasientgruppe. Arbeidsoppgavene er.
 - Kartlegging av rehabiliteringsbrukeres;
 - Resurser, begrensninger, interesser, omgivelser, arbeidssituasjon og kognitiv svikt.
 - Behov for hjelpemidler.
 - Behov for offentlig hjelp.
 - Tiltak hos rehabiliteringsbrukere:
 - Trening i alminnelige daglige aktiviteter (ADL).
 - Hjemmetrening.
 - Fokus på meningsfulle aktiviteter
 - Samtale blant annet med fokus på mestring.
 - Hjelp til å bryte isolasjon
 - Legge til rette for utendørsaktiviteter og aktivitetstilbud uten for hjemmet.
 - Målsamtaler for utarbeidelse av rehabiliteringsplaner.
 - Hjelp og støtte ved tilbakeføring til arbeidslivet.
- Ergoterapeuter i Norske kommuner jobber også innen:
 - Demensomsorg kartlegging og oppfølging av kognitiv svikt. Tilrettelegging av meningsfulle aktiviteter.
 - Barneområdet med tanke på å hjelpe funksjonshemmede med kartlegging, tilpasning og oppfølging av hjelpemidler.
 - Hjelpemiddelformidling, oppfølging og evaluering.
 - Psykiatri, bolig og hjemmeboende.

Rehabiliteringspyramiden (Kristiansand kommune 2013)

Rehabiliteringspyramiden synliggjør at det finnes ulike former for rehabilitering tilpasset ulike rehabiliteringsbehov. Det er viktig å være bevisst på at hverdagsrehabilitering ikke er ment å erstatte alle rehabiliteringsbehov.

Det er viktig å ha et differensiert rehabiliteringstilbud på kommunalt nivå.

Det vil fortsatt være behov for diagnosespesifikk rehabilitering f.eks. i form av innsatsteam, og det vil fortsatt være behov for spesialiserte rehabiliteringstjenester på fylkeskommunalt – og statlig nivå (2.og 3.linjetjenester)

Øverst ved pyramiden kreves det mer medisinfaglig kompetanse (sykdomsrelaterte og sykdomsspesifikke utfordringer).

Lenger ned i pyramiden vil det være behov for en annen type fagkompetanse, f.eks. aktivitetstilpasning, endring av omgivelser, hverdagslivforståelse, motiverende samtaler, og samarbeid med pårørende og frivillige.

