

# MARKER KOMMUNE REHABILITERINGSPLAN

**2013**

*Rehabilitering i kommunen er ikke et sted,  
det er en arbeidsform.*



## Innhold

<b><u>1. INNLEDNING .....</u></b>	<b><u>4</u></b>
1.1. ARBEIDSGRUPPENS MANDAT.....	4
<b><u>2. LOVGRUNNLAG/BAKGRUNN.....</u></b>	<b><u>5</u></b>
2.1. LOV OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER I KOMMUNEN .....	5
2.2. STORTINGSMELDING OM REHABILITERING. ....	6
2.3. DEFINISJONER .....	6
<b><u>3. MÅL FOR HABILITERINGS/REHABILITERINGSARBEIDET .....</u></b>	<b><u>7</u></b>
<b><u>4. HABILITERING.....</u></b>	<b><u>7</u></b>
4.1. KOORDINERING.....	7
4.2. ANSVARSGRUPPE, KOORDINATOR, OG INDIVIDUELL PLAN .....	7
4.3. HELSESTASJON / SKOLEHELSETJENESTE / JORDMORTJENESTE .....	8
<b><u>5. REHABILITERING .....</u></b>	<b><u>8</u></b>
5.1. KOORDINERING.....	8
5.2. ANSVARSGRUPPE, KOORDINATOR, OG INDIVIDUELL PLAN .....	8
5.3. INDIVIDUELL REHABILITERINGSPLAN (IRP).....	8
5.3.1. KARTLEGGING OG EVALUERING.....	9
5.4. SPESEILLE FORHOLD VED REHABILITERING I HJEMMET .....	9
5.4.1. UTSKRIVNING FRA REHABILITERINGSAVDELINGEN .....	9
5.4.2. UTSKRIVNING FRA SPESIALISTHELSETJENESTEN .....	9
<b><u>6. BÆRENDE PRINSIPPER I REHABILITERINGSIDEOLOGIEN.....</u></b>	<b><u>9</u></b>
6.1. NEDSATT FUNKSJONSEVNE OG FUNKSJONSHEMMING.....	10
6.2. BRUKERMEDVIRKNING.....	10
6.3. TVERRFAGLIG OG FLERFAGLIG ARBEID .....	10
6.4. UNIVERSELL UTFORMING.....	11
<b><u>7. MÅLGRUPPER .....</u></b>	<b><u>11</u></b>
<b><u>8. HABILITERINGS/REHABILITERINGSTILBUD I MARKER KOMMUNE I DAG .....</u></b>	<b><u>12</u></b>
8.1. HELSE- OG OMSORGSTJENESTER.....	12
8.2. HJEMMETJENESTEN.....	12
<b><u>9. KOMMUNENS BEHOV OG VIRKEMIDLER.....</u></b>	<b><u>12</u></b>
9.1. KOORDINERENDE ENHET FOR HABILITERING OG REHABILITERING.....	13
9.1.1. KOORDINERENDE ENHET FOR REHABILITERING .....	13

9.1.2.	KOORDINERENDE ENHET FOR HABILITERING .....	13
9.1.3	LEDER KOORDINERENDE ENHET .....	13
<b>9.2.</b>	<b>ORGANISERING AV REHABILITERINGSARBEIDET .....</b>	<b>14</b>
9.2.1.	LEGETJENESTE PÅ REHABILITERINGSAVDELINGEN .....	14
<b>9.3.</b>	<b>ORGANISERING AV HABILITERINGSARBEIDET .....</b>	<b>14</b>
<b>9.4.</b>	<b>REHABILITERINGSTEAM.....</b>	<b>14</b>
<b>9.5.</b>	<b>FALL.....</b>	<b>15</b>
9.5.1	FALLFOREBYGGENDE ARBEID .....	15
9.5.2.	BALANSETRENING .....	15
9.5.3.	FALLTEAM .....	15
<b>9.6.</b>	<b>HVERDAGSREHABILITERING.....</b>	<b>15</b>
<b>9.7.</b>	<b>REHABILITERING PÅ SYKEHJEMSAVDELING OG KORTTIDSAVDELING .....</b>	<b>15</b>
<b>9.8.</b>	<b>UFORMELLE SAMARBEIDSARENAER.....</b>	<b>15</b>
<b>9.9.</b>	<b>ARBEIDSGIVERANSVAR I MARKER KOMMUNE .....</b>	<b>16</b>
<b>9.10.</b>	<b>RÅDET FOR FUNKSJONSHEMMEDE .....</b>	<b>16</b>
<b><u>10.</u></b>	<b><u>FYSISK TILRETTELEGGING .....</u></b>	<b><u>16</u></b>
<b>10.1.</b>	<b>REHABILITERINGSAVDELING PÅ MBSS .....</b>	<b>16</b>
<b>10.2.</b>	<b>TRENINGSROM I TILKNYTNING TIL HELSESTASJON .....</b>	<b>16</b>
<b>10.3.</b>	<b>TEKNISKE VIRKSOMHETSOMRÅDER.....</b>	<b>16</b>
<b><u>11.</u></b>	<b><u>PERSONELL – BEMANNINGSBEHOV .....</u></b>	<b><u>16</u></b>
<b>11.1.</b>	<b>FAGRESSURSER PÅ REHABILITERINGSENHETEN .....</b>	<b>17</b>
11.1.1.	PASIENTER SOM HAR HATT HJERNESLAG .....	17
11.1.2.	ORTOPEDISKE PASIENTER MED BRUDD ELLER PROTESER .....	17
11.1.3.	ANDRE PASIENTGRUPPER .....	17
11.1.4.	HJEMMEREHABILITERING AV PASIENTER MED KRONISKE SYKDOMMER .....	17
<b>11.2</b>	<b>ERGOTERAPI .....</b>	<b>17</b>
<b>11.3</b>	<b>MILJØARBEIDERTJENESTE.....</b>	<b>18</b>
<b>11.4</b>	<b>FYSIOTERAPI .....</b>	<b>18</b>
11.4.1.	KOMMUNALT ANSATTE FYSIOTERAPEUTER .....	18
11.4.2.	PRIVATE FYSIOTERAPEUTER.....	18
<b><u>12.</u></b>	<b><u>FOREBYGGENDE TILTAK .....</u></b>	<b><u>18</u></b>
<b>12.1.</b>	<b>HVERDAGSREHABILITERING.....</b>	<b>18</b>
<b>12.2.</b>	<b>BEHOV FOR REHABILITERINGSTEAM I HVERDAGSREHABILITERINGEN .....</b>	<b>19</b>
<b><u>13.</u></b>	<b><u>KOMPETANSE.....</u></b>	<b><u>20</u></b>
<b>13.1.</b>	<b>KOMPETANSEKARTLEGGING .....</b>	<b>20</b>
13.1.1.	REHABILITERINGSKOMPETANSE I KOMMUNEN .....	20
13.1.2.	KOMPETANSE PÅ REHABILITERINGSAVDELINGEN .....	20
13.1.3.	KOMPETANSE INNEN HABILITERING.....	20
<b><u>14.</u></b>	<b><u>OPPSUMMERING .....</u></b>	<b><u>21</u></b>
<b><u>VEDLEGG 1.....</u></b>	<b><u>.....</u></b>	<b><u>21</u></b>

<b>VEDLEGG 2</b> .....	<b>22</b>
<b>VEDLEGG 3</b> .....	<b>22</b>
<b>VEDLEGG 4</b> .....	<b>25</b>

## **1. Innledning**

I henhold helse- og omsorgsloven § 3-2 pkt 5 skal kommunen yte sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

Denne planen skal sørge for at kommunen gir tjenester i henhold til lovverket. Marker kommune har ingen tidligere plan å vise til og må derfor synliggjøre hvordan habilitering/rehabiliteringsarbeidet skal gjøres på best mulig måte.

Planen er nødvendig for å sikre utvikling av kompetanse og kvalitet i kommunens rehabiliteringsvirksomhet, sikre tverrfaglig og tverretattlig samarbeid, sikre brukermedvirkning på systemnivå, sikre prioritering av habilitering/rehabilitering i forhold til kommunens øvrige oppgaver, sikre politisk innsikt i, styring og kontroll med habilitering/rehabiliteringen.

Dette arbeidet forutsetter felles «habilitering/rehabiliteringsideologi» og respekt for samarbeidspartnere dersom oppgavene skal kunne løses til beste for brukerne.

Kommunen har store utfordringer på rehabiliteringsfeltet, spesielt etter innføring av samhandlingsreformen 1.januar 2012. Dette skyldes i stor grad endret utskrivningspraksis fra spesialisthelsetjenesten og en generell desentralisering av ansvar for tilbud til mennesker med funksjonshemninger.

En liten kommune kan ha begrenset tilgang på enkelte faglige ressurser. Samarbeid på tvers av kommunegrenser er i enkelte tilfeller nødvendig.

### **1.1. Arbeidsgruppens mandat.**

Arbeidsgruppen er opprettet etter administrativt initiativ.

Arbeidet startet april 2013

Arbeidet avsluttet september 2013

#### Arbeidsgruppens medlemmer i 2013

Carina Kolnes	<i>ergoterapeut</i>
Camilla Bjørby	<i>kommunefysioterapeut</i>
Janne Johansen	<i>virksomhetsleder pleie og omsorg</i>
Bjørge Olsson	<i>virksomhetsleder familie og helse</i>
Barbro Kvaal	<i>kommuneoverlege</i>

## 2. Lovgrunnlag/bakgrunn

### Aktuelle lover:

- Lov om kommunale helse og omsorgstjenester 2011
- Lov om folkehelsearbeid 2011
- Lov om helsepersonell 1999
- Lov om spesialisthelsetjenesten 1999
- Lov om pasient og brukerrettigheter 1999
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern 1999

### Aktuelle forskrifter:

- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator 2012

### Stortingsmelding:

- Stortingsmelding nr 21 (1998-99) – Ansvar og meistring. Mot heilskapelig rehabiliteringspolitikk
- Stortingsmelding nr 29 (2012-13) - Morgendagens omsorg

### Statlige planer og styringsdokument

- Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 kap. 5.7

### Veiledere:

- Helsedirektoratet Rapport IS 1947 utgitt 02-2012: Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet
- Helsedirektoratets veiledningsserie 3-91 – Medisinsk rehabilitering – planlegging og organisering
- Statens helsetilsyn veiledningsserie 1-98 – Veileder i habilitering av barn og unge
- Felles rutiner for bruk av individuell plan for sykehuset Østfold og kommunene i Østfold 2011

### Kommunale planer:

- Kommuneplan for Marker
- Budsjett og økonomiplan for hvert år
- Gjeldende kommunale delplaner for relevante fagområder

#### 2.1. Lov om helse- og omsorgstjenester i kommunen

I henhold til helse og omsorgstjenesteloven fra 2011, pålegges kommunene oppgaver nærmere spesifisert i lovens kap.3:

*Rehabilitering er en lovpålagt oppgave. Den utføres både av helsetjenesten og andre etater. Ofte kan hovedoppgavene ligge til andre etater og sektorer, ettersom hovedmålet for brukeren kan være å oppnå muligheten til å leve et mest mulig aktivt liv i skole, familie, arbeid og fritid. Kommunehelsetjenestens oppgave ved siden av rene helsetiltak, er å være pådriver og koordinator i denne prosessen.*

## 2.2. Stortingsmelding om rehabilitering.

Sosial- og helsedepartementet la i november 1998 frem en stortingsmelding om rehabilitering, St.meld. nr. 21 (1998-99) "Ansvar og meistring".

Meldingen behandler strategier for et mer systematisk og effektivt rehabiliteringsarbeid med utgangspunkt i et brukerperspektiv, der individene sine behov skal ligge til grunn for prioritering, organisering og tiltak.

*Regionalt helseforetaket har et hovedansvar for rehabilitering i spesialiserte enheter, mens kommunene har et primæransvar for å organisere og koordinere rehabiliteringsvirksomheten for den enkelte. Kommunene vil også ha ansvar for å fange opp behov.*

*Alle kommuner må etablere koordineringsfunksjoner for rehabilitering, som bl.a. skal være knutepunkt og pådriver for rehabiliteringsarbeidet både internt i kommunen, og i forhold til spesialisthelsetjenesten og NAV. Oppgaven for en koordineringsfunksjon vil bl.a. være å sikre at helhetlige individuelle planer blir utarbeidet og gjennomført, og å følge opp tverrfaglige grupper rundt den enkelte. Individuelle planer og sammenhengende tiltakskjede skal være et sentralt utgangspunkt for å bedre samarbeidet mellom forvaltningsnivåene i forhold til den enkelte bruker.*

## 2.3. Definisjoner

**Rehabilitering:** (Ifølge Stortingsmelding nr. 21 (1998-99).

*Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet.*

**Felles definisjon habilitering og rehabilitering** (Helsedirektoratets veiledningsserie 3-91)  
*"Medisinsk (re)habilitering kan defineres som helsetjenestens planmessige arbeid for at den som er funksjonshemmet på grunn av sykdom, skade eller medfødt lyte skal gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevnen og /eller mestringsevnen med sikte på en størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser."*

Det betyr at brukeren skal dyktiggjøres på ny for å bli aktiv deltager (deltagende) i livet (samfunnet).

### **Habilitering/rehabilitering med vekt på mestring og selvhjelp.**

Det blir lagt vekt på trening for å opprettholde, gjenvinne eller høyne funksjonsnivå.

En habiliterings/rehabiliteringsvirksomhet som følger denne forståelsen av begrepet, vil konsentrere seg om å øke mestringsevnen til brukeren. Det skal være praktisk trening og tiltak rettet mot dagliglivets aktiviteter som å kunne kle på seg, spise, handle mv. I tillegg må det være fokus på kompetanseheving vedrørende endret livssituasjon som følge av sykdom/skade. Det må stimuleres til selvhjelp og bruk av egne ressurser.

Mestring er viktig for muligheten til å leve et selvstendig liv.

### **Habilitering/rehabilitering med vekt på sosiale roller og aktiviteter.**

I Sosialdepartementets omsorgsserie 2/90, sies det at det viktigste målet med rehabiliteringen er å gjøre den funksjonshemmede i stand til å fungere i sosiale roller som skaper en mer positiv selvpoppfatning, drive med aktiviteter som gir hverdagen et meningsfylt innhold.

Det er viktig å se også den psykiske siden av habiliterings/rehabiliteringsprosessen. Den enkelte bruker og dens nærmeste må psykisk bli i stand til å mestre den endrede livssituasjonen hun/han er kommet i, og se de mulighetene livet fortsatt gir.

Den kultur og det miljø personen lever og samhandler i, er av stor betydning. Det er derfor personen selv som må velge hva som skal gjøres. Det er ikke helsearbeiderens normer og verdier som skal styre valg og mål i rehabiliteringen.

### **3. Mål for habiliterings/rehabiliteringsarbeidet**

#### **Hovedmål**

*Kommunen skal ha habiliterings/rehabiliteringsvirksomhet med grunnlag i en felles forståelse av rehabilitering, med utgangspunkt i den enkelte brukers ønsker, behov og mål for livskvalitet.*

Kommunehelsetjenesten skal identifisere, iverksette tiltak og følge opp brukere med behov for tverrfaglig habilitering/rehabilitering for å sikre best mulig funksjonsnivå hos brukerne.

Den enkelte bruker må sikres medvirkning ved utformingen av mål for habilitering/rehabiliteringen, og også ansvarliggjøres i forhold til dette.

#### **Delmål**

- Sikre brukermedvirkning
- Bedre funksjons- og/eller mestringsnivåen
- Gi økt livskvalitet
- Tverrfaglig samarbeid
- Gode samarbeidsrutiner med frivillige organisasjoner
- Gode samarbeidsrutiner med 2. og 3. linjetjenesten

*Det vil i planen både bli brukt bruker og pasient, i enkelte sammenhenger er det mer naturlig å bruke begrepet pasient.*

### **4. Habilitering**

#### **4.1. Koordinering**

Første henvendelse til kommunen vedrørende aldersgruppen 0-18 år, skal rettes til helsesøster. Helsesøster må gjøre en kartlegging av barnet og familiens behov.

#### **4.2. Ansvarsgruppe, koordinator, og individuell plan**

Helsestasjon v/helsesøster har ansvar for igangsetting av ansvarsgruppe og eventuelt individuell plan. Ansvarsgruppen må være tverrfaglig sammensatt ut i fra barnets behov. Videre koordinering av ansvarsgruppe legges til den person som brukeren ønsker. Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter/brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

#### 4.3. *Helsestasjon / skolehelsetjeneste / jordmortjeneste*

Tjenestene dekker forebyggende arbeid innenfor psykososial og somatisk forebyggende helse for alle barn fra 0 - 18 år.

Helsestasjonen dekker gruppen fra 0 - 6 år, og kommunens egen skolehelsetjeneste dekker fra 6 - 16 år, mens skolehelsetjenesten på videregående skole blir støttet økonomisk av kommunen.

Tjenesten omfatter også jordmortjeneste med svangerskapskontroll og fødselsforberedende kurs. Ved at jordmor er knyttet til helsestasjonen, er det mulig å fange opp mødre / familier med spesielle behov for hjelpetiltak på et tidlig tidspunkt. Dette kan videreføres etter at barnet er født.

Helsestasjonen skal identifisere behov og ta initiativ til at det settes i gang tiltak i forhold til behovet, f.eks. at det opprettes kontakt med nødvendige samarbeidspartnere. Spesielt er dette viktig i forhold til barn født med, eller tidlig oppdaget funksjonshemming.

Helsestasjonen og skolehelsetjenesten har tilknyttet både fysioterapeut, ergoterapeut og lege.

Fysioterapeuten er fast på spe og småbarnskontroll på helsestasjonen, mens både fysioterapeut og ergoterapeut gjør motoriske vurderinger og observerer ellers i barnehage og i skolemiljø. Begge faggruppene driver kartlegging, forebyggende arbeid og henviser etter behov.

Kommunen har ikke egen helsestasjon for unge, men elever fra Marker kan nyttegjøre seg tilbud i videregående skoler.

## 5. Rehabilitering

### 5.1. *Koordinering*

Første henvendelse til kommunen vedrørende aldersgruppen over 18 år, skal rettes til inntaksteam v/omsorgstjenesten. Ergoterapeut/fysioterapeut skal være med i inntaksteamet for å vurdere rehabiliteringspotensialet.

Kopi av første melding sendes fysioterapi/ergoterapiavdelingen.

### 5.2. *Ansvarsgruppe, koordinator, og individuell plan*

Brukere som får innvilget rehabilitering må ha en koordinator. Koordinator må påse at det blir utarbeidet en individuell rehabiliteringsplan (IRP). Koordinator skal være en tjenesteyter som skal kjenne brukerens behov.

Ansvarsgruppe opprettes ved behov. Ordinær individuell plan (IP) utarbeides når det blir klart at brukeren har sammensatte behov og trenger langvarige, koordinerte tjenester.

### 5.3. *Individuell rehabiliteringsplan (IRP)*

Det skal opprettes en IRP for brukere som har fått innvilget rehabilitering, på kommunens rehabiliteringsavdeling. Det gjøres tverrfaglig kartlegging av fysioterapeut og ergoterapeut i samarbeid med brukeren og brukerens koordinator, dette gir grunnlag for IRP. Det skal være målbare og konkrete mål.

Koordinatoren er brukerens kontaktperson under oppholdet, og den som har ansvar for å innkalle til møte ved hjemreise. En individuell rehabiliteringsplan skal bestå av målbare og konkrete mål, ifht kroppsfunksjon og struktur, daglige aktiviteter, deltagelse, omgivelser og miljø. Det er brukeren selv som skal si noe om hva som er viktig for han, og hvilke mål han



ønsker å jobbe mot. Bruker har i samarbeid med de som jobber i det tverrfaglige teamet, ansvar for å trene mot oppsatte mål og evaluere underveis.

Fysioterapeuten og ergoterapeuten må ha godt samarbeid rundt hver bruker. Fysioterapeuten har hovedansvar for den daglige opptreningen, mens ergoterapeuten har hovedansvar for eventuell tilrettelegging i hjemmet ved hjemreise. I mange tilfeller går også ergoterapeuten *inn* og trener ADL. (Activity of daily life), både under rehabiliteringsoppholdet, men også etter at pasienten har reist hjem. Hjemmet er den viktigste arenaen i forholdt til trening av ADL.

Er det behov for trening etter hjemreise, får bruker hjemmetrening eller videre henvisning til fysikalsk institutt.

Ergoterapeuten følger opp hjelpemidler, og opplæring av disse.

Sykepleier/hjelpepleier tilknyttet rehabiliteringsplassene skal delta aktivt for å nå brukerens rehabiliteringsmål.

### 5.3.1. Kartlegging og evaluering

- Ved innkomst: Den enkelte brukers ressurser og muligheter kartlegges. Plan skal skrives og dato for første evaluering fastsettes
- Evaluering: Det må gjøres flere evalueringer under rehabiliteringsoppholdet – det er viktig å se om kortsiktige mål oppnås. Det er viktig å fastsette dato for evalueringer. Evalueringene må også brukes til vurdering av forlengelse av rehabiliteringsoppholdet og den totale rehabiliteringsprosessen.
- Ved hjemreise/utskrivning fra avdelingen er det viktig å kartlegge hvilke mål som er oppnådd og hvordan videre oppfølging skal skje.

All evaluering skjer i samarbeid mellom pasienten/brukeren og pårørende og sentralt rehabiliteringspersonell.

### 5.4. *Spesielle forhold ved rehabilitering i hjemmet*

#### 5.4.1. Utskrivning fra rehabiliteringsavdelingen

Ved overføring fra institusjon til hjem må rehabilitering startes umiddelbart. I samarbeid med brukeren, pårørende, hjemmetjeneste og koordinator gjøres en kartlegging over brukerens behov og rett tjeneste iverksettes.

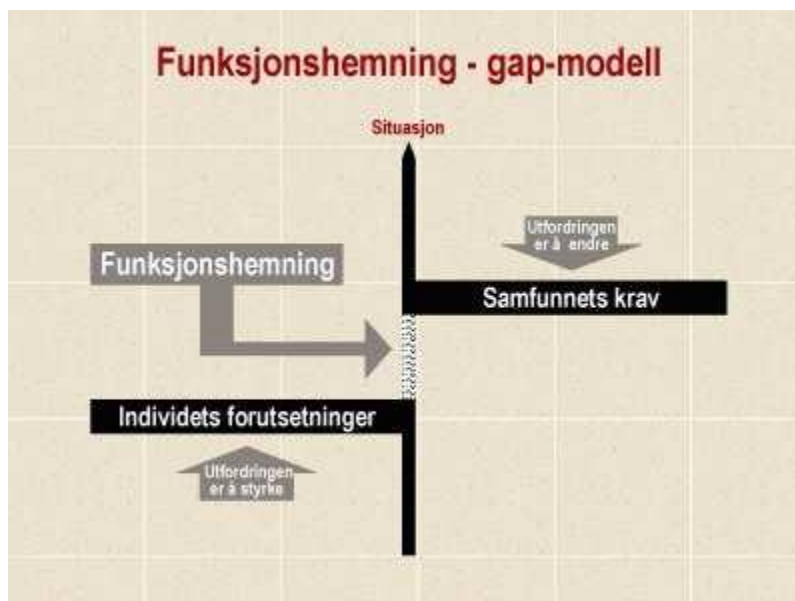
#### 5.4.2. Utskrivning fra spesialisthelsetjenesten

Når en bruker skrives ut fra sykehus eller annen rehabiliteringsinstitusjon må brukers behov kartlegges. Fysioterapeut/ergoterapeut må sammen med ansvarlig personale i spesialisthelsetjenesten og selvfølgelig pasient/bruker kartlegge behovet videre.

## 6. Bærende prinsipper i rehabiliteringsideologien

Koordinerende, samordning og tverrfaglighet er bærende prinsipper. Ved vurdering av behov skal man ta utgangspunkt i enkeltmenneskes mål og behov – ikke i diagnoser eller sykdomsgrupper. Fokus bør være en helhetlig samordning av tjenester for at brukere skal kunne utnytte egne ressurser og ivareta egne liv. Målsettingen må være at alle skal kunne leve

et liv på egne premisser, kunne ta egne valg og motta forutsigbare tjenester som er satt i en sammenheng.



### 6.1. Nedsatt funksjonsevne og funksjonshemming

Det er mange måter å forstå begrepet funksjonshemming på. Med nedsatt funksjonsevne menes tap eller skade på en kroppsdel eller i en kroppsfunksjon. Det kan for eksempel være nedsatt bevegelse, redusert kognitiv funksjon, sansetap eller psykiske vansker. Det kan også være ulike funksjonstap på grunn av allergi, hjerte og lungesykdommer.

Det er ingen selvfølge at personer med nedsatt funksjonsevne blir funksjonshemmet, da en funksjonshemming ikke behøver resultere i begrensninger i samfunnsmessig deltagelse. Funksjonshemming oppstår først når det blir et gap mellom individets forutsetninger og omgivelsenes utforming eller krav.

### 6.2. Brukermedvirkning

Brukermedvirkning blir vektlagt i nasjonale føringer og er en rettighet. En ”bruker” er i denne sammenhengen en person som benytter kommunale tjenester i en eller annen form.

**Brukermedvirkning** – enten det er på system-, eller individnivå – innebærer at brukeren er med på å utforme tilbudet sammen med tjenesteyter.

**Brukerstyring** er når brukeren selv styrer tjenesten eller tiltaket.

På individnivå medfører dette større råderett og kontroll over eget liv. Det handler om å styrke brukeren som enkeltindivid for å kunne ta makt og myndighet i eget liv. Det handler også om å øke brukerens rett og mulighet for deltaking og påvirkning i samfunnet.

### 6.3. Tverrfaglig og flerfaglig arbeid

Definisjonen av rehabilitering skal være **tverrfaglig, målrettet og tidsbegrenset**. Forutsetningen er en helhetlig og koordinert tjenesteyting. Utgangspunktet for tverrfaglig samarbeid er flerfaglighet. Tverrfaglighet forutsetter både særfaglig og fellesfaglig

kompetanse; real – og formell kompetanse. Trygghet i egen fagidentitet ansees som en klar styrke.

#### 6.4. Universell utforming

Universell utforming er et av de viktigste tiltakene som samfunnet gjør for å minske gapet mellom individets forutsetninger og samfunnets krav. Universell utforming handler om å planlegge og utforme omgivelser og produkter på en slik måte at de kan brukes av så mange som overhodet mulig uten behov for spesiell tilpasning og utforming. Det gjelder innen alle samfunnsområder. Universell utforming skal legges til grunn for nybygg og nyanskaffelser. Universell utforming er en strategi for planlegging og utforming av omgivelsene for å oppnå et inkluderende samfunn med fulle likestilling og deltagelse for alle.

## 7. Målgrupper

Rehabilitering/habilitering er en omfattende og sammensatt virksomhet som dekker en bred målgruppe.

- Funksjonssvikt ved medfødte, kroniske sykdommer og tilstander.
- Funksjonstap ved sykdom og skade som har oppstått senere i livet.
- Funksjonstap som følge av kroniske sykdommer.
- Funksjonsvedlikehold for å unngå forverring av funksjonshemninger.
- Funksjonsomstilling ved overgang til ny livsarena (f.eks. fra skole til arbeid) eller ved endrede krav i omgivelsene for den enkelte (f.eks. i bo- eller arbeidssituasjon).

Målgruppe er alle med nedsatt funksjonsevne, som har behov som kan utløse flere tjenester som krever koordinering.

Medfødte og ervervede individuelle forutsetninger som kan bidra til funksjonshemming:				Usikre årsaker:	Fysiske og psykososiale forhold i miljøet som kan bidra til funksjonshemming (ytre forandringer)	
1 A Ervervet:	1 B Ervervet:	1 C Ervervet:	Medfødte:	Usikre årsaker:	Fysiske forhold:	Psykososiale forhold:
Brått fall i funksjonsnivå med mulighet til å gjenvinne tilnærmet lik funksjon	Brått fall i funksjonsnivå uten mulighet for å gjenvinne all funksjon	Langsomt fall i funksjonsnivå som følge av kroniske eller progredierende sykdommer	Redusert funksjonsnivå v/kroniske sykdommer og tilstander	Gradvis redusert funksjonsnivå	Ikke-tilrettelagt fysisk bevegelsesmiljø	Spesielle endringer i psykososialt miljø
<i>Eksempel: Personer med brudd, eller som blir immobilisert etter annen akutt skade eller operasjon, eller med akutt (reaktiv)</i>	<i>Eksempel: Personer med amputasjoner, hjernesalg el andre alvorlige hjerte, - lunge, - og karsykdommer, skade etter ulykker, kognitive og</i>	<i>Eksempel: Personer med MS, leddgikt, parkinson andre kroniske muskel/skjelett/ Hjerte – kar lidelser, alvorlige psykiske lidelser, rusproblem,</i>	<i>Eksempel: Personer med medfødte/tidlig ervervede hjerneskader, sanse, - utviklings, motorisk hemming mm Syndromer Andre skader ved tidlig</i>	<i>Eksempel: Personer med rusproblemer, sosial funksjonshemming</i>	<i>Eksempel: Personer som skal benytte offentlige bygg – institusjoner, flytte til annen bolig, arbeidsplass mv overgang skole arbliv</i>	<i>Eksempel: Personer som opplever personlig krise, f.eks dødsfall eller annet tap som skilsmisse, tap av arbeid, flytting Konflikter i næromgivelsen</i>

<i>psykisk sykdom</i>	<i>psykiske vansker.</i>	<i>ulike sammensatte vansker</i>	<i>ulykke/sykdom Vanskelig familie-problematikk</i>		<i>eller andre endringer som er vanskelige å takle</i>	
-----------------------	--------------------------	----------------------------------	---	--	--	--

Kilde til utdyping av målgruppa: Bredland, Vik, Lingee. Dt handler om verdighet, ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeidet.

## 8. Habilerings/rehabiliteringstilbud i Marker kommune i dag

### 8.1. Helse- og omsorgstjenester

- Helsestasjon
- Sykehjem; somatisk og skjermet
- Avlastning/korttidsplass
- Rehabiliteringsplass
- Omsorgsboliger
- Ansvarsgrupper
- IP-Individuell plan
- BPA – Brukerstyrt personlig assistent
- Omsorgslønn
- Støttekontakt
- Dagtilbud
- Fysioterapitjenester
- Ergoterapitjenester
- Fastlegetjeneste

### 8.2. Hjemmetjenesten

Hjemmebaserte tjenester utfører tjenester til brukere i alle aldre etter behov og enkeltvedtak. Den enkelte skal få kunne bo hjemme i egen bolig så lenge som mulig, med tilrettelegging av omsorgstjenester, hjelpemidler og praktisk bistand.

Det er i 2013 ca 110 brukere av hjemmetjenesten.

Herunder bl.a:

- Stell og pleie
- Tilsyn
- Sårstell
- Tilrettelegging av måltider
- Utdeling av medisiner, injeksjoner
- Blodprøver
- Hjemmehjelpstjenester

## 9. Kommunens behov og virkemidler

Etter innføring av samhandlingsreformen skrives pasienten raskere ut fra spesialisthelsetjenesten enn tidligere. Kort liggetid på sykehus krever tettere oppfølging og mere avansert behandling i kommunen.

For at kommunens helsetjeneste skal kunne gjennomføre et planmessig arbeid i rehabilitering, må det være tilstrekkelige ressurser til å følge opp nødvendig behandling og rehabilitering.

Det er viktig at det også blir utført vedlikeholdstrening, som igjen vil forhindre eller utsette innleggelse i institusjon.

Kommunen skal til enhver tid ha tilstrekkelig fagkompetanse for å ivareta sitt ansvar for habilitering og rehabilitering.

### 9.1. *Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering*

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings-, og en for rehabiliteringsarbeidet.

#### 9.1.1. *Koordinerende enhet for rehabilitering*

Enheten skal ha overordnet ansvar for øvrige brukere. Inntaksteamet utvides med fysioterapeut, ergoterapeut og sykehjemslege. Ytterligere fagpersonell må innkalles ved behov.

Enheten skal:

- Motta meldinger om nye brukere som har behov for habilitering/rehabilitering.
- Motta meldinger om behov for individuell plan
- Ha prosedyrer for utarbeiding av individuell plan.
- Finne koordinator
- Etablere ansvarsgruppe
- Utarbeide rapporter og statistikk
- Bistå med å finne koordinator, dersom bruker selv ikke har et eget ønske.

Enheten må ha:

- Fagkompetanse og erfaring fra habilitering/rehabiliteringsvirksomhet.

#### 9.1.2. *Koordinerende enhet for habilitering*

Enheten skal ha overordnet ansvar for brukere i aldersgruppen 0-18 år og gruppen av psykisk utviklingshemmede. Denne skal bestå av helsestasjon, fysioterapeut/ergoterapeut, virksomhet for funksjonshemmede. Ytterligere fagpersonell må innkalles ved behov.

Enheten vil ha de samme oppgavene som nevnt i 9.1.1.

#### 9.1.3 *Leder koordinerende enhet*

For å kunne koordinere arbeidet innen habilitering og rehabilitering må det være en funksjon som ivaretar helheten. For brukerne og samarbeidsinstansene er det viktig å kunne forholde seg til en bestemt person.

Leder koordinerende enhet skal blant annet være knutepunkt og pådriver for rehabiliteringsarbeidet både internt i kommunen, og ifht spesialisthelsetjensten og NAV.

Denne funksjonen er ikke dekket i dag.

## 9.2. *Organisering av rehabiliteringsarbeidet*

- I dag har vi 10 korttidsplasser, primært fordelt på følgende måte:
  - 4 Rehabiliteringsplasser
  - 4 Korttidsplasser
  - 2 Avlastningsplasser

Hjemmetjeneste

Dagsenter

Fysio/ergoterapitjenesten

- Deltagelse i inntaksteam/tildelingsteam;
  - Avdelingssykepleiere
  - Rehabiliteringssykepleier
  - Ansvarlig sykepleier hjemmetjensten
  - Virksomhetsleder pleie og omsorg
  - Fysioterapeut (ny)
  - Ergoterapeut (ny)
  - Sykehjemslege (ny)

### 9.2.1. *Legetjeneste på rehabiliteringsavdelingen*

Sykehjemslegen er faglig ansvarlig for pasienter på rehabiliteringsavdelingen. Det er viktig at sykehjemslegen har god kontakt med pasientens fastlege, slik at rehabiliteringsarbeidet fortsetter etter hjemreise.

## 9.3. *Organisering av habiliteringsarbeidet*

Fysioterapeut har fast tid på helsestasjonen mellom 0800 – 11.30 hver torsdag. Helsesøster setter opp time og gir beskjed til fysioterapeuten. Ergoterapeuten kobles på enkelt saker ved behov.

Fysio/ergoterapeut er fast skole/barnehage

## 9.4. *Rehabiliteringsteam*

- Alle som får tilbud om rehabilitering på kommunens rehabiliteringsavdeling skal ha et team som jobber med rehabiliteringen. Et rehabiliteringsteam må de bestå av flere faggrupper som jobber sammen for å nå pasientens mål. Kommunens rehabiliteringsavdeling består av sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut. En person blir utvevnt som koordinator, og har da ansvaret for å koordinere arbeidet. Ellers har alle sine ansvarsområder utfra rehabiliteringsplanen til den enkelte og hvilke mål som det skal jobbes mot.
- Det er også mange som har behov for rehabilitering i hjemmet. Her kan det være snakk om hverdagsrehabilitering ( se kap 11 ) eller det kan være behov for videre rehabilitering etter endt rehabiliteringsopphold på kommunal rehabiliteringsenhet, eller opphold på andre rehabiliterings intuisjoner eller dersom noen kommer direkte fra sykehuset. Temaet her må også bestå av flere fagpersoner, f.eks sykepleier (fra hjemmetjenesten), fysioterapeut og ergoterapeut. Hvilke faggrupper som skal inn og

hvor mye hver enkelt skal inn, bestemmes utfra rehabiliteringsplan. Dersom pasienten har vært på rehabiliteringsopphold på kommunal rehabiliteringsavdeling, jobber man videre med de mål som evt ikke ble nådd mens man var inne på oppholdet.

## 9.5. *Fall*

### 9.5.1 Fallforebyggende arbeid

Det er i dag ikke organisert fallforebygging i kommunen.

Vi har en ”fallkoffert” med diverse saker for å informere alle de som fyller 80 år om enkle tiltak for å forebygge ulykker i hjemmet, bl.a. fall. Dette må integreres i det daglig arbeidet i hjemmebaserte tjenester.

### 9.5.2. Balansetrening

Balansetrening kan skje i grupper, både innendørs og utendørs.

Det bør finnes et samarbeid mellom legekontoret, hjemmetjenesten og fysio-ergoterapitjenesten for å fange opp de som trenger denne type trening. Et treningsopplegg er det å komme seg ut og gå, hvor det kan være nyttig å bruke frivillige. Treningsgrupper kan også være en sosial arena.

### 9.5.3. Fallteam

Pasienter som faller ofte, til tross for at forebyggende tiltak er gjort –

Undersøkes av sykepleier, lege og fysioterapeut – det kartlegges mht sykdommer, bruk av medisiner, balanse med mer.

Oppfølging: leder hjemmetjenesten og kommuneoverlege

## 9.6. *Hverdagsrehabilitering*

Se kap 12

## 9.7. *Rehabilitering på sykehjemsavdeling og korttidsavdeling*

Sykehjemslegen må i samarbeid med rehabiliteringspersonalet ha et avgjørende ord når det gjelder hvem som skal ha trening/rehabilitering av fysioterapeut/ergoterapeut. Alle ansatte innen pleie og omsorg må læres opp og ha en generell holdning til at det er trening i alt. (av og på kledning, gå til og fra bordet, spise, reise seg etc. Både fysioterapeut og ergoterapeut kan veilede i dette og det er ikke alltid nødvendig med en fysioterapeut ved siden av en bruker når det er gåtrening.

## 9.8. *Uformelle samarbeidsarenaer.*

Det viktigste for fremtiden er at det blir et bedre samarbeid mellom alle faggruppene som jobber rundt hver bruker. Fysio –ergoterapi tjenesten er en viktig del av rehabiliteringen, og bør derfor være en naturlig del av inntaksteam og samarbeidsmøter rundt brukere.

Kommunen får mer og mer ansvar for den spesialiserte rehabiliteringen. Det er viktig å opparbeide et godt samarbeid mellom de ulike faggruppene, og en rehabiliteringsavdeling med bred spesifikk kompetanse på rehabilitering. Omgivelsene må legges til rette for trening på de daglige aktivitetene. Når oppholdet på rehabiliteringsavdelingen er over, er det veldig viktig å fortsette treningen i det miljøet hvor brukeren skal leve. Det krever mer ressurser, og et godt samarbeid med hjemmetjenesten.

#### 9.9. *Arbeidsgiveransvar i Marker kommune*

Kommunen er IA bedrift.

Kommunen skal som arbeidsgiver ivareta ansattes behov for tilrettelegging og rehabilitering.

#### 9.10. *Rådet for funksjonshemmede*

Kommunen er pålagt å ha et råd for funksjonshemmede. Dette blir i dag ivare tatt i Marker kommune i "Utvalg for oppvekst og omsorg". Utvalget har derfor en viktig rolle i tilsyn og oppfølging av planlegging og tilrettelegging. Jmf. Diskriminerings og tilgjengelighetsloven. Rådet for funksjonshemmede skal også ha brukerrepresentanter.

## 10. **Fysisk tilrettelegging**

### 10.1. *Rehabiliteringsavdeling på MBSS*

- Det er ønskelig med et eget treningskjøkken til bruk i kartlegging og trening. Dette er viktig i ADL trening og for kartlegging av funksjonsnivå før hjemreise.
- Det er behov for et individuelt undersøkelsesrom.
- Plass til nødvendig treningsutstyr og lagringsplass
- Kontor for rehabmedarbeiderne, kan eventuelt kombineres med noen av treningsrommene. Per i dag er det et lite kontor, hvor det til tider er 3 medarbeidere samtidig. Det er for lite arbeidsplasser og datamaskiner. Dette rommet brukes også som undersøkelsesrom i dag.
- Korttidslager av kommunale hjelpemidler

### 10.2. *Treningsrom i tilknytning til helsestasjon*

Det er behov for et sanse-treningsrom for barn/unge i tilknytning til undersøkelser på helsestasjon, barnehage og skole. Det er uheldig at denne brukergruppen skal benytte treningsrom på MBSS. Barn/unge har andre behov enn rehabiliteringspasienter.

### 10.3. *Tekniske virksomhetsområder*

Kommunens administrasjon og politisk utvalg for plan og miljø har ekstra ansvar for tilrettelegging og universell utforming.

## 11. **Personell – bemanningsbehov**

De vanligste pasientgruppene på rehabiliteringsavdelingen har (hatt):

- Hjerneslag (både blødning og blodpropp)



- Pasienter med brudd eller proteseoperasjoner
- Kreft
- Alvorlige kroniske sykdommer (med gradvis forverring)

De vanligste rehabiliteringsgruppene utenfor institusjon. Dette ivaretas av de private fysioterapeutene.

- Rehabilitering av pasienter etter operasjoner og skader hvor det ikke er nødvendig med innleggelse på rehabiliteringsavdelingen.
- Vidererehabilitering av pasienter etter avsluttet opphold på rehabiliteringsavdelingen. Flere pasientgrupper trenger jevnlig trening og oppfølging for å vedlikeholde funksjon eller forhindre komplikasjoner eller forverring av eksisterende funksjon.

Rehabiliteringsarbeidet skal bidra til at den enkelte pasient kan gjenvinne mest mulig funksjon for å kunne klare seg best mulig i dagliglivet

### 11.1. *Fagressurser på rehabiliteringsenheten*

#### 11.1.1. Pasienter som har hatt hjerneslag

Hjerneslag krever relativt lang og omfattende rehabilitering og rehabiliteringen bør starte så fort som mulig, helst mens pasienten fortsatt er på sykehus.

På rehabiliteringsavdelingen bør en slagpasient ha 2 timer fysioterapi hver dag i ca 3 mnd og samtidig hjelp fra ergoterapeut – ca 1 time pr dag.

#### 11.1.2. Ortopediske pasienter med brudd eller proteser

Kommunen mottar til opptrening pr år ca 10 pasienter som kommer inn under denne gruppen. Rehabiliteringsarbeidet vil kreve ca 1 timer fysioterapi pr dag i ca 3 uker, deretter oppfølging hjemme i ca 4 uker.

Ergoterapeut har mindre fremtredene rolle i dette rehabiliteringsarbeidet, men er sentral i arbeidet for tilpassing av forskjellige hjelpemidler.

#### 11.1.3. Andre pasientgrupper

Generelt trenger pasienter på rehabiliteringsavdelingen minst 1 time fysioterapi pr dag. Gruppetrening: 3 timer/uke

#### 11.1.4. Hjemmerehabilitering av pasienter med kroniske sykdommer

Oppfølging etter opphold på rehabiliteringsavdelingen skal ivaretas av samme fagpersonene som har hatt oppfølging inne på avdelingen.

### 11.2 *Ergoterapi*

I forhold til landsgjennomsnittet bør Marker kommune ha 1 stilling ergoterapi ifht innbyggertall. (2011, 3.1 stilling ergoterapi per 10.00 innbyggere). I 2013 er stillingsstørrelsen 0,5 årsverk.

### 11.3 Miljøarbeidertjeneste

Innenfor habiliteringsarbeidet vises det behov for egen miljøarbeidertjeneste. Innbyggere med forskjellig funksjonshemninger har ulike behov for tilrettelegging av hverdagen.

Miljøarbeid vil hjelpe til egenmestring og utvikling av selvstendighet.

Miljøarbeid blir gitt innenfor PU og omsorg/hjemmebaserte tjenester og må organiseres innen en enhet.

### 11.4 Fysioterapi

#### 11.4.1. Kommunalt ansatte fysioterapeuter

Kommunen har i dag 1,6 årsverk fysioterapeut.

0,6 årsverk er vedtatt brukt til arbeid blant barn og unge.

For dagens behov på rehabiliteringsavdelingen se vedlegg 1-

Det er ikke beregnet behov for rehabiliteringsressurser for beboere på sykehjem eller korttidsavdeling. Dette er også en gruppe som har behov for vedlikeholdstrening på ulike nivåer.

#### 11.4.2. Private fysioterapeuter

Kommunen har pr i dag 2 hele driftstilskudd for privatpraktiserende fysioterapeuter ved Ørje fysikalske institutt). De yter rehabilitering av pasienter som kommer rett fra sykehus og institusjoner og som ikke trenger opphold ved kommunens rehabiliteringsavdeling. De fortsetter også rehabiliteringen av pasienter som er utskrevet fra kommunens rehabiliteringsavdeling når det er behov for dette.

- Ny opererte og pasienter med skader har behov for rask time. Denne gruppen har økt kraftig de siste årene. Opptreningssenter benyttes mindre enn før, derfor opplever private fysioterapeuter en markant pågang.
- 8-10 kronikere går fast for vedlikeholdstrening. (For eksempel: lungesykdommer, revmatikere og pasienter med nevrologiske lidelser)
- Instituttet har lange ventelister for pasienter med ikke akutte lidelser, og det har derfor vært nødvendig med en prioriteringsliste – se vedlegg 2
- Ventetiden kan være opp mot 4-5 mnd for de som regnes som 3 prioritetspasienter. Dette er uehdlig.
- Det er også en markant økning i pasienter ortopedene sender pasienter til fysioterapeut for preoperativ trening/oppfølging.

## 12. Forebyggende tiltak

### 12.1. Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er en tverrfaglig samarbeidsmodell, med enkel trening. Treningen kan foregå i den enkeltes hjem og tar utgangspunkt i den enkeltes ressurser, ønsker og muligheter. Hverdagsrehabilitering har som mål at mennesker som opplever en funksjonsbegrensning, skal møtes med tilbud om trening i hverdagslivets gjøremål i egne omgivelser for å kunne leve et mest mulig selvstendig liv.

Tidlig innsats kan forebygge nedsatt funksjon.

*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.*

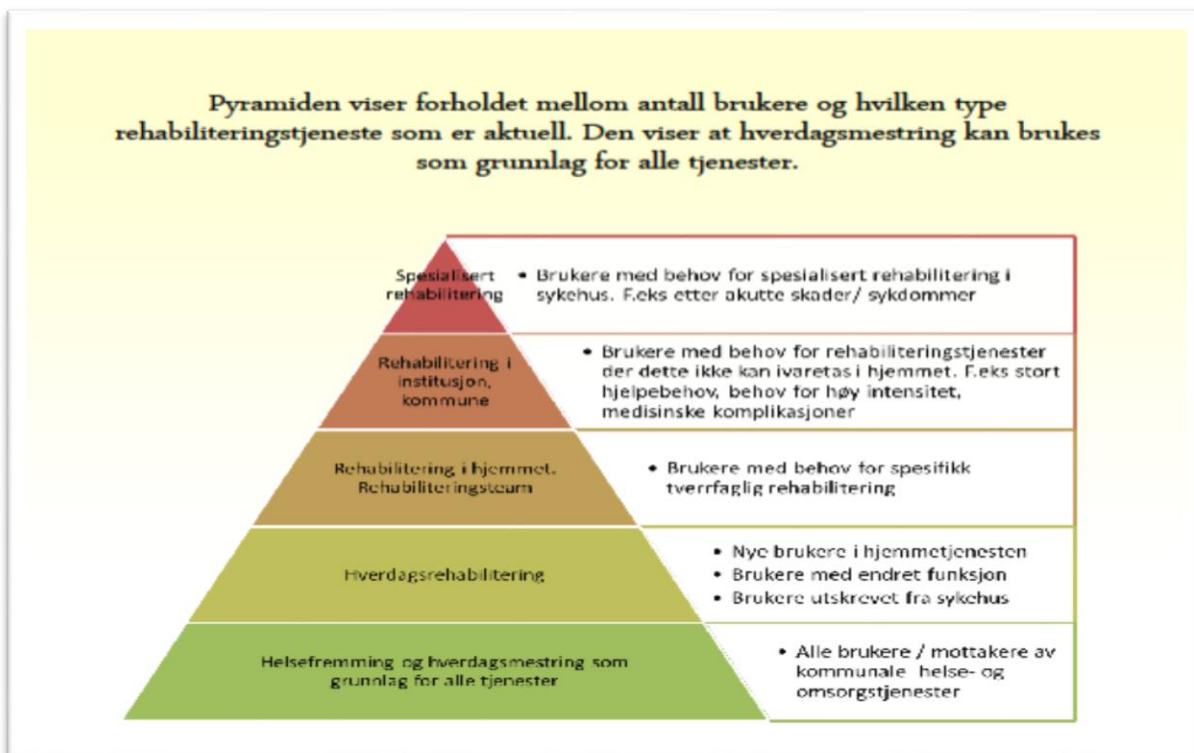
Det som skiller hverdagsrehabilitering fra mer tradisjonell rehabilitering er at praktisk bistand ikke gis før brukeren har fått vurdering av sitt eget rehabiliteringspotensiale. Dette er en ny måte å tenke på. Den gjelder til alle tider i døgnet, og ikke bare på den tiden man tradisjonelt mottar et definert trenings- eller rehabiliteringstilbud. Hverdagsrehabilitering vil bestå av intensiv innsats i begynnelsen, og den eksterne innsatsen kan reduseres etter hvert. Hverdagsrehabilitering skal tilpasses når akutt sykdom gir endring i den enkeltes funksjonsnivå. Målet er at den enkelte kan bli mest mulig selvstendig i dagliglivet. Prinsippene for hverdagsrehabilitering kan også tilpasses når den enkeltes aktivitetsnivå endres. En mer stillesittende tilværelse enn tidligere vil fort kunne gi endring i funksjonsnivået, muskelmassen blir redusert og man øker faren for f.eks fall.

- Øker egenmestring
  - motivasjonen ligger i brukerstyring og gir bedre resultat
- Lærer best i vante omgivelser
  - trigges av omgivelsene, lettere å drille operasjoner.
- Rehabilitering handler ikke bare om trening av kroppen, men også om tilpasning av omgivelser.
- Grundig tverrfaglig kartlegging og vurdering av treningspotensial gir riktigere nivå på tjeneste i etterkant.

Det er et mål både for den enkelte og samfunnet å utnytte de ressurser, evner og muligheter brukerne selv har for å mestre hverdagen. Derfor må habilitering og rehabilitering være en naturlig sentral del av all omsorg og pleie. Det ligger et rehabiliterende element i all god behandling. Hverdagsrehabilitering er en type rehabilitering som kan drives i større omfang gjennom å involvere hjemmetjenestene i arbeidet.

## **12.2. Behov for rehabiliteringsteam i hverdagsrehabiliteringen**

Metoden krever at de ansatte må arbeide sammen med, og ikke for, den enkelte bruker. Tidlig tverrfaglig kartlegging av rehabiliteringspotensialet hos brukeren og tilsvarende tidlig og intensiv opptrening øker mestringsevnen og reduserer behovet for hjelp fra det offentlige. Ved innføring av hverdagsrehabilitering i hjemmetjenestene opprettes det vanligvis et tverrfaglig team bestående av ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere med rehabiliteringskompetanse. Hverdagsrehabilitering starter alltid med spørsmålet: Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå? Teamet går inn og vurderer rehabiliteringspotensialet hos den enkelte, og samarbeider om å lære opp og veilede ansatte i hjemmetjenesten, slik at de kan stå for opptreningen på brukerens naturlige arenaer, i hjemmet og i nærmiljøet.



## 13. Kompetanse

### 13.1. Kompetansekartlegging

#### 13.1.1. Rehabiliteringskompetanse i kommunen

Virksomhetsleder familie og helse må sammen med avdeling for fysio-ergoterapi påse at nødvendig kompetanse og ressurser til enhver tid foreligger slik at kommunens befolkning kan opprettholde best mulig funksjonsnivå.

#### 13.1.2. Kompetanse på rehabiliteringsavdelingen

Avdelingsleder på rehabiliteringsavdelingen må sammen med fysioterapeut ha oversikt over hva som er nødvendig kompetanse på avdelingen for å opprettholde best mulig tjeneste.

Det må foreligge gode arbeidsbeskrivelser.

Det må utarbeides en plan for hva som er nødvendig for godt rehabiliteringsarbeid

#### 13.1.3. Kompetanse innen habilitering

Virksomhetsledere familie og helse og PU må sammen med avdeling for fysio-ergoterapi og helsestasjon påse at nødvendig kompetanse og ressurser til enhver tid foreligger slik at kommunens habiliteringsarbeid kan gi optimale resultater.

## 14. Oppsummering

Arbeidsgruppen vil peke på følgende behov:

- Koordinerende enhet for habilitering/rehabilitering med en lederfunksjon
- Videreutvikle organiseringen av rehabiliteringsarbeidet og tilrettelegge for nye samarbeidsarenaer
- Fysisk tilrettelegging av rehabiliteringsavdelingen og fysioterapi/ergoterapiavdelingen
- Vurdere bemannings og kompetansebehov
- Igangsette hverdagsrehabilitering
- Organisere miljøarbeidertjeneste

Ansvar for videre oppfølging av planen er virksomhetsledere: Familie og helse, Omsorg og PU

## ***DET ER REHABILITERING I ALT!***

### VEDLEGG 1

Utregnet ressursbehov etter dagens behov

#### **Ca 5 pasienter med hjerneslag pr år**

- Fysioterapi: Rehabilitering på avdelingen –ca 2 timer fysioterapi pr dag i 3 mnd for best mulig opptrening
- Ergoterapi: ADL (Activity of daily life) ca 1 time pr dag

*Dvs ca 0,3 årsverk fysioterapi og 0,15 årsverk ergoterapi*

#### **Ca 10 pasienter som er hofteopererte pr år**

- Fysioterapi: ca 1 time pr dag i ca 3 uker på avdelingen og deretter hjemme i 4 uker
- Ergoterapi: bruker gjennomsnittlig ca 3 timer pr uke på denne gruppen. I stor grad gjelder tilpasning av hjelpemidler

#### **Andre grupper: (kreft)**

- Fysioterapi: ca 1 time pr dag
- Gruppetrening: 3 timer/uke
- Ergoterapi 1 - 2 timer per uke gjennomsnittlig.

#### **Hjemmeboende pasienter med kroniske sykdommer: 7-8 stk**

- Fysioterapi ca 1-2 timer pr pasient pr uke
- Ergoterapi: Den største brukergruppen ifht tilrettelegging og hjelpemiddelformidling. ca 2 dager i uken.

**VEDLEGG 2****Pri or i t e r i n g s n ø k k e l**

for henvisninger til kommunens fysio – og ergoterapi tjenesten

- Gi brukeren et bedre koordinert og mer helhetlig tilbud
- Legge til rette slik at brukeren mestrer å jobbe med eget liv

Kategori	Konkretisering	Tidsramme
Barn 0 – 18 år med alvorlige funksjonshemninger	Henvisninger fra 1. 2. og 3. linjetjenesten.	Innen 2 uker
Rehabilitering	Henvendelser vurdert i rehabiliteringsteam – eller habiliteringsteam Henvendelser fra 2. og 3. linjetjenesten.	Innen 2 uker
Pasienter med "akutte" behov	Henvisninger fra 2. eller 3 linjetjenesten. Akutte aktivitets – og funksjonstap.	Innen 2 uker
Terminale behov	Henvisninger fra sykehjem eller hjemmetjenesten. Henvisninger fra hjemmeboende.	Innen 2 uker
Veiledning til annet helsepersonell	For eksempel vedr. hjelpeidler og forflytning.	Innen 3 uker
Brukere med kroniske lidelser som trenger jevnlig oppfølging	Forebygging av aktivitets- og funksjonstap.	Innen 3 uker
Barn i aldersgruppen 0 – 18 år	Henvisninger .	Innen 4 uker
Ikke – akutte problemstillinger hos hjemmeboende	P. g. a. aldring og/ eller generell funksjonsnedsettelse. Bytte av hjelpeidler.	Innen 4 uker
Pløietrengende / langtidspasienter uten akutte behov	Institusjonsboere.	Innen 4 uker
Forbyggende helsearbeid	Gruppetrening for ansatte og brukere.	

25. 10. 12

**VEDLEGG 3**

Prioriteringsnøkkel for fysioterapeut og ergoterapeut  
i forhold til barn og ungdom  
Marker kommune

Prioritet	Problemstilling	Målgrupper og eksempler	Tidsramme
RØD	<p>Rask intervensjon er nødvendig og har stor betydning for effekt av tiltak</p> <p>Akutt problemstilling som er nyoppstått, eller brått funksjonstap pga skade eller lidelse og eller store forandringer i omgivelsene.</p> <p>Problemstillinger knyttet til overgangsfaser.</p> <p>Problemstillinger knyttet til terminalfase, når tiltak i betydelig grad kan lindre, eller at tiltak er rettet mot egenaktivitet og sosial deltagelse.</p>	<p>Barn med fødselsskader. Plexusskader eller fotdeformitet.</p> <p>Spedbarn med tortocollis / asymmetri.</p> <p>Spedbarn med diagnose eller funksjonshemming.</p> <p>Barn med lungeproblemer i akutt fase.</p> <p>Barn med progredierende sykdom i akutt fase.</p> <p>Barn med revmatiske lidelser i akutt fase.</p> <p>Barn med neurologiske lidelser med behov for intensiv behandling, f.eks oppfølging etter operasjoner eller botox.</p>	Innen 1 uke
GUL	<p>Tidlig intervensjon forventes å ha stor betydning for effekt av tiltak</p> <p>Begynnende funksjonssvikt med store konsekvenser for selvstendig funksjon i hverdagen, som utførelse av primære daglige aktiviteter, å kunne bo i egen bolig, delta i lek, mestre deltagelse i barnehage/skole best mulig.</p> <p>Hurtig progredierende sykdomsutvikling som fører til</p>	<p>Spedbarn med sen grov – og finmotorisk utvikling. Premature barn.</p> <p>Førskole – og skolebarn med sen motorisk utvikling og / eller sammensatte vansker.</p> <p>Barn med lungeproblemer, kronisk fase.</p> <p>Barn med funksjonshemming som krever hjelpemidler.</p> <p>Barn med progredierende sykdom.</p> <p>Barn med neurologisk lidelse.</p> <p>Barn som henvises til spesialisthelsetjenesten.</p> <p>Bistand i overgangsfaser, f.eks barnehage – skole.</p> <p>Vurdering av barn med tanke på nakke/skulder/ryggproblematikk.</p> <p>Vurdering av barn med</p>	Innen 4 uker

	<p>nedsatt funksjon og økt hjelpebehov.</p> <p>Forsinket funksjons –og aktivitetsutvikling sett i relasjon til alder.</p> <p>Videre kommunal saksgang og henvisning til andre instanser avhengig av vurdering og uttalelse fra terapeut.</p> <p>Planlagte overgangsfaser.</p>	<p>psykosomatisk problematikk.</p>	
GRØNN	<p>Bevegelses – eller aktivitetsproblemer som følge av kroniske, og / eller langsomt progredierende sykdom i rolige faser.</p> <p>Forsinket funksjons – og aktivitetsutvikling rett i relasjon til alder.</p> <p>Planlagte overgangsfaser.</p> <p>Helsefremmende og forbyggende arbeid.</p>	<p>Barn med Downs syndrom / andre syndrom/sammensatt problematikk og veiledning. Behandling av barn med psykosomatisk problematikk. Barn med progredierende sykdom i rolige fase. Skolebarn med nakke/rygg og skulderproblematikk der tverrfaglig bistand er hensiktsmessig.</p> <p>Bistand i overgangsfaser.</p> <p>Tiltak i forhold til ergonomi, fysisk aktivitet, kosthold osv</p>	8 uker



## VEDLEGG 4

### *Prioritering av pasienter Ørje Fysikalske Institutt*

#### **1 prioritet. Max ventetid 1 uke:**

Personer der rask behandling er nødvendig og ventetid vil gi store negative konsekvenser.

- Personer med akutt sykdom/skade/lidelse, der funksjon eller smertetilstand vil bli vesentlig forverret dersom iverksetting av tiltak utsettes.
- Personer som er i overføringsfaser mellom 1,2 og 3 linjetjeneste, der tiltak må påbegynnes raskt.

#### **2 prioritet. Max ventetid 1 måned:**

Personer der tidlig intervensjon forventes å ha stor betydning for effekt av tiltak.

- Personer med begynnende funksjonsfall, der det er gode muligheter til å gjenvinneaktivitetsfunksjon eller forebygge ytterligere funksjonsfall
- Personer med kroniske sykdommer i faser med forverring.
- Personer med funksjonsproblemer/kronisk sykdom, med fare for reduserte muligheter til gjennomføring av daglige aktiviteter
- Personer i overføringsfaser der tiltak kan vente inntil 1 mnd
- Personer i en situasjon der videre kommunal saksgang og henvisning til andre instanser avhenger av terapeutens vurdering.

#### **3 prioritet. Max ventetid 3 måneder:**

Personer der intervensjon ansees som hensiktsmessig for at personen kan opprettholde/bedre funksjon i daglige aktiviteter, men tiltakene kan vente uten større konsekvenser.

- Personer med funksjonsproblemer/kronisk sykdom uten akutt problemstilling.

Foreslår at det meldes avvik enten virksomhetsleder eller kommunefysioterapeut(avd leder) når ventetiden ikke overholdes.