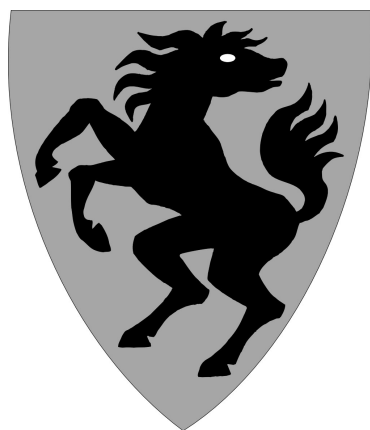


Rehabiliteringsplan for Lyngen kommune



Prosjektgruppa for utarbeiding av "Rehabiliteringsplan for Lyngen kommune" har vært:

Gooi de Vries	prosjektleder
Gunnar Clausen	formann helse/sosial utvalget
Heike Nykvist	PRO Ytre Lyngen
Ingolf Isaksen	brukerrepresentant
Otto Karlsen	brukerrepresentant

Heike Nykvist har flyttet i tiden prosjektarbeidet foregikk, og ble ikkje erstattet.

Innhald

<u>Del 1 Innleiing</u>	4
1.1 Bakgrunn	4
1.2 Gjeldande rett	4
1.3 Definisjonar	5
<u>Del 2 Målgrupper</u>	7
2.1 Målgrupper	7
2.2 Behov	8
2.3 Rusmiddelbrukere	9
<u>Del 3 Rehabiliteringsverksemda i Lyngen kommune, nåsituasjon</u>	10
3.1 Planverk i Lyngen kommune	10
3.1.1 Eldreplanen	10
3.1.2 Tilrettelegging av psykisk helsevern i Lyngen kommune	10
3.1.3 Retningslinjer for tiltaksteamet	11
3.2 Ressurser	12
3.2.1 Fagressurser	12
3.2.2 Samarbeidsfora	12
3.2.3 Eksterne ressurser	13
3.2.4 Personalbehov	13
3.3 Tilbod	14
<u>Del 4 Rehabiliteringstenesten i Lyngen kommune fram til 2005</u>	15
4.1 Innleiing	15
4.2 Organisering	16
4.3 Personalbehov	18
4.4 Økonomi	19
4.5 Evaluering	20
<u>Del 5 Praktisk rehabiliteringsarbeid</u>	21
5.1 Registrering av nye brukarar	21
5.2 Tiltaksteamet sine oppgåver	21
5.3 Referansegruppe	21
5.4 Ansvarsgruppe	22
5.5 Kontaktperson i den enkelte ansvarsgruppe	23
5.6 Individuelle rehabiliteringsplaner	23
5.7 Samarbeid med 2. linjetenesta	24
5.8 Arena for rehabilitering	24
5.9 Brukarmedverknad	24
<u>Del 6 Handlingsprogram</u>	25
6.1 Før iverksetjing	25
6.2 Tiltak	25
Litteratur	26
Vedlegg 1 Medisinske og økonomiske effektar av rehabilitering	27
Vedlegg 2 Metodar og virkemiddel	29
Vedlegg 3 Tiltak for å hjelpe og behandle rusmiddelbrukere	32

DEL 1 Innleiing

1.1 Bakgrunn

Lyngen kommune har per i dag ikkje ein heilskapleg rehabiliteringsplan.

Lovheimel i Lov om helsetenesten i kommunene, Stortingsmelding nr. 21, Forskrift om habilitering og rehabilitering og Lov om pasientrettigheter forpliktar kommunane å lage rehabiliteringsplaner.

Kommunefysioterapeuten har frå formannskapet i Lyngen kommune fått i oppdrag å lage ein rehabiliteringsplan (Sak 09/2001).

1.2 Gjeldande rett

Gjennom **Lov om helsetenesten i kommunene** er kommunen pålagt å ytte nødvendig helsehjelp til kommunen sine innbyggjarar og dei som mellombels har tilhald i kommunen (§ 2-1), og at kommunen si helseteneste skal omfatte medisinsk habilitering og rehabilitering (§ 1-3).

Denne loven har vært gjeldande sidan 010184, men intensjonen bak § 1-3 ble ikkje oppnådd i meste parten av kommunene. Dette går fram i innleiinga til St.m. nr. 21 (98-99) "Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk.": *"Regjeringa legg med dette fram ei stortingsmelding om strategiar for eit meir systematisk og effektivt rehabiliterings- og habiliteringsarbeid på brukarane sine premisser. Rehabiliteringstilbodet er i dag i for stor grad prega av manglande planlegging og koordinering, uklare ansvarsforhold og for lite medverknad frå brukarane sjølve."*

Lov om pasientrettigheter gir nærmare påbod om rett til naudsynt helsehjelp frå kommunehelseteneste og spesialisthelseteneste, jfr. § 2-1. Rettane omfattar også rehabiliteringstenestar. Dette følgjer av § 1-3 der helsehjelp definerast som *"handlingar som har helsebevarende eller rehabiliterende mål"*.

Andre viktige paragraf:

§ 2-5. Rett til individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetenester. Ikkje rettskraftig ennå.

§ 3-1 Pasientens rett til medverknad: *"Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon."*

Forskrift om habilitering og rehabilitering forpliktar kommunen å lage ein plan for sin habiliterings- og rehabiliteringsarbeid. (§ 8).

Forskrift om individuelle planer (Sosial- og helsedepartementet 8. juni 2001) skal sikre at pasienten får eit fullstendig, koordinert og individuelt tilpasse tenestetilbod. Planen gir ikkje pasienten rett til større helsehjelp enn det som følgjer av det øvrige regelverket, men skal vere eit virkemiddel for å sikre at tenestene pasienten får frå ulike tenesteytarar blir samordna, at dei blir vurdert i ein samanheng og at det er den enkeltes pasient sine behov som er utgangspunkt for innsatsen av tenesten.

1.3 Definisjonar

Rehabilitering er eit fremmendord og me har ikkje noko dekkjande uttrykk på norsk. Den eigentlege tyding av ordet er ”å vinne sjølvrespekten attende”.

Ein definisjon av kva rehabilitering er finnast i St.m. nr. 21: ”tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.”

For at ein skal kunne bruke omgrepet rehabilitering eller habilitering må følgjande kriterier oppfyllest:

- prosessen må vere tidsavgrensa, planlagt og målstyrt.
- bistand må bestå av fleire enn eit tiltak, og der fleire aktørar samarbeider om disse.
- brukaren må stå sentralt
- brukarens innsats må rettast mot å oppnå sosial sjølvstende, best mogleg meistringsevne og evne til å fungera med funksjonshemming eller kronisk sjukdom.

kriterier for (re)habilitering

Omgrepet habilitering har vært og skal fortset vere reservert til tiltak for born og unge med funksjonshemmingar som er medfødde eller som dei har fått seinare.

Tilbod til vaksne med funksjonsproblem, medrekna menneske med psykisk utviklingshemming er omtala som rehabilitering.

Samstundes blir rehabilitering nytta som eit overordna omgrep for rehabiliterings- og habiliteringsverksemda.

Også i denne planen blir ordet rehabilitering brukt som overordna omgrep for både habilitering og rehabilitering.

Sjølv om det blir fokusert på funksjonsbetring kan rehabilitering også vere å bevare funksjonsnivået, særleg hos eldre og mange med kronisk sjukdom der ein kan forvente at ein utan tiltak får forverring av funksjonsnivået.

Rehabilitering som omgrep og utøvande verksemd omfattar at menneske klassifiserast etter det avvik dei viser frå ein definert norm. Identifiseringa av noko som funksjonshemming må skje relativt til ein forestilling om kva som er det normale, vanlege eller ordinære.

Ivar Lie meiner at kvar avgrensing i ønsket livsutfalding prinsipielt kan oppfattast som ein funksjonshemming, men i sosial-juridisk forstand er det bare alvorlege avgrensingar i sjølvstendig livsopphald og i skole- og arbeidssamanhenger som kvalifiserer for å kalle ein person ”funksjonshemma”. Han definerer funksjonshemming som ”summen av de aktivitetsproblemar som oppstår som resultat av et misforhold mellom utgangspunkt og krav på områder der personen er interessert i å delta.”

Det er nok ein del uklåre grensar i rehabiliteringsverksemda, men det er viktig å fastslå ein del avgrensingar for å sikre at ein har same forståing av omgrepet rehabilitering.

Rehabilitering vil ikkje seie å "gjere frisk", men å hjelpe den det gjeld til å meistre funksjonsproblema sine med tanke på aktivitet og deltaking. Rehabilitering er ikkje helsetenesten sit domene. Som oftast blir rehabiliteringsarbeid både tverrfagleg og tverretatleg.

Rehabilitering er noko anna enn behandling, sjølv om grensene ofte kan vere uklåre. Ved rehabilitering blir det lagt vekt på funksjonsbetring med fokus på den enkelte sine ressursar, og på heilskaplege tverrfaglege tilnærmingar. (Medisinsk) diagnose, prognose og behandling vil ofte vere viktige føresetnader for rehabiliteringsprosessen.

Rehabilitering handler om:

1. å endre individet sine føresetnader for å fungere
2. å kompensere for funksjonstap ved tilrettelegging og tekniske tiltak.

Rehabilitering er avgrensa mot ordinær pleie- og omsorgsverksemd, mellom anna gjennom målsetjingane om fokus på eiga styring og eigeninnsats.

Rehabilitering er ein prosess, og ikkje enkeltstående tiltak.

Samandrag:

Rehabiliteringsverksemda tek i hovudsak utgangspunkt i individuelle mål og behov, og ikkje i sjukdomsgrupper. Ein og same funksjonssvikt kan utløyse svært ulike individuelle behov – og ofte vil forhistoria vere avgjerande for rehabiliteringsmåla og dermed også behova. Behova vil dessutan variere over tid for same individ og bør bli evaluert fortløpande av ein fagperson sammen med den som eig behovet, evt. ansvarsgruppa.

DEL 2 Målgrupper og behov

”Ansvar og meistring, Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk” gir kommunene eit utvida ansvar og økte oppgåver innan allmen rehabilitering. Mange av oppgåvene gjelder rehabilitering av menneske med eit samansett sjukdomsbilde, ofte med psykiske problemar som følgje av fysisk skade eller lidingar, kroniske smerter eller for eksempel som følgje av langvarig arbeidsløyse. (St meld nr 21, 1998-99)

2.1 Målgrupper

Målgruppene for rehabilitering er i utgangspunkt alle med funksjonsproblem og som har behov for hjelp til å nå eller halde ved like sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle, psykiske og sosiale funksjonsnivå.

Forlet ein sjukdomstanken og går inn i funksjonstanken då er rehabiliteringsprosessen i gang. Ein kan med bakgrunn i funksjonstanken peike ut fem situasjonar som kan innebere behov for rehabilitering:

- funksjonssvikt ved medfødde, kroniske sjukdommar og tilstandar.
- funksjonssvikt/tap som følgje av psykiske problem.
- funksjonstap ved sjukdom og skade som har oppstått seinare i livet.
- funksjonsvedlikehald for å unngå forverring av funksjonshemmingar
- funksjonsomstilling ved overgang til ny livsarena (t.d. frå skole til arbeid), eller ved endra krav i omgivnadene rundt den enkelte (t.d. i bo- eller arbeidssituasjon).

2.2 Behov

Ein kan ikkje bruke diagnosar for å finne ut av omfanget til rehabiliteringsbehovet. Statistikk finnes om diagnosar og funksjonsproblem, men ikkje om samansette problem og behov. Likevel er statistikk det einaste me har for å kunne vurdere omfanget av rehabiliteringsfeltet.

Følgjande oversikt er hentet frå Statistisk Sentralbyrå. Tallene er frå 1999.

Funksjonsevne og omsorg, prosent Begge kjønn	Alle	16-24 år	25-44 år	45-66 år	67-79 år	80 år og eldre
Andel som har svært eller noe vanskelig for å bevege seg ut av boligen på egen hånd	6	1	2	4	13	33
delta i fritidsaktiviteter	14	5	7	14	28	43
bruke offentlige transportmidler	6	1	2	4	14	36
få kontakt med/snakke med andre	3	1	1	2	6	9
Andel sysselsatte som har svært eller noe vanskelig for å klare jobben	5	3	5	6	-	-
Andel med hjelpebehov	9	1	3	7	23	49
Andel med pleiebehov	2	0	1	1	6	6
Andel som på grunn av sykdom/funksjonshemming får						
omsorgshjelp fra andre i husholdningen	3	1	2	4	5	3
regelmessig ulønnet hjelp til husholdningen fra slekt, venner, naboer	6	1	6	3	6	24
Andel i husholdning som siste måneden har hatt besøk av						
hjemmehjelp	4	0	0	1	10	41
hjemmesykepleier	2	-	0	1	6	12
Andel i husholdning med lønnet privat hjelp siste måneden	4	2	4	3	8	10
Andel i husholdning med omsorgshjelp utenfra, i alt	12	3	10	7	22	55
Andel av eldre og personer i husholdning med omsorgshjelp som har behov for hjelp/mer hjelp	12	-	23	10	9	13

Tallmaterialet seier ingenting om behovet for rehabiliteringstenester, men er meint som ein indikator på kor mange som har redusert funksjonsevne og kva hjelp dei får. Bak disse tallene skjuler seg mange "ferdig rehabiliterte" og kanskje noen som har eit rehabiliteringspotensiale.

Lyngen kommune hadde i tidsrommet 1988-97 totalt 150 personar som ble behandla for kreft. Denne kategorien aukar i tida som kjem. Fleire av disse pasienter har og vil få behov for rehabilitering.

I årene 1997 og 1998 hadde Lyngen kommune 83 personar til rehabilitering utanfor kommunen.

St meld nr 25, 1996-97, ”Åpenhet og helhet, Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene” pålegg kommunene å kartleggje psykiske lidingar og hjelpebehov hos innbyggjarne. Kartleggingane som nå er gjennomført i de fleste kommunene viser at mange distriktskommunar som er prega av fråflytting, pendling, einssidig og eller lav sysselsetting, med påfølgjande liten tro på framtida i bygda eller fiskeværet, scorar høgt på sjukdomsutbreiing. I mange av disse grissgrendte kommunene er det kartlagt utbreiing av psykiske lidingar med omfattande og langvarig hjelpebehov på mellom 2 og 3 %, høgaste kartlagde prevalens i ein norsk grissgrendt kommune er 4,2 % mens departementet reknar med at mellom 0,5 til 1 % av den voksne befolkning har psykiske lidingar.

Psykiatrisk sjukepleiar i Lyngen har per oktober 2001 registrert 80 brukarar, eller omkring 2,5% av befolkninga.

2.3 Rusmiddelbrukere

Det foreligger ingen opplysningar som tyder på en auking i rusproblemene, eller i talet på rusmiddelmisbrukere i kommunen, men det antas at vi har mellom 40 og 60 voksne personer som misbruker rusmiddel regelmessig, åpent eller skjult. Det er her i stor grad snakk om misbrukere med stort hjelpebehov for sine rusproblemer.

Del 3 Rehabiliteringsverksemda i Lyngen kommune, nåsituasjon

Det foregår ein del rehabilitering og habilitering i kommunen. Det er opprette fleire ansvarsgrupper og arbeidet med å lage individuelle (re)habiliteringsplaner er godt i gang. Det finnes ingen overordna koordinering og ingen rettesnor for korleis ein ansvarsgruppe må fungere.

Ansvarsgruppene legg ned eit godt arbeid, men grunnlaget for erfaringsoverføring finnes ikkje.

Ofte er det heimetenesta og bosentrene som kjem først i kontakt med dei som har behov for rehabiliteringstenester på forskjellig nivå. Heimetenesta er og dei som innkallar andre ressursar etter behov, og som gjør eit stort arbeide i forhold til rehabilitering og opplæring av pårørande for å hjelpe til med å beholde funksjonsnivå hos brukaren.

Nåsituasjonen er ikkje eit godt utgangspunkt for kvalitetssikring, men eit godt utgangspunkt for etablering/organisering av eit solid rehabiliteringstilbod.

3.1 Planverk i Lyngen kommune.

Det finnes ein del planar i Lyngen som kan bli rørt ved når denne planen blir effektuert. Planane blir ikkje overflødige eller vesentleg endra, men det kan bli naudsynt med ein del tilpassingar avhengig av korleis strukturen i rehabiliteringsverksemda blir.

Etter omorganiseringa i kommunen har ein fått ein ny struktur og fleire delplanar blir for tida revidert. Gjensidige tilpassingar i delplanane bør bli gjennomført ved neste revisjon.

3.1.1 Eldreplanen

Her blir det stadfesta det at rehabilitering er ein ideologi som ligg i botn av alt arbeid ein utfører overfor brukarane. Ein skal arbeide metodisk med rehabiliteringsarbeid og tenkje brukarmedverknad. Samstundes blir det konstatert at det ikkje er ein felles rehabiliteringsideologi innan pleie- og omsorgstenesten per i dag.

3.1.2 Tilrettelegging av psykisk helsevern i Lyngen kommune

Planen nemnar at ein av sidene ved psykisk helsevern er rehabilitering. Dette er ikkje utdjupa meir i planen. Psykisk helsevern i Lyngen kommune er vel organisert; behovet blir kartlagt og registrert, det lages tiltaksplan for den enkelte brukar, ein brukar primærkontakt, ansvarsgruppe, faggruppe og pårørande som ressursar for å nå måla.

3.1.3 Retningslinjer for tiltaksteamet

Hovudformålet med tiltaksteamet er behandling av innkomne søknader om korttidsplasser, avlastning og faste institusjonsplassar.

I delegasjonsreglementet står det at tiltaksteamets innstilling på institusjonsplass skal innehalde ein vurdering av moglege alternative tiltak som kan bli iverksett for å betre situasjonen til brukaren. I tillegg skal tiltaksteamet fungere som eit fagråd, være eit samordna ledd mellom tiltak og behandlingsorgan.

Rutiner for tiltaksteamet §7: *”Hvilke saker som skal behandles av tiltaksteamet:*

Teamet skal behandle søknader om institusjonsplass, samt at det skal vurdere om det er andre tiltak som er mer egnet for søkeren. Etter lov om sosiale tjenester § 8-4 skal tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeide med klienten. Det skal legges stor vekt på hva klienten mener.

Hvis ikke institusjonsplass kan tilbys straks må det vurderes å sette inn tiltak på nivå som: hjem, omsorgsbolig, bo- og servicesenter og sykehjem.

Følgende momenter bør være utgangspunkt for vurdering i tiltaksteamet før innleggelse eller eventuelt som et strakstiltak:”

BEHOV (tiltakskjede)	TILTAK
Fysioterapeut	<ul style="list-style-type: none">• Tilbudet skal gis i samarbeid med bruker.• Forbyggende arbeide.• Saksbehandler må tenke helheten i brukers situasjon.• Kan det være andre behov bruker har enn det søkes om, og evt, om søknaden må oversendes annen etat for videre behandling.• Det må bestrebes på å få til en saksbehandling der samordning av tjenestene som kommunen kan tilby fører til bedre tjenester for brukeren.
Ergoterapeut	
Psykiatrisk sykepleier	
Hjemme sykepleie	
Hjemmehjelp	
Støttekontakt	
Ambulerende vaktmester	
Strakstilbud ved behov	
Avlastning (påførende)	
Korttidsopphold (bruker)	
Omsorgslønn	
Sykehjemsplass med beh.	
Eldrebolig	
Døgkontinuerlig botilbud	
Tekniske hjelpemidler	
Arbeidsstue	
Matombrining	
Transporttilbud	
Dagtilbud	

3.2 Ressurser

I prinsipp er alle tilsette i Lyngen kommune å rekne som ressurspersonar, men enkelte faggrupper, profesjonar og funksjonar er sentralt i rehabiliteringsarbeidet.

I tillegg har ein eksterne ressurser som t.d. opptreningsinstitusjoner, 2. og 3. linje helsetenesten, og frivillige instansar.

3.2.1 Fagressurser

Lyngen kommune har stort sett dei fagressursane som kan bli stempla som nøkkelpersonal innanfor rehabilitering:

- helsesøster
- sjukepleiar
- spesialpedagog
- førskolelærer
- aktivitør
- fysioterapeut
- lege
- logoped
- sosionom
- psykiatrisk sjukepleiar
- boligsekretær
- vernepleier

Andre faggrupper som ofte spiller ein viktig rolle er:

- hjelpepleiar
- omsorgsarbeidar
- lærar
- heimhjelp

Fagressurser som ikkje finnes er:

- ergoterapeut

3.2.2 Samarbeidsfora

Internt i kommunen er det etablert diverse fora der arbeidet til dels grenser mot rehabiliteringsfeltet eller overlappar det. Disse fora dekker spesielle behov som ikkje kan bli erstatta av t.d. ein rehabiliteringskoordinator eller rehabiliteringsteam. Men disse funksjonar kan ha glede av kvarandre.

For tida finnes disse interne fora:

- tverretatleg samarbeide mellom helsestasjonen og sosialkontoret. Formål med gruppa er m.a. å vere ein lokal faggruppe til etablerte instansar, ta opp generelle og spesielle saker/problem, drive med råd og rettleiing. Gruppa rettar seg spesielt mot barn.
- postmøte. Samarbeid mellom legekontor, helsesystem, fysioterapeut og jordmor. Mål: sikre medisinsk fagleg oppfølging av helsestasjon og skolehelsetenesten. Ein kan ta opp generelle og spesielle klientsaker.
- avdelingsleiarmøte: eit møtepunkt for leiarer og mellomleiarer i helse- og omsorgsetaten. Skal dekke behovet for felles diskusjonar i forhold til dei måla ein skal jobbe i mot. Fast på sakskartet er administrative spørsmål, informasjon frå avdelingane til kvarandre, informasjon frå omsorgssjefen til avdelingane og moglegheit til å ta opp aktuelle klientsaker med aktuelle avdelingsleiarar/saksbehandlar.
- postmøte mellom legekontor og psykiatrisk sjukepleiar 1 gang i veka.
- samarbeidsmøte mellom Lyngen kommune og team frå Åsgård 1 gang i månaden.
- tiltaksteamet. Sjå side 12.

3.2.3 Eksterne ressurser

Det finnes mange eksterne tilbud, ofte med eit spesialisert tilbud til spesielle målgrupper. Oversikten er eit oversikt over noen sentrale samarbeidspartnere i vårt nærrområde:

- Opptreningsssenter i Finnmark (samisk språkleg personell): reumatiske lidingar, belastningslidningar, muskel-skjelett lidingar, postoperativ behandling, invalidiserande psykososiale problemer.
- LHL Skibotn: hjarte-lunge rehabilitering, kroniske lidingar muskel/skjelett og nervesystem, psykososiale problem.
- Habiliteringsenheten for barn og unge. Utredning (tverrfagleg, sosial, hjelpemidlar, rettleiing)
- Kurbadet, Tromsø (som OiF og LHL, minus psykososiale problemer)
- Mellomveien Bo- og Rehabiliteringssenter (vaksne med CP, MS og muskelsjuka).
- UNN, avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering.
- ART: Ambulant Rehabiliterings Team. 2-årig prosjekt som har sitt utspring frå avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering. Oppgave er å kome med forslag til å få betre samanheng i pasientens rehabilitering før, under og etter innlegging. Målgruppa er pasienter som legges inn ved avd. for fysikalsk medising og MBR som følgje etter slag eller hodeskader og MS-pasienter.

3.2.4 Personalbehov

Fysioterapitenesta har allereie i 1992 utarbeidet ein plan for verksemda som konkluderer med at tenesta har behov for 300% stilling for å dekkje behova. Dette vil gi 0,92 årsverk per 1000 innbyggjarar. Snitt for Troms fylke er 0,91.

I mai 2001 har Helse- og omsorgsutvalet vedteke å utvide talet på årsverk frå 2,35 til 3. Dette gir ein personalfaktor som er likt snittet i Troms fylke.

Likevel er det fleire som meiner at tenesta er for liten. Ein ynskjer øyremerkta ressursar til sjukeheimen og meir ressursar til ytre Lyngen.

Sjukeheimen og heimetenesten har i sitt oversikt over kompetansebehov signalisert at dei har eit særskilt behov for økt kompetanse på rehabilitering:

- skolering i rehabilitering
- hospitering ved medisinsk rehabiliteringsavdeling på UNN.
- vidareutdanning av hjelpepleiars og omsorgsarbeidars i psykiatri og geriatri
- vidareutdanning innanfor rusomsorg
- økt kompetanse på førebyggjande fysisk aktivitet
- kompetanse på behandling, oppfølging av overvekt i medisinsk samanheng

Dei melder frå om følgjande personalbehov:

- 50% fysioterapeut på sjukeheimen
- ergoterapeut
- diabetessjukepleiars

Dei er bekymra om at kommunen har påkosta vidareutdanning i psykiatri utan at det har vore oppretta stilling. Psykiatrisk sjukepleiar er i faresonen for å brennes ut.

Andre:

- Eit samla fagmiljø i Lyngen kommune har gitt uttrykk for at dei ynskjer ergoterapeut i staben.
- Den Norske Kreftforening påpeikar at ein bør ha kreftsjukepleier i kommunen. Ein slik stilling har også stor relevans for andre spesialstillingar, t.d. psykiatrisk sjukepleier.

I tillegg til fagressursane er det også viktig å ha ein plan for korleis ein skal vedlikehalde og heve kompetansen:

- etter- og vidareutdanning
- kurs
- rettleiing

3.3 Tilbod

Kommunale tilbod og tilbod som er knyta opp til eller integrert med dei kommunale tilbod:

- fastlege
- logoped
- privat praktiserande fysioterapeutar
- sosialkontor
- heimehjelp
- heimesjukepleie
- Bo / service senter
- sjukeheimsavdeling som kan ta imot rehabiliteringsoppdrag
- vaktmeister
- støttekontakt
- trygdekontor
- arbeidskontor
- ansvarsgruppe
- likemannsarbeid
- avlastning
- aktivitetssenter
- klubb
- skole
- vaksenopplæring
- ASVO
- PPT

Elles så bør ein ikkje gløyme kva det lokale kultur- og idrettsliv kan bidra med. Også pårørande og nærmiljøet elles kan være ein ressurs i rehabiliteringsarbeidet.

Del 4 Rehabiliteringstenesten i Lyngen kommune fram til 2005

Visjon:

Dei som trur å ha eit behov for hjelp skal kunne ta kontakt med kommunen.

Kven som helst i kommunal teneste som oppdagar eit behov har plikt å melde dette til koordinerande instans. Dette gjeld alle, ikkje enkelte yrkesgrupper.

Nye brukarar blir meldt frå 2. og 3. linjetenesten. I kommunen blir nye brukarar

identifisert av helse- og sosialvesen, barnehagar og skoler, pårørande og brukaren sjølv.

Ein kvalitativ god oppfølging gjør at ein kan avslutte prosessen med måla oppnådd og innanfor tidsramma.

4.1 Innleiing

Kommunen har basisansvaret for rehabilitering. Dette medfører at den skal prioritere ressursar, plassere ansvar og leggje til rette for tverrfagleg og tverretatleg samarbeid.

Rehabilitering er noko alle kan blir involverte i som bidragsyter. Nokre yrkesgrupper er som oftast sentrale i rehabiliteringstiltaka, som sjukepleiarar, fysioterapeutar, ergoterapeutar, leger, logopedar, (førskole)lærarar. Men i mange tilfelle er det naudsynt at også andre yrkesgrupper gjer sitt.

Det er dei fleste profesjonar/institusjonar i helsevesen, men også ein del utafør helsevesen som kan oppdage eit rehabiliteringsbehov. Desse skal formidlast vidare slik at kommunen kan setje i gang rehabiliteringstiltaka som treng.

Kommunen er pålagt å ha ein koordinerande instans. Dette kan vere ein eigen stilling som rehabiliteringskoordinator eller eit rehabiliteringsteam.

Uavhengig av kva løysing ein vel er basisoppgåvene:

Ta imot førespurnad, ta initiativ for å få laget individuell rehabiliteringsplan, se til at det blir etablert ansvarsgruppe, kontakte aktuelle tenesteytarar, osb. Ein kan og sei at koordinerande instans systematiserer samarbeidet mellom forvaltningsnivåa og samordne arbeidet internt i kommunen.

Utover dette må ein sjå til at oppgåver som utvikling av tenesten, kompetanseutvikling og utvikling og oppfølging av samarbeidsavtaler om rehabilitering blir ivaretatt.

4.2 Organisering

Stortingsmelding nr. 21 krev at kommunane får ein tydeleg koordineringsfunksjon som har tyngd gjennom eit tydeleg mandat og har tilgjenge til dei arenaene som er vesentlege for utvikling av rehabiliteringsverksemda.

Meldinga råder også at mindre kommunar skal syte for eigen koordinator, mens større kommunar bør satse på eigen rehabiliteringsteam.

I vedlegg nr. 4 til Stortingsmeldingen er det liste opp erfaringar frå ein kommuneundersøking frå Østlandsforkning (våren 1997):

- 58% av kommunane har ei eller anna form for koordinator eller fast kontaktperson, enten som fast stilling eller som ein funksjon tillagt andre stillingar.
- Det er mindre vanleg med ein koordinator i dei aller minste kommunane.
- Omlag ein tredel av kommunane har rehabiliteringsteam.
- Tilbodet til rehabiliteringsklientar blir i 85% av kommunane drøfta i grupper som primært har andre oppgåver (ofte inntaksteam).
- Store kommunar har ofte både rehabiliteringsteam og –koordinator.
- Suksess-faktorar er:
 - Velordna organisering
 - Planmessig arbeid
 - Politisk vedtekne planar
 - Både team og koordinator
 - Ansvarsgrupper
 - Individuelle rehabiliteringsplanar
 - Fagpersonell

Det synes at ein velordna organisasjon med tydeleg delegering av oppgåver til ansvarsgruppene har mykje å si for kvaliteten. Dei kommunar med både team og koordinator er mest nøgd med eiga verksemd, men det er også dei største kommunar. Stortingsmelding nr. 21 anbefalar koordinator fordi dette kan stimulere til større fleksibilitet og til at ein ta i bruk finansieringsordningar retta mot ein sektor; ordningar som i dag i liten grad blir utnytta i eit samvirke mellom lokale instansar.

Koordinerende instans må bli adresse for (re)habilitering i kommunen og få fullmakter som gjør det mogleg å fungere som skildra i planen.

Koordinerende instans må kjenne alle (kommunale) tilbod og kunne utløyse ressursar.

Ein må ta stilling til korleis denne koordinerende instans skal være i Lyngen kommune. Det finnes to klare alternativ, begge med sine spesielle utfordringar.

Koordinerende instans kan være:

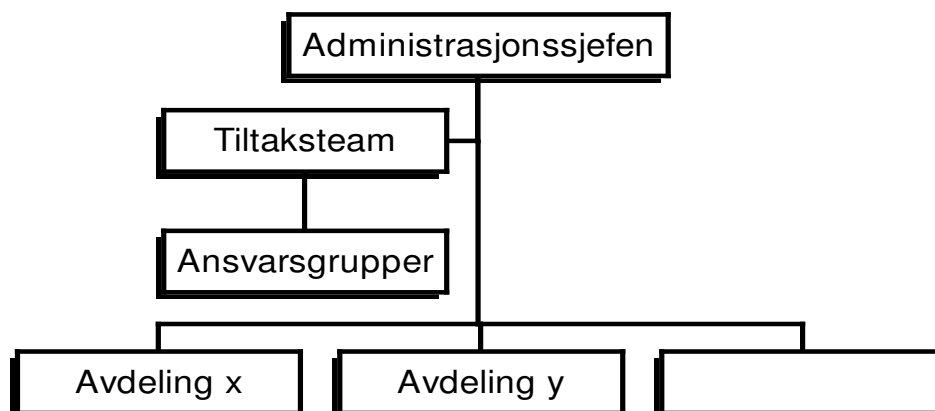
Alt. 1: Utvida mandat til tiltaksteamet.

Alt. 2: Eigen stilling som rehabiliteringskoordinator

.

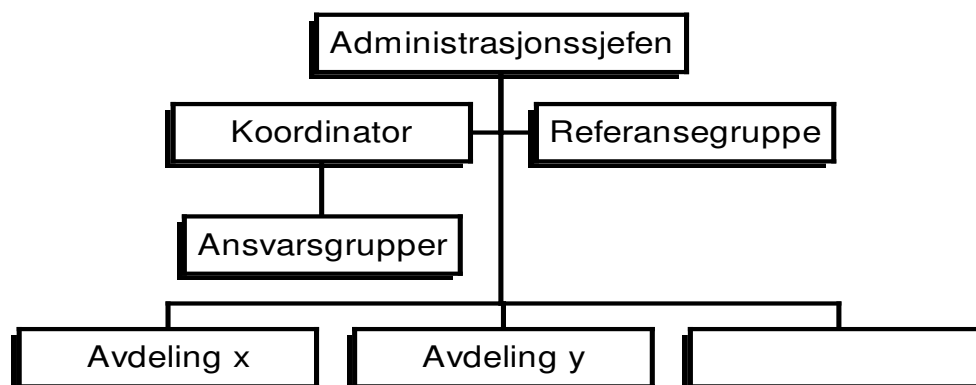
Alternativ 1:

Tiltaksteamet blir utvida med nye, faste personalressursar og får hyppigare møtefrekvens. Ein kan vurdere å endre namn til rehabiliteringsteamet. Ansvarsgruppene blir underlagt tiltaksteamet.



Alternativ 2:

Eigen stilling som rehabiliteringskoordinator og etablering av ein tverrfagleg referansegruppe som skal ha ein rådgjevande funksjon og kan bistå i kompliserte kasus.



Alternativ 1 er minst kostnadskrevjande, kan gjennomføres på kort sikt, men kan utløysa auka press på enkelte profesjonar. Utfordringen ligg i å ta vare på prinsippet om "ein postadresse" og planlegging og utvikling av feltet.

Alternativ 2 gir større fleksibilitet, har betre vilkår til å fungere som lokal pådrivar i utvikling og planlegging av feltet og kan utløyse finansieringsordningar. Utfordringen ligg i allmen aksept og stabilitet i stillingen.

Prosjektgruppa anbefalar ein organisering med rehabiliteringskoordinator og referansegruppe (alternativ 2), mens ein gruppe fagpersonell –kommunelege 1, ledende helsesøster, psykiatrisk sjukepleier, avdelingsleiar rehabiliteringsavdeling på sjukeheimen og rådgjevar- ynskjer eit utvida mandat til tiltaksteamet (alternativ 1).

Vidare i dokumentet tar ein utgangspunkt i alternativ 1.

4.3 Personellbehov

Blant fagpersonell i Lyngen kommune er det stor semje om at det er naudsynt med ein ergoterapeut for å kunne gjøre eit godt rehabiliteringsarbeid. I tillegg må ein førebu seg på meir heimebasert omsorg som direkte følge av aukt satsing på rehabilitering.

Tiltaksteamet skal være ansvarleg for rehabiliteringsverksemda i kommunen, men har ikkje eigen stab. Rehabilitering er tverrfagleg og tverretatleg og krev ein anna organisering enn eit tradisjonelt hierarkisk modell.

Tiltaksteamet

Tiltaksteamet må utvidast med fleire faste medlemmer, t.d. fysioterapeut og ergoterapeut. Ein bør frigjere sekretær-tenester for å ta vare på prinsippet om ”fast adresse” og for å forberede saker, samt administrativt oppfølging. Møtefrekvensen må auke for å gi rom til dei nye oppgåvene.

Ergoterapeut

Kort om ergoterapi:

Målet med ergoterapi er å fremme menneskers aktivitet, deltaking og livstilfredshet i heimen, skole, arbeid og fritid.

- Ergoterapi bygger på kunnskap om moglegheiter og avgrensingar i forhold til:
 - menneskets aktivitetar og deltaking i samfunnet
 - menneskeleg funksjon og konsekvensar av funksjonssvikt
 - samspillet mellom miljøet, aktivitet og helse
- Virkemiddel som brukas i ergoterapi er ein blanding av:
 - tiltak for individuell dyktiggjøring
 - tilrettelegging av aktivitetar
 - tilrettelegging av omverda
- Rehabilitering er det område der dei fleste ergoterapeuter arbeider. Målet med arbeidet er at menneske skal vinna attende eit nytt verdsett liv etter ein funksjonsnedsetjing. Sentralt står den enkeltes akseptering av ny livssituasjon, læring av aktivitetar som før har vært meistra, oppleving av meistring, ein meningsfullt tilvære, sosial verdsetjing og deltaking i samfunnet.
- Ergoterapeuten er også ein viktig ressurs i habiliteringsverksemda. Målgruppa er menneske med psykisk utviklingshemming, læreproblem, problem med samspillet mellom oppleving av sanseintrykk og kroppen sine bevegelser (sansemotoriske problem), bevegelsesvansker, medfødte misdanninger, psykiske lidningar, psykososiale vansker, multihandicap, sansetap og akutt sjukdom. Foruten er dei pårørande, sosialt nettverk og familie viktige målgrupper.

Ein ergoterapeut treng i sitt arbeide ha kontor og tilgang til kjøkken og bad. På kjøkken og bad foregår det kartlegging og trening av ADL. Det må være ro rundt situasjonen og det skal være nok golv plass for rullestolbrukarar. Mye av arbeidet foregår ute hos brukaren.

Fysioterapi

Fysioterapitenesta synes å ha nok kapasitet. Men auka satsing på rehabilitering tving fram ein geografisk fordeling av ressursane. Kommunefysioterapeuten ynskjer at ca. eit halvt årsverk får Lenangen som tenestested. Ein bør syte for fast etablering av ein fysioterapeut i Lenangen.

Heimebasert omsorg

Eit mål med rehabilitering er m.a. at behovet for tunge institusjonsplasser blir redusert. Dette vil føre til at det over tid blir meir behov for heimebaserte tenester.

4.4 Økonomi

Rehabiliteringsplanen forutsetter at alt rehabiliteringsarbeid som allereie finnes blir koordinert og strukturert. Såleis blir det i prinsipp ikkje meirkostnader for kommunen. Likevel er det naudsynt (og pålagt) at koordinering av feltet blir sikra av ein skikka eining: rehabiliteringskoordinator eller rehabiliteringsteam. Å ta ressursar frå eksisterande stillingar er ein svekking av utøvande verksemda.

Om ein vel å styrke feltet med tilsetjing av t.d. ergoterapeut eller rehabiliteringskoordinator blir disse meirkostnader likevel lite i forhold til innsparingspotensialen.

Sverre Rasch, konstituert leder av døgnrehabiliteringsavdelinga i Bodø kommune, har i 1997 berekna den økonomiske fordel aktivt rehabiliteringsarbeidet har. I reknestykket tar han utgangspunkt i 38 brukarar som flytta heim, men som utan rehabilitering ville ha blitt avhengig av sjukeheims plass. Netto kostnaden (for kommunen) etter rehabilitering var kr. 65.000,-. Ein sjukeheims plass kostar kr. 325.000,- eller kr. 390.000,- når ein tar kapitalkostnader med.

***For kvar person som ikkje treng
sjukeheims plass sparer ein minst
kr. 300.000,- per år.***

Økonomiplan 2003 – 2005

	2003	2004	2005	
Koordinator 50%	170000	170000	170000	
Ergoterapeut 100%		310000	310000	
Programvare eks. mva	50000	10000	10000	
Administrasjon - kurs - opplæring	40000	60000	60000	
Total utgifter	260000	550000	550000	

Til oversikten:

- Personal-ressursane viser bare minstelønn (september 2002) uten ansiennitet med tillegg av 20,5% i sosiale utgifter og feriepenger.
- Programvare er ikkje tatt stilling til, men tallene viser kva eit program som rettar seg mot individuelle planar koster.
- Kurs – opplæring er ein pott der personal som jobber med rehabilitering kan søke på for å heve kompetansen eller få naudsynt opplæring i rehabilitering.
- **Behov for lokaler og utstyr er ikkje tatt med. Til dømes må ergoterapeut ha kontor og disponere kjøkken og bad.**

Rehabilitering som skildra i denne planen medfører ein auke i personal-ressursane. Meirkostnaden må sjåast i samanheng med innsparingspotensialet. Koordinert bruk av eksisterande ressursar kan gi innsparing. Klarer ein t.d. å redusere behovet for sjukeheimplassar med to senger er kostnadene spart. Ein kan også spare pengar med å byggje opp lokale tilbod, mot å kjøpe ekstern institusjonsplass.

4.5 Evaluering

Rehabiliteringsplanen må bli evaluert regelmessig. Ein foreslår ein rulleringsperiode på 2 år.

5 Praktisk rehabiliteringsarbeid

5.1 Registrering av nye brukarar

Alle som har behov for hjelp skal nå fram, uavhengig av kven dei tar kontakt. Innmelding formidlast til tiltaksteamet, som har ansvar for å etablere ein rehabiliteringsprosess.

Kommunen bør etablere eit system for å registrere og oppdage rehabiliteringsbehov. Tiltaksteamet er adresse i kommunen for registrering av habiliterings- og rehabiliteringsbehov.

5.2 Tiltaksteamet sine oppgåver

- Motta førespurnad frå brukarar og andre.
- Være kontaktinstans for 2. og 3. linjetenesten og trygde- og arbeidsmarknadsetaten.
- Være eit knutepunkt for samarbeid mellom kommune og fylkeskommune/stat om brukarar med rehabiliteringsbehov. Dette kan gjelde utvikling og oppfølging av samarbeidsavtaler om rehabilitering mellom ulike nivå, og samarbeid rundt den enkelte ved inn- og utskriving ved institusjon/sjukehus.
- Sikre at det blir etablert ansvarsgrupper.
- Ha ansvar for at ansvarsgruppe utarbeider individuelle (re)habiliteringsplanar .
- Sikre at planane blir gjennomført.
- Ha oversikt over alle ansvarsgrupper.
- Registrere behov i kommunen.
- Fagleg ansvarleg for utvikling av rehabiliteringstenesten.
- Vurdere behov og sørgje for at det bli organisert tilbod til den enkelte.
- FATTE VEDTAK OM RETT TIL PLAN.

Tiltaksteamet skal også

- være pådrivar for planlegging og utvikling av rehabiliteringsarbeidet i kommunen.
- initiere og følgje opp lokale tiltak for kompetanseutvikling på tvers av faggrupper og sektorar.
- ta initiativ til etablering/gjennomføring av prosjekter. Slike prosjekter er gjerne knytta opp mot pasient-grupper eller personal og kan ha forskningskarakter.
- bidra til at den kommunale planlegging er høveleg for aktuelle brukargrupper. Dette inneber m.a. å ha oversikt over kor mange som vil trenge tilrettelagde bustad, sysselsettingstilbod, osb.
- hjelpa til i vurdering av rehabiliteringspotensiale.
- hjelpa til i utarbeiding av individuelle rehabiliteringsplaner.
- tilvising til 2. linjetenesta.

5.3 Ansvarsgruppe

Brukarne med behov for tverrfaglege tiltak over tid skal få eigen ansvarsgruppe. Den skal bestå av dei fagpersonar som har mest behandlingkontakt med brukaren samt brukaren sjølv og eventuelle pårørande. Gruppa skal ikkje vere for stor og samansetjing bør kunne endrast undervegs.

Brukaren eller sin representant skal delta på lik linje med dei profesjonelle aktørar.

Oppgåver:

- samordning av tiltaka frå fleire yrkesgrupper, fagfelt og etatar.
- etablere individuelle, fullstendige planar for den enkelte.
- implementere individuelle delplanar, som t.d. omsorgsplan, opplæringsplan og handlingsplan for yrkesretta attføring, i rehabiliteringsplanen.
- tidfeste tiltaka i rehabiliteringsplanen; iverksetjing, avslutting og evaluering.
- peike ut ansvarlege for gjennomføring av tiltaka.
- evaluere rehabiliteringsplanen.

Ansvarsgruppa har ikkje eit formalisert ansvar i forhold til å fatte enkeltvedtak, dette gjerast der myndigheitene ligg: tiltaksteam, sosialkontor, aetat, trygdekontor, hjelpemiddelsentralen, osb. Ansvarsgruppa ved koordinator har likevel eit ansvar for at enkeltvedtak og gjennomføring av desse er i tråd med måla i rehabiliteringsplanen.

5.5 Kontaktperson i den enkelte ansvarsgruppe

Kontaktperson skal bli velja i første ansvarsgruppemøte og skal være kontakt mellom brukar og behandlingsskema. Kontaktpersonen blir velja ut frå kva tenester det er behov for, slik at ein av dei som vil få mykje med brukaren å gjere blir kontaktperson.

Vedkommande blir velja også ut frå ønske frå brukar og pårørande, samt ut frå kapasitet hos ansvarsgruppemedlemmane.

Oppgåver:

- Innkalle til ansvarsgruppemøter, lede møtene og skrive referat.
- Sørgje for at det blir utarbeidet ein individuell rehabiliteringsplan.
- Halde tiltaksteamet informert.
- Samarbeide med tiltaksteamet ved behov.

5.6 Individuelle rehabiliteringsplaner

Ein individuell rehabiliteringsplan er eit skriftleg dokument som skildrar den enkeltes rehabiliteringsprosess. Brukaren skal delta aktiv i utforming av planen. Ansvar for utarbeiding ligg hos tiltaksteamet og kontaktperson i den enkelte ansvarsgruppe.

Planen skal innehalde:

- Kartleggingsresultater
- Kortsiktige og langsiktige mål for arbeidet.
- Tiltak for å nå måla.
- Vise kven som har ansvar for dei ulike tiltaka.
- Evalueringsdatoer bør bli fastsett.

Måla må vere konkrete, oversiktleg og viktig for brukaren. Ein tar utgangspunkt i forhold ved nåsituasjonen som krev endring. I starten er måla gjerne knyta til funksjonsbetring, seinare til livskvalitet.

Ein individuell plan griper over alle teneste-områder og forvaltningsnivå, og bør omfatte alle tenestar og ytelser ein person med langvarige og samansette behov treng for å kunne leve eit aktivt og sjølvstendig liv.

Når barn har behov for samansette tenester vil planen også måtte omfatte tenestar overfor familien.

Ein individuell plan vil

- vere til hjelp for å systematisere habiliteringsprosessen.
- gjere det lettare for dei involverte å sjå samanhengen.
- vere eit godt reiskap for evaluering og kvalitetssikring av tiltaka.

5.7 Samarbeid med 2. linjetenesta

Staten har eit ansvar for å tilby rehabiliteringstenester som krev spesialistkompetanse. Det må vere ein dialog mellom dei kommunale og statlege tenester for å avklare grensa. Ein god tenesteyting krev at det enkelte tenestestad har gode rutinar for å sikre at eigen tenesteyting står i samsvar med andre tenestetilbod i tiltakskjeden.

Tiltaksteamet må lage rutinar for kontakt mellom 1. og 2. linjetenesta.

5.8 Arena for rehabilitering

Rehabilitering kan foregå nesten kor som helst. Ein bør så langt som mogleg være i brukarens eigen nærmiljø (heim, skole, barnehage) for det er der ein skal meiste daglege gjøremål. Det er her brukaren er kjent og her skal den fungere vidare med sin funksjonsnedsetjing. Også behov for praktisk tilrettelegging kan bli oppdaga raskt og løysningar kan bli sett undervegs. Moglegheiter og avgrensingar i lokalmiljøet blir lettare synlege.

Av praktiske årsaker kan ikkje alle tiltaka foregå i brukarens eigen arena. Noe må foregå i spesielt tilrettelagde miljøer (t.d. hos fysioterapeuten) og enkelte kan i startfasen ikkje bo heime og er avhengig av heldøgns sjukeheimplass.

5.9 Brukarmedverknad

St meld nr 21, 98-99 påpeikar behovet for "eit heilskapleg , samla, planlagt og forpliktande rehabiliteringsløp" (s23)

Sosial- og helsedepartementets brukarundersøking i samband med denne stortingsmeldinga viste at brukerne i liten grad blir tatt med i val og utforming av egen plan og tiltak.(s23).

Brukaren er sjølvskriven deltakar i arbeidet, både under formuleringa av planen og ved ansvarsgruppemøter. Dersom brukaren har problem med å fremme sine egne synspunkt, skal det gis moglegheit for at ein person brukeren ønskjer å ha med (ektefelle/sambuar, familiemedlem, venn, osb) også kan delta.

Det viktigaste for å lykke med rehabiliteringsarbeidet er *målutgreiing*. For fagfolk inneber dette sterkare fokus på brukarens ynskjer og siktemål. Brukarens og fagfolkets mål kan vere forskjellig. Difor er det viktig at ein arbeider seg fram til ein felles forståing av målet med rehabiliteringa. Ein kan også seie at målutgreiing er ein forhandlingsprosess der brukaren definerer hovudmål og kanskje nokre delmål, eventuelt korrigert av fagfolk med omsyn til prognosar, og der fagfolk lager løypa ut frå brukarens mål, eventuelt korrigert av brukaren med omsyn til eigen ynskjer og interesser.

Brukarens ynskje om kven som skal vere kontaktperson skal ein rette seg etter så fremt dette lar seg gjøre.

Brukarmedverknad har alltid to formål:

1. kvalitetssikre det endelege tilbod
2. sikre deltaking i eigen prosess.

Ved rullering og utvikling av planen skal brukarrepresentantar delta.

Del 6 Handlingsprogram

Etter den politiske behandling av planen er det naudsynt å få ein del ting på plass. Ein må opprette stillingar eller endre stillings-instruksar og leggje til rette for at organisasjonen kan ta i bruk dette nye reiskap og sørge for at planen blir ein naturleg del av kvardagen for Lyngen kommune sine tilsette og innbyggjarar.

6.1 Før iverksetjing

Planen skal før iverksetjing bli kjent i størst mogleg grad. Lyngen kommune og den enkelte arbeidstakar skal få eit eigarforhold til planen.

Prosjektgruppa foreslår følgjande tiltak:

- Dagskonferanse for personalgruppa som blir meir eller mindre involvert i rehabilitering, med innlegg frå
 - fylkeslegen
 - stortingsrepresentant som har vært sentralt i utarbeiding av st.m. 21
 - prosjektleiar
 - brukarrepresentant(er)
- Informasjon via bruk av media
- Informasjonsmøter for befolkningen

6.2 Tiltak

For å kunne setje planen i gang etter føremål foreslår prosjektgruppa følgjande tiltak:

- Endre mandatet til tiltaksteamet, vurdere namneskifte til rehabiliteringsteam.
- Oppretting av ergoterapeut-stilling.
- Syte for fast etablering av fysioterapi-ressursar i Lenangen.
- Legge til rette for at personer som arbeider innan rehabilitering får moglegheit til å delta på kurs – både generelle kurs innan rehabilitering og fagspesifikke kurs.
- Meldingsrutiner blir utarbeidet for kommunen. Disse blir innbakt i Internkontroll og Kvalitetssikring.
- Lage framdriftsplan for iverksetjing av planen.
- Lage rutiner for rehabiliteringsarbeid som gjelder hele kommunens virke-område.
- Vurdere korleis rehabilitering av personar med psykiske problem blir koordinert: gjennom psykisk helsevern eller rehabiliteringsplanen?
- Lage opptrappingsplan for heimebasert omsorg.

Litteratur.

- 1 Stortingsmelding nr. 21 ”Ansvar og meisting” Sosial- og helsedepartement
- 2 Medisinsk attføring i kommunehelsetjenesten (1-85) Helsedirektoratet
- 3 Østensjø, S. Begreper og definisjoner, Fysioterapeuten 11-1997 tema: rehabilitering
- 4 Lie, I. (1996) Rehabilitering og habilitering. Ad Notam Gyldendal, Oslo
- 5 Veileder i rehabilitering av slagrammede (4-96) Statens Helsetilsyn
- 6 Holm, Reidun ”Rehabilitering i kommunene” Prosjektoppgave, videreutdanning i rehabilitering, kull 2/99 Høgskolen i Harstad
- 7 referat fra møte 020401: kompetansebehov for helse/sosialpersonell
- 8 Rasch, Sverre ”Rehabilitering – et gode for menneske og kommuneøkonomi” Fysioterapeuten nr. 11, oktober 1997 side 16 - 17
- 9 Deltagelse og Livskvalitet – Habiliterings- og rehabiliteringsplan – Salangen kommune mars 2001
- 10 Plan for organisering av Habilitering og Rehabilitering i Kvæfjord kommune – vedtatt av kommunestyret 190600
- 11 Helse gjennom aktivitet – om ergoterapi Norsk Ergoterapeutforbund 2000
- 12 Forskrift om habilitering og rehabilitering Helse- og sosialdepartement
- 13 Forskrift om individuelle planer Helse- og sosialdepartement

VEDLEGG 1 Medisinske og økonomiske effektar av rehabilitering

Statens institutt for folkehelse har forsøkt å kartleggje effektane av rehabilitering. Dei meiner det er eit komplisert og samansett bilde av effektar som avteikner seg. Det er vanskeleg å komme fram til eintydige og generelle konklusjonar, med omsyn til effektar av både kurative og rehabiliterende tiltak.

Ut i frå eit samfunnsøkonomisk reknestykke er institutter komme fram til at dei største diagnosegrupper som nyttar godt av rehabiliteringstilbodet er:

1. hjerneslag
2. psykiske lidningar
3. hjarteskjukdom
4. funksjonssvikt som følgje av alder
5. fysiske belastningslidningar

1 Hjerneslag

Det viktigaste tiltak for å redusere dødsfall og faren for å bli avhengig av institusjonsomsorg er at pasientane når fram til spesialiserte slageiningar allereie i akutfasen. Det er klart dokumentert at etterbehandling og rehabilitering har gode effektar i høve til funksjonsnivå og stundom også med omsyn til samfunnsøkonomien. Årlege kostnader for diagnosegruppen hjerneslag er utrekna til nærmare 6 mrd. kr. Av dette er om lag 60% kostnader i samband med pleie og omsorg i sjukeheim.

Ein evaluering frå slageiningen ved RiT visar at behovet for sjukeheimplassar ble redusert med 50% for dei som fikk rehabiliteringstilbod i akutt fasen. Pasienter som blir utskrevet frå ein slageining er ikkje "ferdig" rehabilitert, men treng oppfølging lokalt.

Det er vist positive effektar på motorisk utfall, kognitive utfall, afasi og ADL-rutiner.

2 Psykiske lidningar

Fleire kontrollerte studiar konkluderer med at korttidsopphald i psykiatriske institusjonar synest å vere like effektivt eller kanskje meir effektivt enn langtidsopphald. Ei mogleg årsak er at korttidsopphald gir sterkare incitament til å planleggje og gjennomføre etterbehandling og rehabilitering. Også pasientane og heimemiljøet si innstilling kan bli påverka i positiv lei av at opphaldet i utgangspunktet er tidsavgrensa.

Andre systematiske oversikter tek for seg effektane av at menneske med alvorlege psykiske lidningar blir behandla av tverrfaglege team i lokalmiljøa. Studiane konkluderer med at tilbod gjennom slike team har ein signifikant innverknad på reduksjonen av talet på sjølv mord, og på kor fornøgde brukarane er med behandlinga. Det kan også synast som om opphalda blir vesentleg reduserte i tid som følgje av tilbod gitt gjennom tverrfaglege og lokale team.

3 Hjartesyjukdom

Det er dokumentert at rehabilitering etter hjarteinfarkt har positive effektar, både medisinsk, funksjons- og samfunnsmessig. I regionen har vi i fleire år hatt eit tilbod frå LHL-senteret i Skibotn.

4 Funksjonssvikt som følge av alder

Generelt er alderdomen prega av gradvis svikt i ulike funksjonar. Prosessane grip inn i kvarandre, noko samansetjinga av tiltak må ta omsyn til. Det er derfor ei stor utfordring å tilby eldre personar individuelt tilpassa rehabilitering. Eitt problem innanfor rehabilitering av eldre personar har vore manglande lokale oppfølgingstilbod til pasientar som etter ferdigbehandling på sjukehus framleis har funksjonssvikt. Ei ikkje-randomisert svensk undersøking gir grunn til å tru at i slike tilfelle vil ei spesialavdeling for vurdering av funksjon, initiering av rehabilitering og utgreiing av framtidige behov resultere i sterk nedgang med omsyn til talet på re-innlegginger i sjukehus.

5 Fysiske belastningslidingar

Eitt forsøk frå Bergen mellom trygdekontor og kommunehelsetenesta visar at det ikkje er nokon skilnad mellom ein interversjonsgruppe (tverrfagleg utgreiing, behandling og individuelle rehabiliteringsplaner) og ein kontrollgruppe som nytta det ordinære helsetilbodet. Ein vurderte helsetilstanden og trygdesituasjonen. Interversjonsgruppa kom etter eitt år noko betre ut enn kontrollgruppa i forhold til faktorar som fysisk trening og aktivitet, fysisk form, graden av smerte, innsøvningsvanskar og med omsyn til si eiga oppleving av sjansane til å kome ut i yrkeslivet.

Forsøket visar at denne gruppa allereie har eit godt behandlingstilbod. Gruppa er og den som har ein større del av ressurssterke personar, som veit å setje fram krav. Andre grupper er ikkje ressurssterk på same måte fordi diagnosen, problema ofte er tap som medfører å være mindre ressurssterk enn før.

Interversjonsgruppa scorar betre på det dei sjølve aktivt kan bidra med i prosessen.

VEDLEGG 2 Metodar og virkemiddel

Tiltaka som kan være del av rehabiliteringa kan deles inn i fire kategoriar:

- 1. individretta tiltak, med sikte på betring av funksjonsevna:**
 - trening / opplæring
 - motivering / kompetanseoppbygging
- 2. miljøretta tiltak, med sikte på å tilpasse funksjonskrava til vedkomande sine ressurser.**
 - ergonomi
 - tekniske hjelpemiddel
- 3. hjelpe- og stønadsordning.**
- 4. tilrettelegging av andre livsarenaer.**
 - kultur
 - skole

1 Trening / opplæring

Dette feltet er dominert av mykje spesialkompetanse: fysioterapeutar, ergoterapeutar, spesialpedagogar, logopedar, spesialsjukepleiarar, psykologar, psykiatrisk sjukepleiarar. Ofte har ein innanfor disse grupper ytterlege spesialisering. Dette medfører at den enkelte utøver har avgrensa treningskompetanse. Difor er det viktig med koordinering av tiltaka. Mange oppgåver kan under rettleiing også bli utført av andre, mindre spesialiserte, yrkesgrupper.

Trening og opplæring er retta mot betring av enkelte funksjonsområder. Valet av disse må ha nøyte samanheng med rehabiliteringsmåla.

Sjølv om ein har nådd “taket” på eit eller fleire områder er det viktig å fortsette med trening av spesifikke aktivitetar (problemretta trening). Forsking dokumenterer at dugleik i å utføre spesifikke aktivitetar kan trenes langt utover det generelle funksjonsnivå som denne dugleiken hører heime i.

2 Motivering / kompetanseoppbygging

Dette er ikkje eit egent profesjonsområde. Delar av basiskompetansen finn ein i all utdanning med noe omfang av psykologisk skoling.

Brukaren må få mest mogleg kompetanse om egen situasjon (medisinsk status, prognose, ulike typar rehabiliteringstiltak) for å kunne være part i rehabiliteringsprosessen.

Val av tiltak er ikkje ein sak for fagfolk aleine. Det er fleire grunnar til dette:

- dei fleste aktuelle tiltak krev innsats av brukaren.
- val av rett tiltak er ofte eit spørsmål om kreativitet og fantasi. Brukaren sjølv har de beste vilkår for å utøve relevant kreativitet og fantasi.
- ein kompetent bruker har de beste vilkår for å evaluere effekten av tiltaka og å lokalisere nye behov for tiltak når slike oppstår.

3 Tekniske hjelpemiddel og ergonomiske tiltak

Tekniske hjelpemiddel og ergonomiske tiltak er ofte sentrale tiltak i dei fleste rehabiliteringscasus.

Kommunen sitt ansvar for formidling av hjelpemiddel og tilrettelegging gjelder i prinsipp uavhengig av livsarena, dvs. om hjelpemiddelbehovet er i heimen/nærmiljø, skole, fritid, m.m.

Når det gjeldt tekniske hjelpemiddel og ergonomiske tiltak på arbeidsplassen så er dette formelt eit ansvar for arbeidsgjevar. Ein kan bruke hjelpemiddelsentralen. For ergonomiske tiltak som koster over ½ G betaler som regel trygdekontoret den delen som er høgare.

Tekniske hjelpemiddel får ein etter søknad til hjelpemiddelsentralen når behovet er meir enn 2 år. Ved behov av kortare tid er kommunen forplikte til å skaffe hjelpemiddel.

Folk som bor i kommunal institusjon (sjukeheim) skal få dekt sine behov gjennom kommunen, men her finnes det ein gråson: spesial tilpassa hjelpemiddel (t.d. rullestol) kan ein som oftast få frå hjelpemiddelsentralen.

Born under 18 år får også hjelpemiddel for trening, stimulering og aktivisering gjennom hjelpemiddelsentralen.

I det kommunale rehabiliteringsarbeidet er det viktig å ha oppdatert kompetanse på hjelpemiddelformidling.

Ergonomiske tiltak vil seie å tilpasse funksjonskrava i miljøet til eins funksjonsevne. Her er det ikkje snakk om funksjons-erstatning (som t.d. mange hjelpemiddel er: rullestol, personheis) men om tilrettelegging av miljøet i heimen, arbeidsplassen, skolen, osb. slik at ein kan fungere mest mogleg sjølvstendig. Ein kan tenkje seg at ein bostad blir tilpassa rullestolbruk eller at ein skole får (semi-)automatiske døropnar.

Kommunen ved teknisk etat har her ein viktig rolle. I dei tilfelle der hjelpemiddelsentralen leverer utstyr må ofte kommunen stå for monterings- og ombyggingsarbeid.

Ein bør sikre seg kompetanse på ergonomiske tiltak og fordi dette fort kan bli kostbare løysningar som ikkje blir dekt fullt ut av hjelpemiddelsentralen bør ein også ha kompetanse på støtte- og finansieringsordningar.

4 Hjelpe- og stønadsordning

Dette er eit stort område med eige lover og forskrifter som blir forvalta av fleire instansar. I rehabiliteringsarbeidet er det viktig å vite kva moglegheit som finnes her.

Det er ikkje mogleg å liste opp alle moglege tiltak, difor presenterer ein oppdeling av feltet i tre kategoriar:

- personhjelp (heimhjelp m.m.)
- spesialtiltak (yrkesretta attføring m.m.)
- trygde- og tilskotsordningar

Kompetansen på dette området bør være slik at ein har kjennskap / oversikt over dei aktuelle tiltak som blir forvalta av m.a. diverse kommunale instansar, Aetat og trygdekontor.

5 Kultur

Erfaring viser at kulturlivets småforbruker finnes igjen som helsetenesten sine storforbruker.

Det å "være ved god helse" handler meir om ein oppleving av livskvalitet enn fråvær av sjukdom. Verdens helseorganisasjon definerer helse slik:

”Helse er ikke bare fravær av sykdom, men en tilstand av fullstendig legemlig, psykisk og sosialt velvære.”

Styrking av kulturen er eit effektiv helsetiltak. Helsearbeid gjennom alle tider har vært preget av kreativitet og utprøving av nye ideer. Meir enn 90% av eit breidd definert helsefremjande, førebyggjande og rehabiliterende arbeid ligg utanfor selve helsesektoren (definert som sjukehus, legetenester, medisiner, osv.). Dette gjelder sektorer som arbeid, skole og utdanning, bostad og nærmiljø, personleg livsstil, familie og nettverk, sosial tryggleik, samfunnsforhold og kultur. ***Levekår og samfunnsklime former folkehelse.*** Det trengst eit godt samspill mellom kultur, helse, arbeids- og privatliv.

Kultur har ein mobiliserande eigenskap i forhold til helse og sjukdom. Kulturaktivitet aukar vår læring og stimulerer det friske i oss, helsevesenet behandlar det sjuke. Det brede kulturomgrepet spenner over det meste av oppleving, utfalding og aktivitet slik at kropp og sjel, intellekt og kjensleliv blir stimulert. Ved å sette kultur, miljø, natur og helse inn i felles samanheng aukar vår livskvalitet og vår motivasjon samtidig som vi aukar vår kompetanse til å meistre kvardagen. Overalt kor det foregår kulturformidling skjer det læring.

Natur-, miljø- og utandørs-aktivitetar koplet med kultur-, sport- og andre kulturaktivitetar i arbeidet med helseførebyggjande og rehabiliterende aktivitetar gir betre helse, betre miljø og auka livskvalitet.

6 Skolen

Barn og unge skal ha eit individuelt tilpassa opplegg som også ivareta behovet for tilknytning i eit klasse miljø. Skolen utarbeider i samarbeid med føresette og PPT ein individuell opplæringsplan for dei barna som får spesielt tilrettelagt undervisning. Habiliteringsplan og individuell opplæringsplan skal være avstemt på kvarandre.

Personar med afasi har rett til vaksenopplæring. Kommunen har tilsett logoped i delstilling. Opptrening med logoped kan også bli refundert av trygdekontoret etter tilvising frå lege.

VEDLEGG 3 Tiltak for å hjelpe og behandle rusmiddelmissbrukere

Lov om sosiale tjenester kap. 6 omhandler særlige tiltak overfor rusmiddelmissbrukere.

Tiltak for å hjelpe og behandle rusmiddelmissbrukere:

Behandlingsorienterte tiltak retter seg mot personer som allerede har utviklet rusmiddelproblemer. Tiltakene skal være individuelt tilpasset, og ha som mål å hjelpe misbrukerne ut av misbruket. I noen tilfeller er det aktuelt med omsorgstiltak for å hindre forverring eller lindre tilsynelatende kroniske tilstander. Ansvaret her ligger både i kommunen og i fylkeskommunens spesialisttjenester.

Behandling omfatter etter sosialtjenesteloven en lang rekke tiltak som inkluderer identifikasjon, kartlegging, vurdering, rådgiving, behandling (terapeutisk), omsorg og oppfølging av personer med rusmiddelproblemer.

Kapittel 6 i sosialtjenesteloven omfatter det kommunale ansvaret for særlige tiltak overfor rusmiddelmissbrukere. Kommunehelsetjenesteloven, barnevernloven, sykehusloven og lov om psykisk helsevern har også bestemmelser når det gjelder behandling for bestemte grupper med rusmiddelproblemer.

Sosialtjenesten **skal** ifølge kapittel 6:

- Hjelpe den enkelte til å komme bort fra sitt misbruk
- Gi råd/veiledning samt hjelp til misbrukernes familie
- Sørge for behandlingsopplegg i nærmiljøet eller i egnet institusjon
- Utarbeide tiltaksplaner for rusmiddelmissbrukere som er i institusjon. Det legges vekt på at sosialtjenesten har et ansvar for å følge opp rusmiddelmissbrukeren under behandling i institusjon og sørge for oppfølging etter endt institusjonsopphold.