
Rehabiliteringsplan for Trysil kommune 2019 – 2023

«Det handler om livet mitt!»



Foto: Geir Stormoen

Innholdsfortegnelse

1. Sammenfatning.....	3
2. Innledning og Bakgrunn	4
3. Mål.....	5
4. Metode	5
5. Gjeldende lovverk	6
6. Verdigrunnlag	6
7. Begrepsavklaring	6
7.1. Forholdet mellom habilitering og rehabilitering	6
7.2. Hva er rehabilitering?.....	7
7.3. Klassifikasjonssystemet ICF.....	9
8. Rehabilitering i Trysil.....	11
8.1. Rehabiliteringsløft i Trysil kommune – hva er gjort?.....	11
8.2. Rehabiliteringspyramiden	12
8.2.1.Helsefremming, sykdomsforebygging og hverdagsmestring.....	12
8.2.2.Hverdagsrehabilitering.....	14
8.2.3.Rehabilitering for hjemmeboende.....	14
8.2.4.Rehabilitering på korttidsavdeling	15
8.2.5.Spesialisert rehabilitering.....	15
8.3. Arbeidsmetoder i rehabilitering	16
8.3.1. Rehabiliteringsprosess.....	16
8.3.2. Kartleggingsverktøy i en rehabiliteringsprosess	17
8.4. Sentrale tjenesteytere innen rehabilitering	18
8.4.1. I kommunen.....	18
8.4.2. I avtale med kommunen.....	21
8.4.3. Utenfor kommunen	22
8.4.4. Koordinerende enhet.....	22
8.4.4.1. Individuell plan.....	23
8.4.4.2. Ansvarsgruppe	24
8.4.4.3. Koordinator	24
8.5. Læring og mestring	25
8.5.1.Hva er læring og mestring.....	25
8.5.2.Læring og mestring i Trysil kommune	25
8.5.3.Likepersonarbeid	26

8.6. Hjelpemiddelformidling.....	26
8.6.1.NAV hjelpemiddelsentral.....	27
8.6.2.Lokalt lager.....	27
8.6.3.Velferdsteknologi	28
8.7. Universell utforming.....	28
8.8. Kompetanse.....	29
8.8.1.Kompetanseløft 2020.....	29
8.8.2.Etterspurt kompetanse i Trysil kommune	29
9. Samarbeid og Informasjonsutveksling	30
9.1.Eksternt.....	31
9.1.1.Tjenesteavtaler.....	31
9.1.2.Ansvar og oppgavefordeling	31
9.1.3.Pakkeforløp	31
9.2. Internt	32
9.2.1. Overganger mellom tjenestenivåer.....	32
9.3. Elektronisk informasjonsutveksling.....	32
9.4. Forhold til andre prosjekter og utredninger som er på gang i Trysil.....	33
9.4.1.Hverdagsmestring ved hjelp av teknologi.....	33
9.4.2.Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke.....	33
9.4.3. Utredning dagsentre for eldre i grendene.....	34
9.4.4. Bolig plan.....	34
10. Samlet utfordringsbilde	35
11. Målbilde.....	38
12. Tiltaksplan	39

1. Sammenfatning

Bakgrunn: All rehabilitering i Trysil kommune tar utgangspunkt i menneskeverdet. Brukermedvirkning er sentral og svaret fra brukeren på spørsmålet «hva er viktig for deg» er veivisende for rehabiliteringsprosessen.

Målet med Rehabiliteringsplanen er å styrke Trysil kommunens samlede og systematiske innsats innenfor habilitering- og rehabilitering og utsette behovet for kompenserende tjenester.

Arbeidet orienterer seg etter loven og sentrale føringer hvor samhandlingsreformen, veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator og opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering er blant de viktigste.

Rehabilitering i Trysil: Enhver *rehabiliteringsprosess* gjennomgår de samme fasene. Det starter med kartlegging av brukeren og kommer frem til brukerens mål som er styrende for hvilke tiltak som igangsettes. En rehabiliteringsplan sørger for god koordinering av de forskjellige faggruppers tiltak og inneholder avtalt tidspunkt for evaluering.

Ved langvarige og sammensatte behov kan brukeren ha rett på **IP (individuell plan)**. IP kan beskrives både som et planleggingsdokument og som en strukturert samarbeidsprosess som bidrar til å koordinere de tjenestene som brukeren får. Det er **KE (koordinerende enhet)** som har overordnet ansvar for IP og sørger for at IP-koordinatorene får opplæring og veiledning. KE har oversikt over tilbud innen rehabilitering i kommunen og fra spesialisthelsetjenesten og bidrar til at tjenesteytere samarbeider ved planlegging og organisering av rehabiliteringstilbudene.

Læring- og mestring fortjener stor oppmerksomhet i en rehabiliteringsprosess. Brukerne er ofte i en omstillingsprosess hvor de må lære å leve med forandret helse eller funksjonsnivå, uansett om det dreier seg om tap av fysisk, psykisk, kognitivt eller sosialt funksjon eller sansetap. De må få innsikt i egne sykdommer eller bearbeide sorgprosesser som følge av tapt funksjon, og de må få informasjon om hvordan videre sykdomsutvikling kan forebygges.

Ofte er det behov for tilrettelegging eller kompensering ved hjelp av **hjelpemidler**. Den siste tiden er det spesielt hjelpemidler innen velferdsteknologi som har fått større betydning. Det krever ekstra god kartlegging, organisering og etiske overveielser rundt bruken slik at de kan fungere etter hensikt.

For å muliggjøre deltagelse i samfunnet for personer med nedsatt funksjonsevne, er det viktig med tilrettelegging og **universell utforming**. Produkter og omgivelser skall utformes på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, i så stor utstrekning som mulig, uten behov for spesiell tilpassing.

Målbilde: En kommune med tydelig innsikt og forståelse for rehabilitering og med strukturer som fremmer tverrfaglig samarbeid og god kommunikasjon. Brukeren i fokus med kartlegging av viktighetsfaktorer og fokus på brukerens autonomi. Ansatte som spiller hverandre gode.

2. Innledning og bakgrunn

Rehabilitering er et felt i stadig vekst og endring. Både innhold og oppgaver forandrer seg kontinuerlig. Dette kommer tydelig frem i den nye definisjonen av habilitering og rehabilitering (se kap. 7.2.) og opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017 - 2019). Her legges det til grunn en bred forståelse av habilitering og rehabilitering som inkluderer alle brukere av helse- og omsorgstjenester som har behov for en målrettet innsats for å opprette, gjenopprette, vedlikeholde og bedre funksjon, forebygge funksjonsfall og lære å mestre livet med sykdom og funksjonsnedsettelse. Det betyr at også brukere som lever med kroniske sykdommer nå omfattes av målgruppen hvor forebygging, behandling og rehabilitering ofte glir over i hverandre. Opptrappingsplanen skal bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt og tilrettelagt rehabiliteringstilbud til sine innbyggere og over tid overta flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten. (Helse- og omsorgsdepartementet 2016)

Flere av tidligere og nyere stortingsmeldinger preger utviklingen av rehabilitering i kommunene:

Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47 2008 – 2009): Gjennom samhandlingsreformen har kommunene fått en viktigere rolle i å sørge for nødvendig helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Et element i reformen er at hovedtyngden av habiliterings- og rehabiliteringsinnsatsen skal skje i kommunen hvor brukeren bor.

Kommunereformen (St.meld. 14 2014-2015): Økt oppgaveomfang og flere spesialiserte oppgaver sammen med økt krav til kvalitet i tjenestene og økt forventninger fra innbyggerne, stiller store krav til kommunene om kapasitet og kompetanse for å gi innbyggerne et godt og likeverdig tilbud. For å oppnå dette kreves endringer. Kommunene må gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats. De kommunale tjenestene er viktige, og blir i årene fremover stadig viktigere for å møte de samlede utfordringene.

Primærhelsemeldingen (St.meld. 26 2014-2015): Brukernes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. «Ingen beslutninger om meg, tas uten meg».

Leve hele livet (St.meld. 15 2017-2018): Stortingsmeldingen «Leve hele Livet» er en kvalitetsreform og skal forbedre det aller viktigste i eldreomsorgen: Mat, helsehjelp, aktivitet og fellesskap og sammenheng i tjenestene. Det skal tas utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte ved hjelp av bla. velkomstsamtale, individuell plan og primærkontakt. Reformperioden starter 1. januar 2019.

Folkehelsemeldingen (St.meld. 19 2014-2015): I den siste Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter presenterer regjeringen strategier for å styrke folkehelsearbeidet og legge til rette for sunne helsevalg. Det legges mer vekt på psykisk helse og rusforebyggende arbeid. Psykisk helse skal integreres som en likeverdig del av folkehelsearbeidet. I tillegg skal arbeidet med livsstilsendring få en ny og mer positiv vinkling og det skal utvikles en moderne eldrepolitikk med vekt på aktivitet og deltakelse.

Følgende kommunale plandokumenter er førende for rehabiliteringsarbeidet:

Trysil kommunes planstrategi 2016 -2019: Det er en prioritert oppgave å utarbeide en plan for rehabilitering. Den siste rehabiliteringsplanen for Trysil kommune er fra 1999.

Kommune- og økonomiplan 2016 -2019: Et av de langsiktige målene er å videreutvikle og øke innsatsen på rehabilitering og fysioterapi. Det skal i tillegg satses videre på bl.a. hverdagsmestring- og hverdagsrehabilitering samt forebyggende folkehelsearbeid.

Arbeidet med å skrive plan er organisert som prosjekt med styringsgruppe og arbeidsgruppe. Det er tilknyttet en 50% prosjektlederstilling finansiert gjennom tilskudd av Fylkesmannen i forbindelse med Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering. Det søkes nye midler til videreføring av prosjektet i 2019 med hovedmål om å implementere foreslåtte tiltak.

I tillegg til dette har arbeidsgruppen gjennom en spørreundersøkelse, hentet inn informasjon fra relevante tjenesteytere og sett på rehabiliteringsarbeidet som gjøres i Trysil kommune.

I planen tegnes det et tydelig bilde av hvordan rehabilitering bør være i Trysil kommunen, inkludert det som allerede er satt i system. Planen går så over i en drøftingsdel hvor det ses på utfordringene og forbedringsområder og munner ut i et målbilde og en tiltaksplan. Implementering av de fleste tiltak er beregnet til å skje i løpet av 2019, så lenge det er avsatt ekstra midler til prosjektledelse. Selve dokumentet, som beskriver rehabilitering i Trysil kommune skal gjelde i 5 år 2019 – 2023 før det revideres på nytt.

3. Mål

Trysil kommunes samlede og systematiske innsats innenfor habilitering- og rehabilitering skal styrkes og behovet for kompensierende tjenester utsettes ved å:

- Øke bevisstheten og kunnskapen om feltet i hele organisasjonen og blant innbyggerne
- Tydeliggjøre innhold i begrepet rehabilitering
- Forbedre koordinering av de forskjellige nivåer av feltet
- Forbedre samhandling med spesialisthelsetjenesten
- Styrke koordinerende enhets rolle og oppgaver

4. Metode

- Arbeidsgruppen har hatt 15 gruppemøter.
- 4 gruppedeltagere har vært på 2-dagers rehabiliteringskonferanse i regi av NSH (norsk sykehus og helsetjenesteforening) hvor bl.a. ny definisjon av habilitering og rehabilitering ble presentert
- Det er gjennomført en spørreundersøkelse hos relevante tjenesteytere. Analysert resultat er tatt med i utarbeidelse av planen
- Samtale med representant for slagrammede og nestleder i rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne

5. Gjeldende lovverk

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
 - Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Lov om pasient og brukerrettigheter
- Lov om folkehelse
- Lov om helsepersonell

6. Verdigrunnlag

Rehabilitering og habilitering springer ut av et menneskesyn som understreker alles likeverd. Det berører verdier som rett til samfunnsdeltakelse, brukermedvirkning, personvern og ikke minst respekt for menneskeverd og mangfold. (Lingås 2013)

I beskrivelse av verdigrunnlaget for rehabiliteringsarbeidet i Trysil kommune støtter vi oss til ordene fra lærebokforfatter Lars Gunnar Lingås, som uttrykker med få ord det vi mener er et godt grunnlag for arbeid med mennesker og det å møte utfordrende situasjoner, takle dilemmaer og ta gode valg. I tillegg gjelder Trysil kommunens etiske retningslinjer som har ærlighet, åpenhet og lojalitet som sitt varemerke (Trysil kommune, 2007).

7. Begrepsavklaring

7.1. Forholdet mellom habilitering og rehabilitering?

I denne planen brukes kun begrepet «rehabilitering» og ikke «habilitering og rehabilitering». Lovgiver har valgt å bruke både habilitering og rehabilitering selv om definisjonen for begge begrepene er felles. Det er de samme verdiene som ligger til grunn og den samme tilnærmingsmåten som styrer prosessen og definerer målet både for habilitering og rehabilitering. Målgruppen for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse, som trenger bistand med å oppøve nye funksjoner og ferdigheter som de i utgangspunktet ikke har hatt. Målgruppen for rehabilitering er vanligvis brukere med ervervede funksjonsnedsettelse eller funksjonsnedsettelse som har oppstått senere i livet og som har behov for å gjenvinne tapte funksjoner etter sykdom eller skade. Dette er en grov inndeling og dekker ikke helt forståelsen for rehabilitering som legges til grunn i denne planen. Rehabilitering er ikke bare å gjenvinne tapte funksjoner, det kan også være en omstillingsprosess som fører til nye mål i livet og ikke bare tilbake til tidligere situasjon, som var før ulykken eller sykdommen inntraff.

Det som er beskrevet i planen gjelder også målgruppen for habilitering.

7.2. Hva er rehabilitering?

Rehabilitering i Trysil kommune tar utgangspunkt i definisjonen som er nedfelt i forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator jfr. helse og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012):

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål.

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.

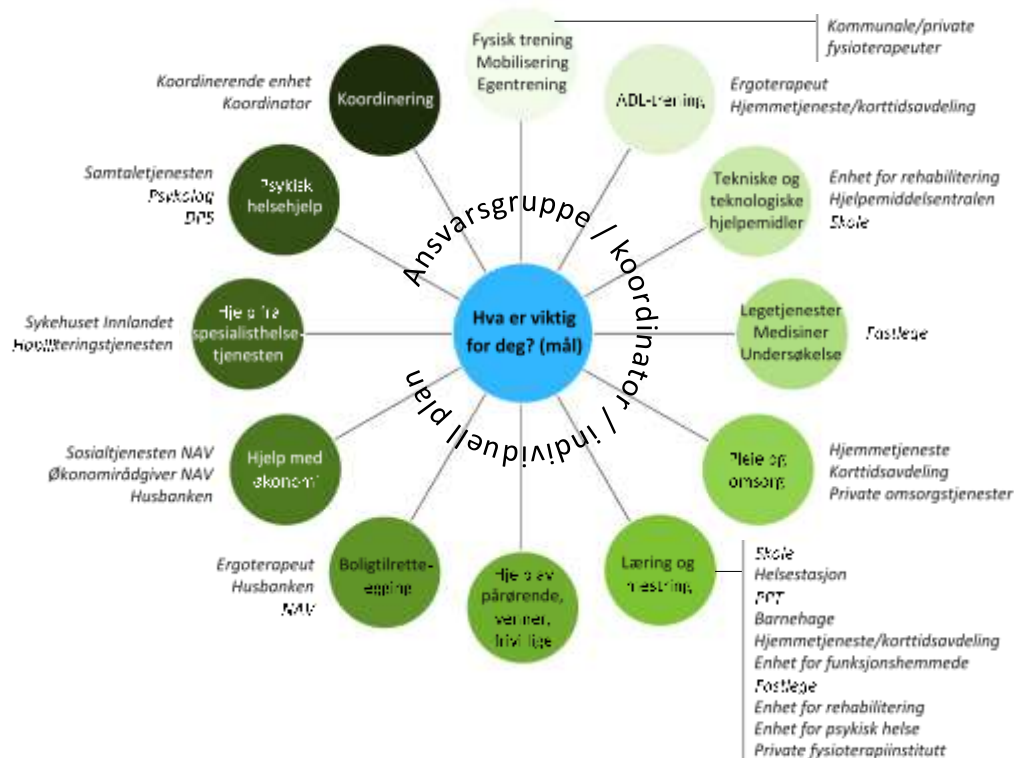
Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.

Definisjonen er overordnet og omfatter alle målgrupper uavhengig av alder, diagnose og funksjonsproblem. Det brukes samme definisjon for habilitering og rehabilitering, forskjellen mellom disse to begrepene kommer først og fremst til uttrykk i hvem prosessen retter seg mot. Som nevnt ovenfor brukes det bare begrepet rehabilitering i denne planen.

I all rehabilitering har brukermedvirkning og den individuelle tilnærmingen en sentral plass. Målene til brukerne vil styre hvilken fagkompetanse og hvilke samarbeidspartnere som er naturlig å involvere. Brukerens behov, ressurser og mål skal være utgangspunktet for tiltak og tjenester i en rehabiliteringsprosess. Tjenestene må tilpasse seg i forhold til hva bruker definerer som sine mål. Dette stiller krav til individuell tilnærming og høy grad av brukermedvirkning.

Samarbeidsprosesser, som nevnt i definisjonen, handler om samarbeid mellom bruker (ev. pårørende) og ulike tjenesteytere avhengig av hvilke tjenester bruker har behov for. Tjenesteytere kan være kommunale, fylkeskommunale, statlige eller private. Uten samhandling er det vanskelig å få til god rehabilitering. Definisjonen understreker også viktigheten med koordinerte og sammenhengende tiltak. Det betyr at noen må ha koordineringsansvar. I noen tilfeller, spesielt der hvor behovene er langvarige og sammensatte kan det være behov for ansvarsgruppe og individuell plan (se kap.8.4.4.). Dette skiller rehabilitering fra opptrening, hvor fokus primært er rettet mot å gjenvinne funksjon eller trene opp en skadet kroppsdel og hvor det ikke er behov for koordinering siden det er bare en eller få tjenesteytere involvert. Opptrening kan ofte være en viktig del av en rehabiliteringsprosess, men det skal ikke være ensidig fokus på det. Rehabilitering skal bl.a. gi mulighet for å oppnå selvstendighet og det å kunne delta på forskjellige arena i samfunnet. Dette innebærer imidlertid ikke at rehabilitering erstatter opptrening eller f.eks. pleie og omsorg, men det omfatter og koordinerer nødvendige tiltak, inklusive opptrening, pleie og omsorg (se fig 1). (Normann et al. 2003)

Figur 1: Mål - tiltaksområde - tjenestyttere



Figur 1: Figuren gir en oversikt over hvem som kan bistå brukeren ut i fra hvilke behov brukeren har, som igjen er helt avhengig av målet til brukeren.

I tillegg til det som er nedtegnet i definisjonen om at rehabilitering skal *ta utgangspunkt i brukerens livssituasjon og mål* og at det kjennetegnes ved *målrettede samarbeidsprosesser* er det ønskelig å tilføye flere kjennetegn som preger rehabilitering i Trysil kommune: Rehabilitering foregår på *forskjellige nivåer*, både på korttidsavdeling inne på sykehjemmet og på forskjellige arena rundt omkring i kommunen. Dette tydeliggjøres i kapittel 8.2. Velferdsteknologi har fått stor oppmerksomhet den siste tiden og som utvikles i stor fart. Tanken er at den fører både til økt selvstendighet for brukere samt effektivisering i helsetjenesten. Det er av ytterste betydning at helsepersonell har en bevissthet rundt en god *balanse mellom individ og teknologi* og tar nødvendige etiske vurderinger og risikoanalyser før forskjellige løsninger tas i bruk.

Oppsummert kjennetegnes rehabilitering i Trysil kommune ved:

- at det tar utgangspunkt i den enkelte brukers livssituasjoner og mål
- målrettede samarbeidsprosesser
- at det også kan være en omstillingsprosess til nye mål i livet
- at det foregår på forskjellige nivåer, både i og utenfor institusjon
- en god balanse mellom individ og teknologi

7.3. Klassifikasjonssystemet ICF (Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse)

ICF er en del av WHO's klassifiseringssystem for helse. Hovedmålet med ICF er å danne ett felles språk for å beskrive helse og helserelaterte forhold. ICF ønsker å klassifisere menneskers helse i form av funksjon og funksjonshemming, både i forhold til kroppsfunksjoner og -strukturer, dagliglivets aktiviteter og deltagelse i sosial sammenheng. I følge ICF er den enkeltes funksjonsevne i samspill med omgivelsene av betydning. De mener at miljøfaktorer og personlige faktorer er komponenter som påvirker funksjonsnivå (Pran 2007; WHO 2001).

Figur 2: ICF-modellen

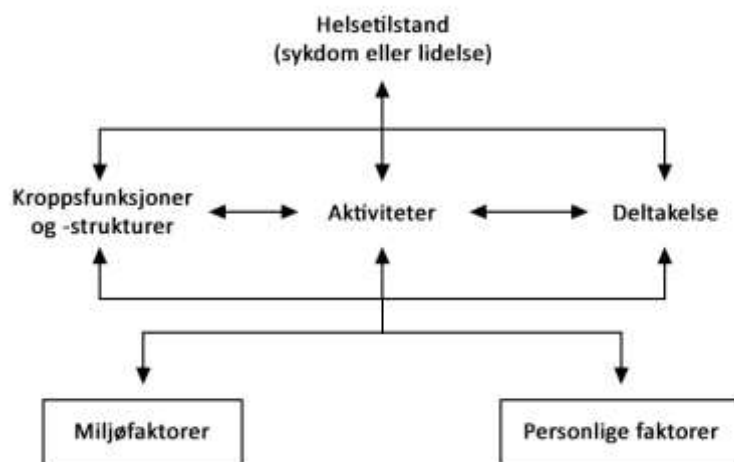


Fig 2: ICF modellen viser en gjensidig innvirkning mellom de ulike faktorene på funksjonsnivå.

ICF har flere bruksområder. Det kan blant annet brukes som felles rammeverk i rehabilitering, både for kartlegging, målsetting, gjennomføring av tiltak og evaluering av tiltak. ICF kan bidra til å øke bevissthet rundt hvilke funksjonsområder vi retter kartlegging og tiltak mot, og hvilke yrkesgrupper som skal ha ansvaret for å gjennomføre de ulike delene i rehabiliteringsprosessen. ICF kan også synliggjøre at sykdom/lidelse kan ha ulike konsekvenser på ulike områder. Rehabilitering skal ta utgangspunkt i enkeltindividets livssituasjon og mål. ICF er med på å ivareta brukermedvirkning i en rehabiliteringsprosess gjennom å fremme aktivitet, deltagelse og miljø som komponenter i menneskers funksjonsnivå. For å innhente nødvendig informasjon om dette og sette realistiske mål er det nødvendig med dialog med pasient og pårørende. (Pran 2007; WHO 2001; Kjeiken 2003)

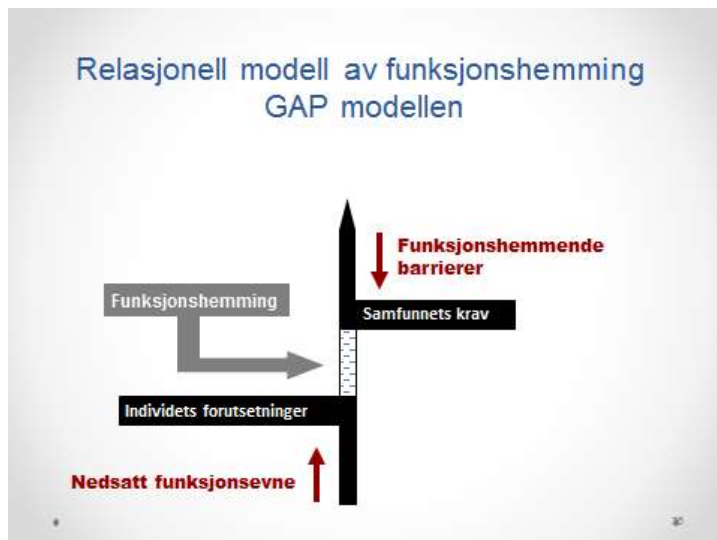
For å få en bedre forståelse av begrepene funksjonsnedsettelse og funksjonshemming benyttes definisjonen i NOU «Fra bruker til borger».

Funksjonsnedsettelse: Med funksjonsnedsettelse eller redusert funksjonsevne forstås tap av, skade på eller avvik i kroppsdel eller i en av kroppens psykologiske, fysiologiske eller biologiske funksjoner.

Funksjonshemming: Betegnelse funksjonshemmet benyttes om personer som får sin praktiske livsførsel vesentlig begrenset på grunn av gapet eller misforholdet mellom personens nedsatte funksjonsevne og miljøets eller samfunnets krav (NOU 2001:22).

Dette illustreres ved hjelp av GAP modellen (fig. 3).

Figur 3: GAP-modellen



(St. meld. nr. 40, 2002-2003)

8. Rehabilitering i Trysil

8.1. Rehabiliteringsløft i Trysil kommune – hva er gjort?

De innledningsvis nevnte anbefalinger og føringer fra regjeringen er tatt på alvor i Trysil kommune og flere tiltak er under utredning eller allerede implementert. Strategiske grep er tatt for å løfte rehabiliteringen i organisasjonen:

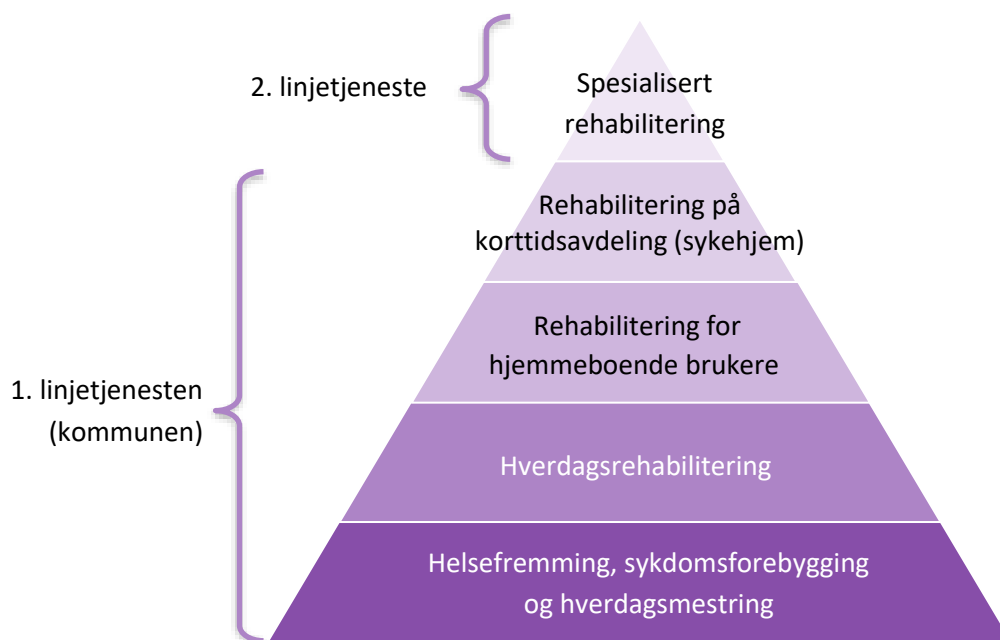
- Trysil kommune har hatt en enhet for rehabilitering på sykehjemmet siden 2008. Senere ble den omgjort til en kombinert korttids- rehabiliteringsavdeling, se kap. 8.2.4. og 8.4.1.
- Trysil kommune var først ut i Hedmark til å innføre hverdagsrehabilitering. Det ble implementert i drift i 2016, se kap. 8.2.2. I den sammenheng har det blitt organisert undervisning til samtlige ansatte i hjemmetjenesten med tema «Hverdagsmestring som tankesett».
- Både psykisk helse og fysio- og ergoterapitjenesten er siden 2018 organisert som Enhet for psykisk helse resp. Enhet for rehabilitering og rapporterer direkte til kommunalsjefen for helse- og omsorg.
- Det er opprettet rehabiliteringskontakt som deltar i samarbeidsfora i regi av KS (Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon), hvor tema er oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Se kap. 9.
- Det er i gang et treårig prosjekt, der det prøves ut ulike former for velferdsteknologi. Se kap. 9.4.1.
- Representanter fra tjenestekontoret/KE, korttidsavdelingen, hjemmetjenesten og enhet for rehabilitering treffes ukentlig til et samarbeidsmøte for å diskutere passende omsorgsnivå og sikre overganger for brukere som har behov for å få dette avklart.
- Det er etablert regelmessige samarbeidsmøter mellom kommunale og private fysioterapeuter
- En arbeidsgruppe deltar i nettverkssamlingen «gode pasientforløp» initiert av KS. Se kap. 9.4.2.
- Det er etablert samarbeid med videregående skole for å søke fagskolen om videreutdanning inne rehabilitering for fagarbeidere med oppstart 2019
- Utredning av dagsenter for eldre, hvor målet er å utvikle sentrene til å ha en tydeligere folkehelseprofil med en ny modell, som legger vekt på fysisk aktivitet, motvirkning av ensomhet og som tilrettelegger for å være en attraktiv arena også for menn. Se kap. 9.4.3
- I følge Kostra-rapporten har Trysil kommune en god dekningsgrad av fysioterapeuter hvis en ser på totalen av fysioterapeuter som jobber på private institutt (5,4 årsverk) og i kommunal tjeneste (3,6 årsverk). Det er 13,7 årsverk pr 10 000 innbyggere mot mellom 8,5 -11,4 årsverk i sammenlignbare kommuner. (Trysil kommune; årsmelding 2017)

8.2. Rehabiliteringspyramiden

Som nevnt ovenfor foregår det mye bra rehabiliteringsarbeid i Trysil kommune, men rehabilitering er fort noe som kan nedprioriteres når andre oppgaver presser på. Det er først og fremst kunnskap om, bevissthet for, og fokus på rehabilitering som kreves. Med rehabiliteringspyramiden (fig.4) systematiseres og tydeliggjøres på hvilke forskjellige plan rehabilitering foregår. Den viser at det finnes ulike nivåer for rehabilitering tilpasset ulike rehabiliteringsbehov. Noen har behov for spesialisert rehabilitering, eller har sjeldne medisinske tilstander og må derfor få tilbud i spesialisthelsetjenesten ved sykehus eller spesialiserte rehabiliteringsinstitusjoner. Andre kan bo hjemme, men har behov for mer eller mindre tilpasset rehabilitering.

Figuren under illustrerer og systematiserer de forskjellige nivåene. Jo høyere nivå i pyramiden brukeren befinner seg, jo mer spesialisert rehabilitering er det behov for.

Figur 4: Rehabiliteringspyramiden



8.2.1. Helsefremming, forebygging og hverdagsmestring

Helsefremming og forebygging:

Helsefremmende arbeid er grunnsteinen i pyramiden og omfatter alle brukere vi møter i en rehabiliteringssammenheng. Fokuset er på livskvalitet i stedet for sykdom. Det tas utgangspunkt i menneskers muligheter og ressurser og har helse, velvære og livskvalitet som mål. Sykdomsforebygging derimot skal identifisere sykdomstegn og forhindre, utsette eller minske konsekvenser av sykdom. (Aglen et al., 2018)

Det skilles mellom primærforebygging og sekundærforebygging. Primærforebygging sikter mot å styrke helsen, og forhindre at sykdom eller skade oppstår. Sekundærforebygging er å begrense eller stanse sykdomsutvikling og/eller hindre tilbakefall. (forebygging.no 2018)

I en rehabiliteringssammenheng er det spesielt sekundærforebygging som kan være av betydning. Tidlig intervensjon er et «mantra» innen rehabiliteringsarbeidet. Tiltak som settes inn på riktig tidspunkt gir bedre effekt og ressursutnyttelse, og kan forebygge og redusere behov for tjenester på sikt. (Helsedirektoratet, 2018)

Hverdagsmestring:

Hverdagsmestring er et grunnleggende forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Brukeren skal støttes og veiledes til selv å kunne mestre dagliglivets aktiviteter i størst mulig grad. (Ness et al. 2012)

Det er få tjenester i Trysil kommune som driver utelukkende med helsefremming eller hverdagsmestring, men begge deler er integrert i de fleste tjenester. Gjennom prosjektene «Innføring av hverdagsrehabilitering» og «Hverdagsmestring og velferdsteknologi» ble det i 2015 organisert undervisning til samtlige ansatte i hjemmetjenesten med tema «Hverdagsmestring som tankesett». Hovedmålet var at alle ansatte møter brukere med et gjennomgående forebyggende og rehabiliterende tankesett.

Mange kommuner har frisklivssentraler som har helsefremming, mestring og forebygging som sin agenda.

Et videre strategisk ansvar for å videreutvikle mestring ligger hos enhet for rehabilitering.

Folkehelse:

Folkehelse defineres som befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning. Med folkehelsearbeid menes samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen. (Lov om folkehelsearbeid § 3)

Oversiktsdokumentet «Folkehelseoversikt for Trysil kommune» presiserer at folkehelse er alles ansvar. Folkehelse har en fysisk, psykisk, sosial og kulturell side. Det å planlegge og handle med fokus på folkehelse omfatter alle fire aspektene. Det oppfordres i dokumentet til å tenke på folkehelse i alt vi gjør. Folkehelseoversikten vil bli grunnleggende revidert i 2019.

Folkehelsegruppen:

Organisert folkehelsearbeid i Trysil begynte offisielt i 2012. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe som utarbeidet en folkehelseoversikt. Dette ble vedtatt og publisert i 2014, samtidig ble det nedsatt en arbeidsgruppe som skulle utrede hvordan kommune skulle jobbe videre med

folkehelse. Dette resulterte i etablering av en tverrsektoriell arbeidsgruppe i 2017 som kalles folkehelsegruppe og ledes av kommuneoverlegen. Gruppen har tre hovedoppgaver i sitt mandat:

- Presentere og oppdatere folkehelseoversikten som skal ligge til grund for politisk behandling hvert 4. år i forkant av arbeidet med fornyelse av planstrategien
- Bidra til å sikre folkehelseperspektivet i fremtidige planprosesser gjennom innarbeidning av folkehelsebegrepet og folkehelseoversikten tverrsektorielt
- Vurdere videre kommunikasjon av temaet
- Ev foreslå konkrete tiltak rettet mot folkehelse

8.2.2. Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering ble implementert i drift i 2016 etter at det har vært knyttet til et forskningsprosjekt i regi av Senter for Omsorgsforskning Vest i 3 år. Motto for hverdagsrehabilitering er «lengst mulig i eget liv – i eget hjem». Det er tidsavgrenset rehabilitering hvor opptrening i hverdagslivets gjøremål har størst betydning og skjer hjemme hos brukere. Det er brukerens mål som styrer prosessen og det brukes både *COPM** (canadian occupational performance measure) og *SPPB** (short physical performance battery), som begge er reproduerbare kartleggingsinstrumenter. (*se vedlegg 1 og 3)

Denne type tjeneste passer for brukere som bor hjemme og som ikke trenger spesifikk tilnærming, men som har behov for mer generell opptrening i aktiviteter og egen fysikk for å nå målene. For å bruke begrepene fra ICF, så ligger denne type rehabilitering mer på aktivitets- og deltagelsesnivået enn på kroppsfunksjonsnivået.

Hovedaktørene er ergo- og fysioterapeuter i samarbeid med fagarbeidere og sykepleiere i hjemmetjenesten. Det er terapeutene evt. sykepleier, som veileder i utførelse av tiltakene og fagarbeidere som gjennomfører det sammen med brukere. Andre tjenesteytere kan trekkes inn ved behov.

Hverdagsrehabilitering anses som en helsetjeneste, det fattes vedtak etter at bruker er kartlagt om å ha behov for tjenesten.

8.2.3. Rehabilitering for hjemmeboende

Dette nivå passer for brukere med behov for spesifikk tverrfaglig rehabilitering og som kan bo hjemme. Faggrupper som kan være involverte er fysio- og ergoterapeut, sykepleier, private fysioterapeuter, psykiatrisk sykepleier, kreftsykepleier, psykolog, spesialpedagoger, lærere m.m.

På grunn av store geografiske avstander i kommunen foregår mye av den type rehabilitering poliklinisk, dvs. brukere oppsøker sentrale behandlingsplasser som fysio-

ergoterapitjenesten i kommunen, fysioterapiinstitutter, helsestasjon, fastlege o.l. Samtidig som det også kan være nødvendig med kartlegging og tilrettelegging hjemme hos brukere.

Det er ofte legen eller skolen som henviser og dermed fatter vedtak på den type rehabilitering.

8.2.4. Rehabilitering på korttidsavdeling

Trysil kommune har en korttidsavdeling i 2. etasje på sykehjemmet med 14 plasser fordelt på rehabilitering, korttid, avlastning og palliativ pleie, inklusive 2 KAD plasser (kommunale akutte døgnplasser).

Brukere som blir lagt inn på rehabiliteringsplasser har behov for rehabiliteringstjenester som ikke kan ivaretas i hjemmet, det kan være på grunn av stort hjelpebehov, behov for høy intensitet i behandling/opptrening eller på grunn av medisinske komplikasjoner. Forespørsel om innleggelse kan komme fra sykehus eller fra eget hjem der pårørende, hjemmebasert tjeneste eller andre har oppdaget behovet. Det er tjenestekontoret som vurderer og fatter vedtak om rehabiliteringsopphold og definerer mål for oppholdet gjennom kartlegging ut i fra søknader, henvendelser fra sykehuset eller pårørende og/eller hjemmebesøk.

Ved siden av personalet på avdelingen er det fysio – og delvis ergoterapeuter fra enhet for rehabilitering som er fast involvert i oppleggene. Det er også mulighet for å trekke inn annen kompetanse som f.eks. kreftsykepleier, psykiatrisk sykepleier, psykolog, logoped o.a. ved behov.

8.2.5. Spesialisert rehabilitering

Dette er for brukere som har behov for rehabilitering i sykehus eller rehabiliteringsinstitusjon f.eks. etter skader eller sykdommer og som er tilpasset ulike diagnosegrupper.

Det er Regional koordinerende enhet (RKE) i Helse Sør-Øst som har oversikt over de offentlige og private habiliterings- og rehabiliteringstilbud i helseregionen. Ved behov for spesialisert rehabilitering ved private institusjoner henviser fastleger eller spesialisthelsetjenesten til RKE, som fortar en vurdering og formidler videre til private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med det regionale helseforetaket. RKE drives av Sunnaas sykehus HF.

Fult oversikt over diagnosespesifikk rehabiliterings- og habiliteringstilbud finnes på <https://www.sunnaas.no/regional-koordinerende-enhet/rehabiliteringstilbud>

8.3. Arbeidsmetoder i rehabilitering

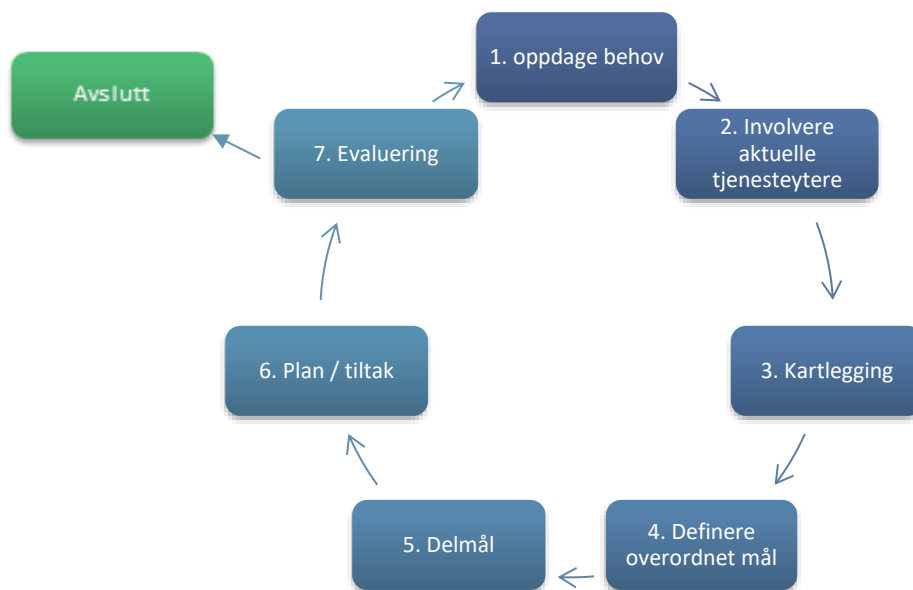
Rehabilitering starter med spørsmålet: «Trenger denne brukeren rehabilitering?» Spørsmålet må stilles ved utskrivning fra sykehus, ved konsultasjon hos fastlegen, ved tildeling av tjenester og ved alle situasjoner der tjenester i kommunen møter brukere som har redusert funksjons- og mestringsevne.

Spørsmålet «hva er viktig for deg?» og ikke «hva kan vi hjelpe deg med?» er sentralt ved kartlegging og utredning av behov. Hva opplever brukeren som verdifullt og meningsfullt?

8.3.1. Rehabiliteringsprosessen

Er brukeren vurdert til å ha behov for rehabilitering starter rehabiliteringsprosessen (*figur 5*) hvor stikkord er *brukerens mål, målbar kartlegging, plan for gjennomføring, kunnskapsbaserte tiltak og evaluering*.

Figur 5: Modell for rehabiliteringsprosess



- 1. Oppdage behov:** For å kunne oppdage behovet for rehabilitering kreves det kunnskap om hva rehabilitering er, bevissthet og et fokus som gjør at rehabilitering vurderes hele tiden opp mot kompenserende tiltak.
- 2. Involvere aktuelle tjenesteytere:** Den som oppdager behovet for rehabilitering initierer samarbeid med andre aktuelle tjenesteytere ev. kontakter KE. For å kunne involvere andre tjenesteytere er det behov for å ha kunnskap om andre yrkesgrupper og hva de kan bidra i en rehabiliteringssammenheng.
- 3. Kartlegging:** Overordnet kartlegging er viktig for å definere brukerens mål. I tillegg gjør de forskjellige tjenesteytere sine særfaglige kartlegginger for å komme frem til delmål og kunne måle virkningen av tiltakene. Kartleggingsinstrumenter som brukes i

rehabiliteringsarbeidet bør være pålitelige og reproducerbare (kunne måle forandringer)

4. + 5. **Mål + delmål:** I en rehabiliteringssammenheng vil det som regel være nødvendig at brukeren har et eller flere hovedmål og forskjellige delmål under der igjen. De forskjellige tjenestene kan ha avtalt forskjellige delmål sammen med brukeren, men alltid med fokus på hovedmålet(ene). Brukeren blir spurt «hva er viktig for deg?»
6. **Plan/tiltak:** Det er viktig at alle tjenesteytere sammen med brukeren jobber mot (de) samme mål(ene). Én rehabiliteringsplan hjelper å holde oversikt over hvem som har ansvar for de forskjellige tiltak og når ev. evaluering bør foretas. I tilfeller hvor rehabiliteringsprosessen forventes å være langvarig og koordineringsbehovet er stort, bør det etableres en individuell plan og ev. en ansvarsgruppe. Det er vanlig at de forskjellige tjenesteytere har sine kartlegginger og planer i forhold til de enkelte tiltakene. Eksempelvis kan en bruker som har individuell plan også ha en tiltaksplan ift. pleie, eller en elev som har IP har også IOP (individuell opplæringsplan). Tiltakene skal være sammenhengende, koordinerte og kunnskapsbaserte.
7. **Evaluerer:** Her skal det spørres om tiltakene har hatt den forventede effekt, som kan være både fremgang, vedlikehold eller minske redusering av funksjon, alt etter hva som var målet. Det må avgjøres om rehabilitering skal fortsette eller avsluttes eller om en ny prosess startes med nye mål og nye tiltak.

8.3.2. Kartleggingsverktøy i en rehabiliteringsprosess

Kartlegging i en rehabiliteringsprosess kan deles i flere trinn. Det starter gjerne med kartlegging for å komme frem til brukerens overordnede mål. I tillegg skal de ulike tjenesteytere utfører sine fagspesifikke undersøkelser og vurderinger for å planlegge og etter hvert evaluere tiltakene de setter i gang for å jobbe mot brukerens overordnede mål.

I hverdagsrehabilitering er det mange kommuner (inklusive Trysil kommune) som bruker *COPM* (canadian occupational performance measure) og *SPPB* (short physical performance battery) som standard kartlegging. *COPM* kartlegger hva som er viktig for brukeren og måler forandring i utførelse av aktivitet og tilfredshet. *SPPB* kartlegger balanse, benstyrke og har integrert 4meter-gangtest, som gir generell indikasjon på brukerens funksjonsnivå. I KS sitt arbeid med «gode pasientforløp» anbefales det å bruke kartleggingen «*Hva er viktig for deg?*» og 4meter-gangtest. «*Hva er viktig for deg?*» er et alternativ der *COPM* vurderes til å være for omfattende. Begge verktøy er til god støtte i samtalen med brukeren for å komme frem til dens overordnede mål. **Det anbefales å bruke *COPM* eller «*Hva er viktig for deg?*» ved oppstart til all rehabilitering i kommunen, ikke bare i hverdagsrehabilitering.** *SPPB* vurderes der det er utfordringer med det fysiske funksjonsnivået og når bruker har gangfunksjon. Avhengig av de ulike utfordringene hos brukere bør det vurderes om det er behov for mer fagspesifikk kartlegging i tillegg.

Alle som har søkt eller mottar pleie- eller omsorgstjenester skal kartlegges med *IPLOS* (individdasert pleie- og omsorgsstatistikk). *IPLOS* er et nasjonalt register med data som beskriver ressurser og bistandsbehov til brukerne og er obligatorisk å bruke i alle kommuner.

8.4. Sentrale tjenesteytere innen rehabilitering

I prinsippet er alle ansatte i kommunen å regne som ressurspersoner, men enkelte profesjoner og funksjoner er mer sentrale i rehabiliteringsarbeidet. Nedenfor følger en kort beskrivelse av de forskjellige tjenesteytere og hva de kan bidra med i en rehabiliteringssammenheng. De fleste tjenestene kan deles i kommunale og ikke kommunale. Her er de private fysioterapiinstitutt og legetjenesten i en særstilling. De er selvstendig næringsdrivende med egne avtaler med kommunen og beskrives derfor i et eget punkt.

8.4.1. I Kommunen

Korttidsavdelingen på sykehjemmet:

På korttidsavdelingen jobber det sykepleiere, fagarbeidere/hjelpepleier og pleiemedarbeidere. Noen har videreutdanning innen kreft, demens og psykisk helse. En hjelpepleier har videreutdanning i rehabilitering. Pleiepersonalet jobber tett sammen med fysio- og delvis ergoterapeuten og kreftsykepleier. Det er møter ved innkomst og før utskrivelse hvor bruker, pårørende, primærkontakten og fysioterapeuten deltar. Hvis det er aktuelt med tjenester av hjemmetjenesten etter utskrivelsen deltar de også i møtet før utskrivelse. Bruker får dagsplaner og treningsprogram. I tilknytting til rehabiliteringsavdeling er det treningskjøkken og rom for pårørende.

Enhet for rehabilitering: I enhet for rehabilitering er det ansatt fysioterapeuter, en ergoterapeut, vaktmester og en montør knyttet til velferdsteknologiske hjelpemidler. Noen av fysioterapeutene har videreutdanning i barnefysioterapi, rideterapi og smerte- og sensorisk behandling. Enhet for rehabilitering har en avtale med de fysikalske instituttene om fordeling av målgruppene. Stort sett er det de yngste og de eldste som er målgruppe for enheten og de som har mer sammensatte utfordringer. Ergo- og fysioterapeuter jobber på mange forskjellige arena i kommunen; skole, barnehage, hjemmet, sykehjem m. m. i tillegg poliklinisk. Innhold i tjenesten strekker seg fra formidling av hjelpemidler (bevegelse, kognitivt, syn, hørsel) til veiledning og opptrening, mestringstrening ift. praktiske ferdigheter og rideterapi. Terapeutene deltar i mange ansvarsgrupper og får ofte tildelt rollen som koordinator. Tjenestene er gratis, de kommunale fysioterapeutene krever ikke egenandel.

Enhet for hjemmetjenester: I hjemmetjenesten jobber det sykepleiere, fagarbeidere og pleiemedarbeidere. Det jobbes ut i fra vedtak om tjenester som er fattet av tjenestekontoret. Det kan være helsetjenester i hjemmet, opplæring, veiledning eller praktisk bistand. Tjenestene er ofte kompenserende, dvs. at brukere får hjelp til å utføre aktivitet hvis det vurderes at de ikke klarer det selv. Med innføring av hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering har det vært en dreining mot mestringstankegangen, hvor spørsmålet «kan brukeren trene seg opp til å klare aktiviteten selv» blir stilt før kompenserende tjenester igangsettes. Det er utfordrende for hjemmetjenesten å hele tiden måtte skifte fokus fra å tenke kompenserende tjenester til å tenke forebygging og mestring. I

hjemmetjenesten vil det til all tid være brukere som trenger det ene eller det andre. Det derfor ekstra viktig at fokuset på rehabiliteringstankegangen holdes vedlike i hjemmetjenesten.

Helsestasjon: På helsestasjonen er det ansatt helsesøstre, jordmødre og en helsesekretær. Målgruppen er i hovedsak brukere fra 0-18 år. De ansatte er koordinator for IP og deltar i ansvarsgrupper. De har tverrfaglig oppfølging ift. overvekt og psykisk helse, og gjennomfører individuelle samtaler. De ansatte har base på helsestasjonen, men jobber også ut på skoler og i barnehage. I tillegg reiser de ut på hjemmebesøk.

Enhet for funksjonshemmede: I denne enheten jobber det vernepleiere, sykepleier og pleiemedarbeidere. Brukere som bor i leiligheter tilknyttet enheten kommer inn under begrepet habilitering, de har medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse, og trenger bistand med å oppøve nye funksjoner og ferdigheter som de i utgangspunktet ikke har hatt. De kan ha behov for rehabilitering på lik linje med andre som blir utsatt for skade eller opplever en funksjonsnedsettelse.

Enhet for psykisk helse: Enhet for psykisk helse er bredt sammensatt og har tilbud både til brukere innen psykisk helse og rus, brukere med psykisk utviklingshemming og brukere fra NAV sosialtjenesten. Her jobber det både psykiatriske sykepleiere, psykologer, familieterapeut, ruskonsulent og aktivitører. Tilbudene er lavterskel innen psykisk helse og for brukere med psykisk utviklingshemming og delvis avtalebasert for brukere fra NAV. Tilhørende arenaer er Sønsthagen, jobbsentralen og kantina på rådhuset. Det er også en del oppsøkende virksomhet innen psykisk helse og rus. Personalet som jobber innen psykisk helse er viktige støttespillere i rehabiliteringsarbeidet.

Logoped: Logopeden jobber i forhold til alle aldersgrupper som har behov for tale-, språk- og eller svelgetrening. Hovedsakelig samarbeider logopeden med skole eller barnehage rundt barn med utfordringer innen tale og språk. I tillegg gir logopeden råd og veiledning ift. brukere med nevrologiske utfall etter f.eks. hjerneslag, ALS eller Parkinson og samarbeider ofte med ergoterapeuten.

Kreftsykepleier: Kreftsykepleier veileder og deltar i oppfølging av kreftsyke og har en viktig rolle i arbeid med palliasjon (lindrende behandling ved livets slutt). Kreftsykepleier bidrar i rehabilitering av kreftsyke brukere, både når det gjelder å komme til et godt utgangspunkt for videre behandling eller for å leve livet videre etter avsluttet behandling.

PPT: PP-tjenesten skal gi råd og hjelp til alle som ber om det i forhold til spesial pedagogisk stimulering, opplæring og foreldreveiledning. Målgruppen til PPT er foreldre, skole og barnehager. PPT arbeider med ulike tiltak for alle aldre. Tjenesten bruker mye tid på å gi foreldre og lærere råd omkring barn og unges ulike problemer, også ift. samspill og danning.

PP-tjenesten består av spesialpedagoger, lærer, sekretær, PP-rådgivere, logoped og leder.

Barnevernet: Barnevernstjenesten i Trysil og Engerdal består av barnevernspedagoger og sosionomer. De jobber i hovedsak med barn og unge fra 0-18 år, men kan også jobbe med

tiltak rettet mot foreldre. Barnevernstjenesten skal bidra til at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg i rett tid. De ansatte er blant annet koordinator for IP og deltar i ansvarsgrupper for både barn og foreldre.

Barne- og ungdomsskole: Skolene samarbeider tett med andre yrkesgrupper rundt elever med spesielle behov. De bidrar med tiltak både skolefaglig, motorisk, sosialt og i hverdagsaktivitet ut i fra brukernes behov. Tiltakene er ofte basert på sakkyndig erklæring og IOP.

Barnehagen: I barnehagene jobber det ledere, pedagoger, barneveiledere og assistenter. Barnehagen samarbeider tett med andre yrkesgrupper rundt barn med spesielle behov, og de oppretter grupper og/eller individuelle tiltak med fokus på motorikk, språk og sosial trening etter behov.

Tjenestekontoret: Tjenestekontoret ligger i stab under kommunalsjefen og er bemannet med sykepleiere og vernepleiere som har videreutdanning i helserett og ledelse og dokumentasjon. Hovedoppgaven er å koordinere helse og omsorgstjenester til alle som til enhver tid oppholder seg i kommunen. Tjenestekontoret mottar og behandler søknader fra alle aldersgrupper i kommunen, i tillegg mottas alle meldinger om innlagte pasienter på sykehusene som har behov for helse og omsorgstjenester. Det fattes enkeltvedtak ut i fra brukernes behov om: helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, støttekontakt, omsorgslønn, brukerstyrt personlig assistanse, ulike institusjonsopphold bl.a. rehabiliteringsopphold, avlastning i og utenfor institusjon, hverdagsrehabilitering, trygghetsalarm, omsorgsbolig/trygdebolig, bofelleskap med bemanning og dagsenter. Den lovpålagte koordinerende enhet (KE) er en av tjenestekontorets oppgaver og beskrives nærmere i kapittel 8.4.4.

NAV: På NAV jobber det både kommunale og statlige ansatte. En målgruppe for NAV er arbeidssøkere med nedsatt arbeidsevne og behov for bistand. De kan ha rettigheter til et bredt spekter av NAVs tiltak og virkemidler. Det kan være arbeidsrettede tiltak som å styrke kompetanse, arbeidstrening eller hindre at arbeidstaker faller ut av arbeidslivet. En annen oppgave for NAV er å matche arbeidstakere med bedriftenes behov for arbeidskraft.

En annen målgruppe for tjenesten er personer som har kommet i en vanskelig livssituasjon og ikke er i stand til å forsørge seg selv. Ved siden av økonomisk sosialhjelp bistår NAV sosialtjenesten brukerne med å komme i arbeidstrening, å søke jobber, gir råd ift. økonomi og gjeld, og hjelper med å finne midlertidig bolig og bolig i nødsituasjoner.

På NAV er det ansatt veiledere, økonomirådgivere, flyktningkonsulent og aktivitetskoordinator.

Byggende team: Byggende team, som er en tverrfaglig og tverrsektoriell gruppe, har som formål å sikre at oppvekstmodellen ligger til grunn i det arbeidet som gjøres med barn og unge i Trysil kommune. Teamet skal veilede og gi råd til de ulike virksomhetene og deres leder. Byggende arbeid tar utgangspunkt i og har fokus på beskyttelsesfaktorer og

friskhetsfaktorer som reduserer sannsynlighet for problemer og skjevutvikling hos barn og unge. Teamet består av koordinator for byggende barne- og ungdomsarbeid, ruskonsulent, helsesøster, byggende barne- og ungdomsarbeider i skolen og representant fra politi.

Andre mulige aktører og tilbud i en rehabiliteringssammenheng kan være: Frivillige lag og foreninger, Frivilligsentral, møteplassen i psykisk helse, jobbsentralen, terapibasseng, aktivitetssentre i grendene for eldre, Østhaugen dagsenter for hjemmeboende personer med begynnende demens og kognitive utfordringer, ungdomsklubb o.a.

8.4.2. I avtale med kommunen

Privat praktiserende fysioterapeuter: Det er to private institutt i Trysil; Lia Terapi og Trysil helse og trening (THT). Her jobber fysioterapeuter, manuellterapeut, psykomotorisk fysioterapeut, kiropraktor, akupunktør og massør. Målgruppen er brukere som har skader eller sykdommer som gir smerter og/eller nedsatt funksjon i muskel- og skjelettsystem. Instituttene tilbyr individuell vurdering, trening og oppfølging. I tillegg er kostholdsveiledning, coaching, akupunktur og såletilpasning noen av behandlingsalternativene de tilbyr.

De privatpraktiserende fysioterapeutene er selvstendig næringsdrivende. De fleste har driftsavtale med kommunen, noe som forplikter de til samarbeid med kommunen. Det er etablert regelmessige samarbeidsmøter for kommunale og privatpraktiserende fysioterapeuter.

Det er ikke lenger krav om henvisning til fysioterapeut, men samarbeidet mellom fysioterapeutene på de private institutt og legen er fortsatt av stor betydning. Ved konsultasjon hos fysio- eller manuellterapeut med driftsavtale betales det en egenandel. Barn under 16 år og personer med yrkesskade betaler ikke egenandel.

Legetjenesten: I Trysil har vi 6 fagslegehjemler som bemannes av 7 fastleger. Fastlegen er sentral i rehabiliteringsarbeidet og initierer og følger opp prosessen. Fastlegen har en koordinerende rolle, og ofte innsikt i brukerens totale livssituasjon, prognose og behov. For brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, utover det medisinskfaglige området, skal fastlegen melde behov til KE og ev. medvirke i utarbeidelse av IP.

Trysil legevakt har også 24timers døgnbemanning for vurdering av akutte tilstand. På korttidsavdelingen på sykehjemmet jobber en fastansatt lege, som går visitt og deltar aktivt i rehabiliteringsprosessen til de innlagte brukere. Kommuneoverlegen har en medisinskfaglig rådgivningsrolle i det systemrelaterte arbeidet for rehabilitering i Trysil kommune.

Fastlegeordningen i kommunen er regulert i forskrift. Samarbeidet mellom legene og kommunen er regulert i både rammeavtalen med KS og legeforeningen og i individuelle avtaler.

8.4.3. Utenfor kommunen

Private omsorgstjenester: Målgruppen til private omsorgstjenester er bl.a. brukere som ønsker et supplerende tilbud som går ut over standarden som tilbys i den kommunale omsorgen. Tjenesten deltar i samarbeid rundt felles brukere som har behov for rehabilitering. De deltar bl.a. i ansvarsgrupper ved behov.

Det jobber sykepleier, fagarbeider, vaktmester og pleiemedarbeidere i tjenesten

Videregående skole: Alle elever har rett til videregående skole. Unge med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer skal ha lik mulighet til å fullføre videregående skole med yrkes- eller studiekompetanse. Elever som ikke kan få tilfredsstillende utbytte av den ordinære opplæringen, har rett til spesialundervisning, uavhengig av årsak. Videregående skole jobber sammen med kommunen rundt elever hvor det er behov for både helsehjelp og spesialpedagog og hvor ev. andre kommunale tjenester er involvert.

Tepas: Tepas er en privat attføringsbedrift som tar et stort ansvar for å tilrettelegge forholdene for medarbeidere med spesifikke behov, som trenger å komme i aktivitet. Tepas kompetanse har fokus på mestring, arbeidspraksis, karriereveiledning og kursvirksomhet. Det gjøres arbeidsevnevurderinger, og brukere veiledes i livsomstillingsprosesser. Det tilbys i tillegg kurset FROG, som er et treningsprogram i selvutvikling og livsmestring for ungdom og unge voksne som av ulike årsaker står i fare for, eller har droppet ut av skole eller jobb.

Tepas har tett samarbeid med NAV, Trysil kommune, fastleger og spesialisthelsetjenesten. Veilederne har kompetanse i sosialarbeid og endringsarbeid.

2. Linjetjenestene (spesialisthelsetjenesten): Her er det mange aktører som har spesialiserte rehabiliteringstilbud til forskjellige sykdomsbilder. Innenfor Sykehuset Innlandet (SI) er det avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering på både på Ottestad og på Gjøvik. På Granheim sykehus tilbys det rehabilitering for lungesyke. Habiliteringstjenesten har avdelinger både i Lillehammer og på Furnes. I tillegg er det flere private institusjoner som tilbyr diagnosespesifikk rehabilitering og habilitering. Det er Regional koordinerende enhet (RKE) i Helse Sør-Øst som har oversikt over, og gir informasjon om offentlige og private habiliterings- og rehabiliteringstilbud.

8.4.4. Koordinerende enhet

Koordinerende enhet (KE) er en lovpålagt tjeneste og er i Trysil kommune lagt til tjenestekontoret. KE rapporter direkte til kommunalsjefen for Helse og omsorg. Funksjonen er fordelt på alle ansatte i tjenestekontoret. Det er forskrift for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator som definerer oppgavene til KE.

KE skal bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til personer med behov for tjenester fra flere fagområder, nivåer og sektorer. Enhetens overordnede ansvar for IP og koordinator er sentralt. KE skal bidra til at tjenesteytere samarbeider ved planlegging og
--

organisering av rehabiliteringstilbudene og tilrettelegger for brukermedvirkning. Det skal sikres kontinuitet uavhengig av hvem som til enhver tid yter tjenester. Dette er spesielt viktig ved overganger mellom utdannings- eller omsorgsnivå.

Andre viktige oppgaver for KE er utarbeidelse av rutiner knyttet til IP og koordinatorene, ansvar for opplæring og veiledning av koordinatorene, samt informasjons- og opplæringsansvar mot samarbeidspartnere. KE bør ha god oversikt over tilbud innen habilitering og rehabilitering i kommunen og fra spesialisthelsetjenesten, herunder også lærings- og mestringstilbud. KE er henvendelsesinstans for kommunens interne og eksterne samarbeidspartnere med spørsmål angående rehabilitering, individuell plan og koordinator.

8.4.4.1. Individuell plan

Brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan (IP). IP er en strukturert arbeidsprosess hvor tjenester fra ulike fag, nivåer og sektorer ses i sammenheng og innrettes slik at brukeren kan bli i stand til å nå sine mål. Det skal legges til rette for at brukeren er delaktig i utarbeidelse av planen. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den grad vedkommende og pårørende ønsker det. Brukerens og ev. pårørendes medvirkning i planprosessen er avgjørende. «Koordinert» i den sammenhengen betyr at behovet gjelder to eller flere helse- og omsorgstjenester. IP kan beskrives både som et planleggingsdokument og som en strukturert samarbeidsprosess som bidrar til å koordinere de tjenestene som brukeren får.

Planprosessen starter med oppnevning av en koordinator, som har en sentral rolle i å tilrettelegge for medvirkning gjennom hele prosessen. Dersom personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester takker nei til individuell plan, skal det likevel tilbys koordinator. Planen skal oppdateres kontinuerlig og være et dynamisk verktøy i koordinering og målretting av tjenestetilbudet.

Det er utfordringer knyttet til dokumentasjon av IP. Forskjellige sektorer bruker forskjellige systemer som ikke kommuniserer sammen. En mulighet for å løse dette er å gå til innkjøp av elektronisk verktøy. *SamPro* er et eksempel på dette: *SamPro* er utviklet som et elektronisk verktøy for å lette samarbeidet rundt individuelle planer (IP) eller individuelle opplæringsplaner (IOP). Verktøyet er både en kommunikasjonsplattform og et elektronisk møtested for alle som er involvert i arbeidet med individuelle planer eller individuelle opplæringsplaner; overordnet, sektorovergripende - på tvers av faggrenser og forvaltningsnivå.

Lovgivningen legger ikke opp til at det skal fattes enkeltvedtak på individuell plan. Bakgrunnen for dette er at en individuell plan ikke tildeler tjenester eller gir brukeren rettskrav på tjenestene, men en bruker som ikke blir tilbudt eller får utarbeidet individuell plan kan klage på dette.

Meldingsskjema om behov for IP/koordinator ligger på hjemmeside til Trysil kommune under «Tjenestekontoret».

IP er, i tillegg til innledningsvis opplistete lover, også regulert i opplæringsloven § 15-5, barnevernloven § 3-2a og lov om arbeids- og velferdsforvaltningen § 15. Retten til individuell plan fremgår av pasientrettighetsloven (pasrl.) § 2-5, og klageadgangen av pasrl. § 7-2

8.4.4.2. Ansvarsgruppe

Ansvarsgruppe er ikke regulert i lov eller forskrift. Hensikten med å ha en ansvarsgruppe er å sørge for koordinerte tjenester gjennom god informasjonsflyt mellom involverte fagpersoner og instanser og et forpliktende tverrfaglig samarbeid. Ansvarsgruppe kan være knyttet til utarbeidelse og oppfølging av IP, og ledes som regel av den som er koordinator for IP, ev. av en oppnevnt koordinator der IP ikke foreligger.

Ansvarsgruppe innkalles til møter etter behov. Koordinator inviterer aktuelle tjenesteytere, brukeren og ev pårørende er selvsagte møtedeltagere. Det er ikke nødvendig eller hensiktsmessig at alle ansvarsgruppemedlemmer deltar i møter hver gang, noens bidrag er krevd kun i begrensede perioder. For å holde gruppen oversiktlig og dynamisk innkaller koordinator kun aktuelle tjenesteytere og sørger for å oppdatere og delegere oppgaver til resten av ansvarsgruppen.

Det kan bli mange møter rundt en bruker med sammensatte behov. Det er derfor behov for å gå i dialog med involverte instanser for å samordne og strukturere møtene, slik at bruker blir ivaretatt på en effektiv måte.

Enkelte kommuner praktiserer å ha ulike nivå og betegnelser av grupper, både IP-grupper, ansvarsgruppe, samarbeidsmøter. Det anbefales å samordne gruppene som fyller de innledningsvis i kapittelet beskrevne kriteriene. Det må arbeides videre med å klargjøre rollen og terminologien.

8.4.4.3. Koordinator

Koordinatorens oppgave er å sikre god fremdrift i rehabiliteringsprosessen, samt informere brukeren og gi råd og veiledning. Brukeren skal oppmuntres til å delta og ha en aktiv rolle i sin planprosess. Det skal alltid tas utgangspunkt i brukerens situasjon og forutsetninger. Tillitsforholdet mellom koordinator og bruker er viktig. Ved valg av koordinator skal det legges stor vekt på brukerens ønske. Koordinatoren har en viktig rolle, men det er KE som har hovedansvaret for å sikre at tilbudet er koordinert og individuelt tilpasset. KE er i gang med å utvikle en håndbok for koordinatorene med hensikt om å gjøre jobben som koordinator enklere.

Det bør settes en begrensning på hvor mange brukere en fagperson kan være koordinator for samtidig. Det er ønskelig at fagpersoner fra flere sektorer kan være koordinatorene.

Koordinatoren behøver ikke ha formell kompetanse, men er avhengig av å få nødvendig opplæring og veiledning av KE. Koordinatorrollen er ikke en ny yrkesgruppe eller profesjon, men en av flere roller i et planarbeid ansatte med ulike fagbakgrunner kan ha. Ved melding om behov for koordinator tar koordinerende enhet kontakt med resp. leder. Det er lederen som må frigjøre tid til koordinatoroppgaver og støtte arbeidstakeren i denne rollen. Dette er viktig med tanke på at koordinatoren føler seg ivaretatt av lederen og at rollen er avklart før rehabiliteringsprosessen starter.

8.5. Læring og mestring

8.5.1. Hva er læring og mestring?

Læring- og mestring er viktige tiltak i en rehabiliteringssammenheng. Brukerne er ofte i en omstillingsprosess hvor de må lære å leve med forandret helse eller funksjonsnivå. De må få innsikt i egne sykdommer eller bearbeide sorgprosesser som følge av tapt funksjon.

I følge helsedirektoratet er formålet med lærings- og mestringstilbud at brukere og pårørende skal:

- få informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere sykdom og helseforandringer.
- forebygge eller hindre utvikling av sykdom og funksjonsnedsettelse.
- gi støtte til endring av levevaner for å fremme fysisk og psykisk helse.
- understøtte pasient og brukers egen læringsprosess. (Helsedirektoratet 2018)

Det er spesielt ved sykdommer knyttet til levevaner at det er behov for å få informasjon om tiltak som kan forebygge videre sykdomsutvikling. Flere yrkesgrupper som leger, sykepleiere, vernepleiere og terapeuter m.m. har kompetanse innen læring- og mestring, men det er ingen ansvarsfordeling eller systematikk i det å bruke kompetansen målrettet i kommunen.

8.5.2. Læring og mestring i Trysil kommune

Spørreundersøkelsen som er gjort av prosjektgruppen i sammenheng med å analysere rehabiliteringsarbeidet i kommunen, viser tydelig at mange har tilbud innen læring og mestring. Det savnes en oversikt over hva andre enn egen avdeling har av tilbud, og muligheten for å kunne bruke kompetansen på tvers av tjenestene.

Eksempelvis har Psykisk helse kurs i mestring av belastning (KIB) og kurs i depresjonsmestring (KID) og kan bistå brukerne i å bearbeide følelsesmessige reaksjoner. På de private fysikalske institutt har de bl.a. kompetanse innen smertemestring, kosthold og vektreduksjon og coaching. Flere ansatte i kommunen har kurs i motiverende intervju som er en svært nyttig metode i endringsarbeid. I flere avdelinger jobbes det ut i fra et tankesett som har mestring som grunnlag.

I 2014 ble det etablert frisklivssentral i Trysil kommunen. Den hadde tilbud til personer som trengte hjelp til endring av levevaner. Frisklivssentralene har primært tilbud innenfor fysisk aktivitet, kosthold og snus- og røykeslutt. Frisklivssentralen ble nedlagt igjen i 2016 pga innsparinger i kommunen. Det er viktig å utrede om frisklivstilbudene kan ivaretas av andre i kommunen.

8.5.3. Likepersonarbeid

Grunntanken med likepersonarbeidet er at personer som har vært syke eller har en funksjonsnedsettelse har gjort seg erfaringer som kan være til hjelp for andre i en lignende situasjon. De kan samtidig være en person som forstår og støtter utenfor det medisinske behandlingsapparatet. Erfaringene kan dreie seg om reaksjoner i forbindelse med en funksjonsnedsettelse eller hvordan en kan mestre en hverdag med nedsatt funksjonsevne. Likepersonarbeidet er frivillig og ulønnet, og kan foregå mellom enkeltperson og i grupper. (NORILCO 2018) De er et viktig supplement til helsepersonell. Likepersoner bidrar til å fremme håp og mestring og virker forebyggende mot skadelig stress. (Stenberg 2017) Mange forskjellige organisasjoner som favner ulike diagnoser og sykdommer organiserer sine egne likepersoner og tilbyr opplæring.

I Trysil finnes det f.eks. likepersoner innen hørselshemmedes landsforbund (HLF) og Trysil revmatikerforening.

8.6. Hjelpemiddelformidling

Hjelpemidler skal være med på å løse brukerens praktiske problem i hverdagen og kan være en viktig brikke i en rehabiliteringsprosess.

Enheten for rehabilitering har hovedansvaret for å ivareta hjelpemiddelbehovet i kommunen. Dette gjelder hjelpemidler for bevegelse, syn, hørsel, kognisjon, velferdsteknologi, boligtilpasning og bil. Terapeutene vurderer totalsituasjonen til en bruker, ser på forskjellige løsninger og begrunner behovet i søknad til hjelpemiddelsentralen. Det er ofte nødvendig med tilpasning, opplæring, veiledning og vedlikehold ved bruk av hjelpemidler. Tendensen med arbeid knyttet til formidling er økende. Brukere kommer fortere tilbake til kommunen fra sykehusene. Sykdomsbildet er ofte mer sammensatt med større behov for tjenester og hjelpemidler. I tillegg er brukerne bedre opplyst om mulighetene på hvilke hjelpemidler som finnes.

Totalt sett kreves det godt over 100% av totalt 480% terapeutstillinger i enhet for rehabilitering til administrering av hjelpemidler. En stor andel av hjelpemiddelformidling ligger hos ergoterapeuten og som en følge av dette er det lite tid til å delta i andre påkrevde oppgaver, som å delta i rehabiliterings- og lærings- og mestringsarbeid.

8.6.1. NAV Hjelpemiddelsentral

Hjelpemiddelsentralen formidler hjelpemidler og er et ressurs- og kompetansesenter for brukere, kommuner og andre samarbeidspartnere. Hjelpemiddelsentralen i Elverum har et overordnet og koordinerende ansvar for hjelpemidler i Hedmark fylke. Det tilbys en del kurs som styrker kompetansen til kommunen innen f.eks. produktoversikt, tilpasningsmuligheter og tilrettelegging av miljøet som hjelpemidlene skal brukes i. For å ha rett til hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralen må behovet være varig dvs. over 2 år. Ved kortvarig behov er det kommunen som har ansvar.

Det foreligger en samarbeidsavtale mellom hjelpemiddelsentralen og Trysil kommune som regulerer ansvars- og oppgavefordeling i forhold til f.eks. montering, vedlikehold, transport, kurs o.l. Overordnet informasjon fra NAV går til KE. NAV initierer årlige samarbeidsmøter med kommunene.

Det ble formidlet hjelpemidler til et beløp på rundt 4,5 mill. kr. fra hjelpemiddelsentralen til Trysil kommune i 2017.

I 2017 kom regjeringen med forslag til statsbudsjettet 2018 om å overføre mer ansvar for formidling fra staten til kommunene. Bl.a. skulle fastmonterte hjelpemidler, som f.eks. trappeheiser og personløftere, ut av hjelpemiddelsentralene for i stedet legge ansvaret over til Husbanken og kommunene. Kommunene og mange andre høringsinstanser svarte med en overveldende støtte til dagens ordning. Kommunene ønsket ikke å overta denne oppgaven. (Kvistum 2017)

8.6.2. Lokalt lager

Enhet for rehabilitering har ett lokalt lager med ulike hjelpemidler som lånes ut til kortvarig behov. Det er en del logistikk knyttet til utlån av hjelpemidler, som levering til brukere, innhenting, rengjøring, registrering, vedlikehold og oppbevaring. Enhet for rehabilitering har vaktmester i 30 % som hjelper med levering og henting hos brukere. Terapeutene har ansvaret for rengjøring, reparasjoner og vedlikehold.

Ved renovering av sykehjemmet for flere år siden fikk enhet for rehabilitering tildelt et rom for lagring av hjelpemidler nærmere avdelingen. Etterspørselen etter hjelpemidler har økt de siste år, i tillegg har Hjelpemiddelsentralen forandret rutinene sine ved å ikke kreve tilbake hygienehjelpemidler, tilsammen medfører det økt press på lagerkapasiteten på det lokale lageret. Det er ugunstig at hjelpemidler, som står klar til ut- eller innlevering, blir stående i gangen som er rømningsvei, selv om en har funnet en midlertidig akseptabel løsning. Som nevnt tidligere er tendensen med hjelpemiddelformidling økende. Spesielt i forhold til velferdsteknologiske hjelpemidler, som enda er ganske nytt, kan det tenkes at det blir en utvikling som krever mer lagringskapasitet. Per i dag lånes det en del av et lager som

tilhørere sykehjemmet. Det er nødvendig å utrede behovet fremover og se på mulige løsninger.

8.6.3. Velferdsteknologi

Som et resultat fra arbeidet i prosjektet «mestring ved hjelp av teknologi» (se kap. 9.4.1.) er fagansvaret for velferdsteknologi lagt til ergoterapeuten i enhet for rehabilitering. Det er opprettet en 30% montørstilling til innhenting og montering av elektroniske trygghetsalarmer. I tillegg er ergoterapeuten kontakt for spørsmål om velferdsteknologiske løsninger. Utvalg av hjelpemiddel, bestilling, veiledning og oppfølging av teknologiske hjelpemidler er tidskrevende prosesser. Velferdsteknologi er et nytt felt innen hjelpemiddelformidling, sannsynligvis skjer det en stor utvikling fremover med uante muligheter for brukere og innsparing av ressurser for helsetjenesten, men samtidig større krav til veiledning og oppfølging.

8.7. Universell utforming

Universell utforming vil si å utforme produkter og omgivelser på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpassing og en spesiell utforming. De fysiske omgivelser, inkludert informasjons- og kommunikasjonsteknologi, har stor betydning for hvordan alle kan leve gode og aktive liv både fysisk og sosialt. Regjeringens visjon er et samfunn der alle kan delta. Universell utforming må også ses i sammenheng med velferdsteknologi. En hurtig teknologisk utvikling krever at det utarbeides standarder for f.eks. automater og nettløsninger (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet 2016).

Universell utforming kan ha stor betydning for hvor langt personer med rehabiliteringsbehov kan nå sine mål, spesielt når det gjelder deltagelse i samfunnet.

Entreprenører og leverandører av produkter til kommunen må forholde seg til lovverket i bl.a. plan- og bygningsloven og diskriminerings- og tilgjengelighetsloven. Kommunen har en kontrollfunksjon og ansvar for at loven overholdes.

Regjeringens handlingsplanen for 2009 – 2013 hadde som mål at alle kommuner bør ha vedtatt kommuneplan med retningslinjer for universell utforming inne 2015. (Barne- og likestillingsdepartement 2009). Trysil kommune har per i dag ingen retningslinjer for universell utforming.

8.8. Kompetanse

8.8.1. Kompetanseløft 2020

Kompetanseløft 2020 er regjeringen sin plan for rekruttering, kompetanse- og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fram mot 2020. Det har som formål å bidra til en faglig sterk kommunal helse- og omsorgstjeneste, og å sikre at sektoren har tilstrekkelig og kompetent bemanning. (Heskestad S. 2017)

I 2017 ble det vedtatt at psykologer og ergoterapeuter skal lovfestes fra 2020. Dette i tillegg til jordmor, helsesøster, lege, fysioterapeut og sykepleier som allerede er lovpålagte tjenester. I Trysil kommune er alle disse yrkene representert.

Når kommunene, i tråd med kommunereformen, skal få større ansvar og flere oppgaver, særlig innen habilitering/rehabilitering, vil ergoterapeuter, sosionomer/sosialfaglig kompetanse og vernepleiere/spesialpedagogisk kompetanse, være avgjørende for å klare dette. Det påpekes i stortingsmelding «Fremtidens primærhelsetjenesten» at ergoterapikompetanse vil være sentralt for bl.a. å tilrettelegge omgivelsene for praktisk aktivitet for å mestre hverdagen.

Av annet personell som vil være viktig i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, nevner regjeringen særlig kliniske ernæringsfysiologer. Disse vil være sentrale for å oppnå målene om å redusere blant annet forekomst av ikke-smittsomme sykdommer, underernæring og andre ernæringsrelaterte sykdommer og plager. Kliniske ernæringsfysiologer vil være viktige bidragsyttere i tverrfaglige team innen pasient- og pårørendeopplæring og som ressurs for annet helsepersonell.» (St.meld. 26 2014-2015)

8.8.2. Etterspurt kompetanse i Trysil kommune

Ved gjennomføring av spørreundersøkelsen i kommunen sees det mye sammenfallende kompetanseetterspørsel som det er foreslått i ovennevnte stortingsmelding.

Ergoterapeut: Ergoterapeuten bruker mye av sin stilling til formidling av hjelpemidler, hvor omfanget er økende, spesielt når det gjelder hørselshjelpemidler. I tillegg er velferdsteknologi blitt lagt til enheten. Det er etterspørsel etter mer ergoterapiressurser i arbeid med rehabiliteringsbrukere på korttidsavdelingen. En ser også at antall brukere i hverdagsrehabilitering har gått ned etter at stillingen til ergoterapeuten ble redusert i budsjettforhandlingene i 2016. Kostratallene viser lav dekningsgrad av ergoterapeuter i Trysil kommune sammenlignet med andre kommuner (4,1 pr 10 000 innbyggere mot 3,5 – 7,9 i sammenlignbare kommuner).

Kompetanse innen ernæringsfysiologi: Fra flere avdelinger ble det nevnt at det mangler systematisk arbeid og kompetanse i forhold til barn med overvekt. Det er spesielt kompetansen til klinisk ernæringsfysiolog som etterspørres. Mange kan mye om god kosthold og sunn ernæring, men det er tilfeller hvor det kreves mer spesifikk kunnskap f.eks. om matmengder ift. alder eller ernæringsrelaterte sykdommer.

Pleiepersonell med videreutdanning i rehabilitering: I Trysil kommune er det en sykepleier og en hjelpepleier som har videreutdanning i rehabilitering. Hjelpepleieren jobber på korttidsavdeling med rehabiliteringsbrukere, mens sykepleieren jobber i en annen etasje på sykehjemmet. Det er mange dyktige fagfolk i kommunen, men det er behov for mer kompetanse innen rehabilitering. Det vil øke bevisstheten og forståelse for viktigheten med tverrfaglighet og vil hjelpe å løfte blikket ut over egen faggruppe og tenke mer helhetlig rundt brukerne. Helseledelsen i Trysil kommune jobber allerede målrettet med dette og har i samarbeid med Trysil videregående skole søkt Fagskolen om å få gjennomført deltidsstudiet «Videreutdanning innen rehabilitering» med oppstart 2019.

Logoped: Skolene og enhet for rehabilitering etterlyser ytterligere bistand fra logoped i det tverrfaglige arbeidet. Trysil kommune har 80% stilling til logoped. For tiden er det kun 50% som er besatt. Logopedressursen vil øke så fort de resterende 30% kan utnyttes.

Helse-sosialfaglig kompetanse i skole og barnehage: Skolene og barnehagene ser endringer i behovet til elevene, de møter oftere elever med bl.a. astma, epilepsi og diabetes, samt psykososiale utfordringer. De gir uttrykk for at de mangler helse/sosialfaglig kompetanse, som kan kartlegge elever og veilede skole- og barnehagepersonalet. I januar 2019 ansettes det psykolog II. Stillingen er rettet mot barn og deres familier og vil innebærer tett samarbeid med enhet for familie herunder helsestasjon, barnevernstjenesten og enslige mindreårige. Andre primære arbeidsoppgaver vil være utredning og behandling av barn og unge og deres familier. Det kan tenkes at ansettelse av psykolog II kan være med å dekke behovet til skolene og barnehagene.

9. Samarbeid og informasjonsutveksling

Gjennom samhandlingsformen ble det lagt mer fokus på samarbeid mellom kommunale helsetjenester og helseforetakene. Det er avgjørende å være bevisst tverrfagligheten innen rehabilitering og derfor styrke gode samarbeidsrutine, både i kommunale tjenester, eksterne private aktører og helseforetak. Mange forskjellige tiltak som veiledere, prosjekt og pakkeforløp med forløpskoordinator (se kap. 9.1.3.) har sin opprinnelse i ønske om å forbedre samordning og koordinering. Bl.a. har overordnet samarbeidsutvalg (OSU) i Helse Sør-Øst gitt i oppdrag til en arbeidsgruppe å jobbe videre med oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og der spesielt med gråsoneproblematikk innen rehabiliteringsfeltet. Et resultat av det er at kommunene skal ha en rehabiliteringskontakt,

en person som kjenner helheten i egen kommune og som har mandat til å bidra i løsningsarbeid.

En annen arena for samhandling er det årlige ReHabiliteringsforumet som arrangeres i samarbeid mellom Fylkesmannen i Hedmark og Oppland og Sykehuset Innlandet HF. Det retter seg mot fagpersoner og brukere innen fagområdene habilitering og rehabilitering og med ansvar tilknyttet Koordinerende enhet, koordinatorrollen, individuell plan.

9.1. Eksternt

9.1.1. Tjenesteavtaler

Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen er regulert med lovpålagte tjenesteavtaler og rutiner, som styrer mer eller mindre spesifikke områder.

Tjenesteavtalene og rutinene fra 2015 (ny versjon med noe oppdatering kommer i 2019) inngått mellom kommunen og Sykehuset Innlandet som er aktuelle og angår rehabilitering er følgende:

- Tjenesteavtale 1. Ansvar og oppgaver
- Tjenesteavtale 2. Koordinerte tjenester
- Rutine Nr.1 Rutine for bruk av individuell plan
- Rutine Nr.5 Rutine for gjensidig hospitering
- Rutine Nr.6 Rutine om IKT-løsninger lokalt – meldingsutveksling
- Rutine Nr.8 Rutine for spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt

9.1.2. Ansvar og oppgavefordeling

Helsedirektoratet har lansert en modell for avklaring av ansvar og oppgaver mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten (fig.6).

Figur 6: Modell for avklaring av ansvar og oppgaver

Kommune		Spesialisthelsetjeneste
Behov for tverrfaglig breddekompetanse?	 Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.	Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for bredt sammensatt tverrfaglig team samlet på ett sted?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for intensiv oppfølging?
Behov for nærhet til brukers livsarena?		Behov for nærhet til spesialisert, medisinsk kompetanse?
Behov for erfaring knyttet til store diagnosegrupper og relativt hyppig forekommende problemstillinger?		Behov for erfaring knyttet til smalere og mer spissede problemstillinger?

(Helsedirektoratet, 2018)

Kommunens styrke ligger i å kunne møte brukeren i dens vante miljø og i en for brukerens meningsfylt sammenheng. I tillegg har kommunen en vid tverrfaglig breddekompetanse, som kan følge opp brukeren over lengre tid.

9.1.3. Pakkeforløp

Sykehuset Innlandet HF har utviklet diagnosespesifikke pakkeforløp innen kreft, hoftebrudd, hjerneslag og psykisk helse og rus. Et pakkeforløp er et standardisert pasientforløp, som bidrar til rask utredning og behandlingsstart. Formålet er at brukere skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendige forsinkelser i utredning, behandling eller rehabilitering. Et sentralt grep for å få til god oppfølging er bruk av forløpskoordinator, som skal være med å sikre at brukeren får adekvat diagnostikk og behandling til rett tid og på rett sted.

9.2. Internt

9.2.1. Overganger mellom tjenestenivåer

Å få til gode overganger fra 2.linjetjenesten til kommunen eller omvendt er krevende siden det er mange forskjellige instanser involvert og det er vanskelig å få til felles rutiner. Her er det spesielt viktig for kommunen å ha gode mottaksrutiner, som synlig adresse for henvendelse og sjekklister for å sikre at rutiner blir fulgt.

Arbeidsgruppen i Trysil kommunen som deltar i nettverksarbeidet «Gode pasientforløp» (se kap. 9.4.2.) jobber primært med å sikre overganger mellom tjenestenivåer. Lignende rutiner finnes innen skole og sosialtjenesten.

Ved sammensatte og langvarige brukerforløp kan Individuell plan, forløpskoordinator, eller koordinator være en måte å sikre informasjonsutbytte på. Det kan hjelpe brukerne å få til gode overganger mellom omsorgsnivå eller utdanningstrinn, f.eks. overgang mellom ungdomsskole og videregående skole og der ifra til arbeidslivet, eller fra sykehuset til kommunen. Både mål og oppstartede tiltak blir sikret og videreført på de nye arenaene.

9.3. Elektronisk Informasjonsutveksling

Det meste av informasjonsutveksling foregår elektronisk. Utfordringen er at det opereres med forskjellige systemer. Spørreundersøkelsen viser at, der hvor det er mulig å bruke e-meldinger, er det stor tilfredshet med kommunikasjonen, både internt i kommunen og i kontakt med helseforetak. Så lenge en bruker er innlagt på sykehus, er det mulighet for å kommunisere med behandlere per e-melding om forhold som angår brukeren. Denne muligheten opphører så fort brukeren skrives ut.

I den nye personvernforordningen (GDPR) er det viktig å avklare hvem som kan få informasjon og når. I noen forløp gjelder som regel stilltiende samtykke, men i forløp hvor mange aktører er involvert skal samtykke innhentes ved all informasjonsutveksling og ved endringer av forutsetninger.

9.4. Forhold til andre prosjekter og utredninger som er på gang i Trysil kommune

9.4.1. Hverdagsmestring ved hjelp av teknologi

Trysil kommune ønsker at tryslingene skal få bo hjemme så lenge som mulig.

Velferdsteknologi vil bidra til å gjøre dette enklere og tryggere for mange. Hverdagsmestring ved hjelp av teknologi handler om å sende riktig hjelp til riktig sted ved hjelp av nye måter å jobbe på.

Trysil kommune ønsker at velferdsteknologi skal være et tiltak i det forebyggende helsearbeidet og et supplement til andre helsetjenester. Derfor oppfordres tryslingene, ikke bare den eldre garde, om å bli mer bevisste på å planlegge og tilrettelegge for hele livsløpet. Bruk av teknologi som hjelpemiddel kan tilpasses alle aldersgrupper. Både mennesker med nedsatt funksjonsevne, psykiske helseutfordringer og helt friske som ønsker større kontroll over egen situasjon og økt trygghet i hverdagen, kan være tjent med å vurdere teknologi som hjelpemiddel. Dokumentet «tjenesteforløp for velferdsteknologi» beskriver tydelig hvordan tildelingsprosessen foregår. Der er det nevnt viktige punkter som samtykkevurdering, vurdering av etikk, risikoanalyse og ansvarsfordeling. (Trysil kommune; velferdsteknologi)

Det er i gang et treårig prosjekt der det prøves ut ulike former for velferdsteknologi, som f.eks. automatisk lystenning som fallforebygging, skypesamtale for sosial kontakt og GPS sporing for økt trygghet når man er ut på tur.

Parallelt med prosjektet som er i gang i Trysil jobbes det med et regionalt prosjekt i Sør-Østerdalen for å finne en felles plattform som gjør at ulike hjelpemidler snakker sammen. Dette for å få flyt i informasjonsstrømmen mellom de ulike varslingstjenestene. En slik plattform gjør det også mulig å tilpasse mer til hver enkelt bruker, uansett om en alarm går til hjemmetjenesten, til et responscenter, til en nabo eller til en pårørende.

Fagansvaret for velferdsteknologi er lagt til enhet for rehabilitering, og det er opprettet en egen e-postadresse for henvendelser om velferdsteknologi; velferdsteknologi@trysil.kommune.no. Dit kan det sendes store og små spørsmål om velferdsteknologi.

9.4.2. Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke

«Gode pasientforløp» er et prosjekt initiert av kommunenes sentralforbund (KS). I perioden 2016 til 2019 skal det gjennomføres åtte læringsnettverk over hele landet. Totalt vil rundt 200 kommuner delta sammen med sykehusene i regionen. Trysil kommune deltar med en arbeidsgruppe. Målet med læringsnettverket er å sikre brukernes behov for å møte helhetlige, koordinerte og trygge tjenester. (KS, gode pasientforløp 2016 -2019). For å lykkes med det trengs rutiner og oppfølging som gjør at brukerne får den hjelpen de skal ha og

unngår f.eks. reinnleggelser på sykehus. Arbeidsgruppen som har deltatt i læringsnettverket har hatt spesiell fokus på overganger mellom forskjellige omsorgsnivå i kommunen. Det er utarbeidet nye forslag til overføringsrapport som brukes internt i kommunen, det pågår arbeid med å lage sjekklister til bruk ved overføring av brukere, i tillegg tilpasses innleggelsesrapport til sykehus til dagens forhold. Arbeidsgruppen «Gode pasientforløp» følger med fremover om ny innførte sjekklister og rapporter brukes og om de er hensiktsmessige.

9.4.3. Utredning dagsentre for eldre i grendene

Dagsentervirksomheten i eldreomsorgen omfatter dagsenter i 5 grender og driftes av to aktivitører. Sentrene er arena for sosialt samvær hvor håndarbeid er en viktig aktivitet, i tillegg serveres det varm mat. Aktivitørene organiserer en del turer gjennom året. De besøkende er stort sett eldre kvinner. Utredningen har som mål å utvikle sentrene til å ha en tydeligere folkehelseprofil med en ny modell, som legger vekt på fysisk aktivitet, motvirkning av ensomhet og som tilrettelegger for å være en attraktiv arena også for menn. Med dette ønsker man å oppnå at flere skal kunne leve et langt og meningsfylt liv med aktiv og sunn aldring. Utredningen foreslår i tillegg helsestasjon for eldre knyttet til dagsentrene samt forebyggende hjemmebesøk. Frivilligheten får en viktig rolle i den nye modellen, ikke som erstatter for kommunal aktivitet, men som et supplement.

Utredninger belager seg sterkt på sentrale tema som er omtalt i stortingsmeldingen «Leve hele livet». Det dreier seg om forebyggende faktorer som bl.a. god ernæring, fysisk aktivitet og sosiale møteplasser (Meld. St. 15 2107-2018). I utredningen foreslås det navneendring fra dagsenter til aktivitetssenter, med begrunnelse i at navnet dagsenter forbeholdes vedtaksbaserte tiltak og ikke lavterskel.

Aktivitetssentrene hører hjemme under trinnet «helsefremming» i rehabiliteringspyramiden (se kap.8.2.1.).

9.4.4. Bolig plan

Arbeidet med utredningen startet med diverse kartlegginger av behov samt den store innbyggerundersøkelsen i 2017/2018. Målet er å utarbeide en ny helhetlig handlingsplan for boliger og bosetting i Trysil, der livsløpsperspektiv og folkehelse legges til grunn. (Planstrategiens side 29, pkt. 26)

Oppgaven er tredelt:

- en boligsosial del, plan for boliger til vanskeligstilte
- en eldre- og demens-boligplan
- utredning av et koordinerende boligkontor

Det å sikre at enhver innbygger har et trygt sted å bo kan ha positiv innvirkning på et rehabiliteringsforløp. Forandringer i helse eller funksjon kan tvinge frem en forandring i brukerens boligløsning.

Det finnes ikke noe spesifikt boligkontor i kommunen per i dag, de forskjellige roller og oppgaver er delt mellom tjenestekontoret i HOS-sektoren, som har ansvar for trygdeboliger til eldre, funksjonshemmede og psykisk helse og rus, og NAV kommune, også i HOS-sektoren som har ansvar for sosialboliger i tillegg ansvar for startlån, boligtilskudd og bostøtte, samt eiendomsavdelingen i kommunen i egenskap av eier/utleier, vedlikeholder og innkrever.

10. Samlet utfordringsbilde

Som nevnt i kap 8.1. foregår det mye bra innen rehabilitering i Trysil kommune, men det er viktig at følge med i utviklingen i feltet og tilpasse dagens praksis etter behov. Gjennom tilbakemeldinger fra spørreundersøkelsen hos forskjellige tjenesteytere i kommunen og hos private og ved å se det opp mot anbefalinger i sentrale føringer, har arbeidsgruppen konkludert med områder hvor det er muligheter for forbedring:

Bevissthet og forståelse for rehabiliteringsbegrepet:

- I kommunen i dag jobber mange med rehabilitering uten å definere begrepet. Avdelingene gir uttrykk for manglende bevissthet og forståelse for rehabiliteringsbegrepet.

Kjennskap til oppgavene og ansvaret til KE:

- Mange avdelinger rapporterer at ansvarsgruppe og IP er velanvendte metoder for samhandling og koordinering, men noen uttrykker usikkerhet om hvem som har ansvar for koordinering og hvor de er plassert i kommunen.
- Utviklingsarbeid ved KE i Trysil kommune har ikke blitt prioritert de siste årene. Det må sørges for å få på plass rutiner for arbeidet med IP og koordinator. Arbeidet har så vidt begynt og det jobbes med en håndbok og en opplæringspakke for koordinatorene. I tillegg er det laget eget meldingsskjema som sendes til KE ved behov for koordinator og IP. Målet er å få oversikt over alle som har IP i kommunen.
- Tjenesteytere inne helsesektoren er ofte de som blir utnevnt som koordinator. Det bør settes tak for antall brukere en fagperson kan være koordinator for. Det er ønskelig og et behov for at fagpersoner fra flere sektorer kan være koordinatorene.

Kompetanse og ressurser:

- Det er få som har videreutdanning i rehabilitering. Mer kunnskap om rehabilitering vil hjelpe de enkelte fagpersoner til å løfte blikket ut over eget fagområde og få økt bevissthet om viktigheten med koordinering, samhandling og ikke minst brukermedvirkning.
- Det savnes kompetanse i ernæringsfysiolog i kommunen og bedre samarbeid med sykehuset om overvekt
- Det savnes helse- og sosialfaglig kompetanse til skolesektoren som kan kartlegge barn og veilede ansatte. Behovet blir muligens dekket med ansettelse av psykolog januar 2019
- Det etterspørres ressurser innen ergoterapi spesielt på korttidsavdelingen.
- Det etterspørres ressurser innen logopedi. Behovet blir muligens dekket når vakant stillingsbrøk tas i bruk.

- I takt med at flere rehabiliteringsoppgaver overføres til kommunen, øker arbeidspresset spesielt på enhet for rehabilitering. En stor andel av fysio- og ergoterapistilling brukes allerede nå til administrering og rengjøring av hjelpemidler. Kostratallene viser høy dekningsgrad for fysioterapeuter i kommunen. Tallene er satt sammen av både private og kommunale fysioterapeuter. Det er behov for å se på oppgavefordeling mellom de aktuelle terapeutressursene.
- Det er behov for å øke kunnskap om hverandres kompetanse og dertil utnyttelse av samlet kompetanse i kommunen. Det er behov for en årlig kursdag som har dette som tema.

Avdekking av behov for rehabilitering:

- Spesielt hos hjemmeboende brukere som benytter seg av polikliniske tjenester kommer det ikke alltid frem om det er behov for å starte en rehabiliteringsprosess, eller om opptrening eller veiledning hos en faggruppe dekker behovet. Her er det ekstra viktig å gjøre gode kartlegginger. Det er også en gruppe brukere som kun er i kontakt med fastlegen, hvor det er fastlegens oppgave å vurdere om opptrening/behandling eller rehabilitering er det riktige. Det er sannsynlig at behovet for rehabilitering for hjemmeboende (trinn 3 i rehabiliteringspyramiden, se kap. 8.2.3.) vil øke når flere rehabiliteringsoppgaver overføres til kommunen fra 2.linjetjenesten.

Fokus på målbare kartleggingsverktøy:

- I en rehabiliteringsprosess bruker avdelingene ulike kartleggingsverktøy og planer. Behov og effekt avdekkes med mer eller mindre strukturerte samtaler. Både kartleggingsverktøy og samtaler er viktige i rehabiliteringsprosessen. Kartleggingsverktøy som brukes bør være evidensbaserte, standardiserte som kan måle forandring f.eks. funksjonsnivå eller måloppnåelse.

Evalueringsforløp:

- I flere rehabiliteringsforløp av kronisk karakter er det en utfordring å avslutte. Det er viktig at evalueringer finner sted og at prosesser og planer avsluttes. Det kan heller startes ny prosess hvor det er indikert.

Oversikt over lærings – og mestringstilbud i og utenfor kommunen:

- Flere avdelinger ser et behov for videreutvikling og fokus på læring og mestring. Det oppleves manglende oversikt over andre faggruppers tilbud.
- Fra flere avdelinger etterlyses det tilbudet som tidligere frisklivssentral hadde. Spesielt kan nevnes hjelp til endringsarbeid ift. livsstilssykdommer og lavterskel tilbud innen fysisk aktivitet for personer med lettere psykiske utfordringer. Det finnes mye av den type kompetanse blant kommunale og private aktører. Utnyttelse av ressursene og kompetansen som allerede finnes må gjøres tilgjengelig der hvor det trengs.

Elektronisk informasjonsutveksling:

- Det oppleves utfordringer med kommunikasjonssystemet på It-nivå. Det finnes ikke gode nok rutiner for oppfølging og videreføring av ansvar.
- Ikke alle sektorer har tilgang til dokumentasjonssystemet «profil» hvor individuell plan skrives og lagres. Det er ønskelig med et nettbasert program som kan brukes av alle f.eks. «SamPro», som er et samarbeids- og koordineringsverktøy for plantyper.

- Hos brukere som utskrives fra sykehusene savnes muligheten for å kommunisere elektronisk med utskrivende instans. Dette oppleves som en ulempe for kommunen, som i noen tilfeller har behov for å ha dialog rundt en bruker også etter hjemkomst.

Samarbeid generelt:

- Ved spørreundersøkelsen opplyste flere om at de synes at samarbeidet internt i kommunen er bra og «alle vil hverandre vel». Utfordringen ligger i systematikken og sikringen om at det er bra i alle ledd og i forhold til alle brukere. Arbeidsgruppen som deltar i det KS baserte prosjektet «Gode pasientforløp» har konsentrert seg om overganger mellom omsorgsnivå i kommunen. Dette for å sikre effektive og trygge forløp og forbedre opplevelsen for brukerne. Det må jobbes videre med å følge opp og kvalitetssikre de nye rutinene.

Fremtidig lagerkapasitet for hjelpemidler:

- Hjelpmiddellageret til enhet for rehabilitering har blitt for liten. Det kreves utredning om fremtidig hjelpemiddelbehov og dertil lagringsplass.

11. Målbilde

De ulike områdene er en sammenstilling av forhold som anses sentrale i arbeidet med utvikling av rehabilitering i kommunen.

1. Fokus og bevissthet på rehabilitering

Tjenesteytere i helse-, omsorgs- og skolesektoren og befolkningen for øvrig har fokus på og forståelse for rehabilitering.

2. Tydelige roller og oppgaver i KE

Alle som jobber med rehabilitering vet hvilke rolle og oppgaver KE har og hvilke rutiner som gjelder for individuell plan og koordinator.

3. Kompetanseheving og utnyttelse av samlet kompetanse i Trysil kommune

Tjenesteytere i rehabilitering har tilstrekkelig kunnskap og ressurser for å yte god rehabilitering, samt oversikt over andre faggruppers kompetanse.

4. Bevisstgjøring og standardisering av rehabiliteringsprosessen

Det er nødvendig at rehabiliteringsprosessen følges i et rehabiliteringsforløp, med standardiserte og gode kartlegginger, spørsmålet «hva er viktig for deg», mål, tiltaksplan og evaluering.

5. Fokus og bevissthet på læring og mestring

Læring- og mestring er en naturlig del av et rehabiliteringsforløp. Tjenesteytere har god kunnskap om hverandres kompetanse.

6. God informasjonsutveksling og samarbeid

Brukeren skal være trygg på at tjenesteytere samarbeider til brukerens beste og sikrer gode overganger. Personvernet ivaretas. Tjenesteytere skal ha gode IT-systemer som sørger for god og sikker kommunikasjonsutveksling.

7. Fokus på balansen mellom individet og rehabiliteringstjenester

Brukeren skal være trygg på at det er foretatt gode vurderinger ift samtykkekompetanse, lovverket og etikk ved valg av tiltak (spesielt ved valg av velferdsteknologiske løsninger).

8. God ressursutnyttelse

Det er god utnyttelse av kompetanse og ressurser i kommunen på tvers av sektorer, enheter og avdelinger. Det finnes arena for intern opplæring/kompetanseutveksling

«Rehabilitering handler imidlertid om mye mer – det handler om livet mitt ...derfor må ikke livet gjøres om til en treningsprosess hvor sykdom og funksjonshemming gir innhold til alle ulike aktiviteter. Livet mitt er noe mer enn sykdom og funksjonssvekkelse. Livet er arbeid, fritid, familieliv – hverdag og fest – drømmer og visjoner.» (Gunnar Wahl)

12. Tiltaksplan

Mål	Tiltak	Ansvarlig	Tidsplan realisering			Kommentarer
			2018	2019	2020	
1.Fokus og bevissthet på rehabilitering	- Evaluere og oppdatere rehabiliteringsplan hvert 4. år	Kommunalsjef for helse og omsorg				Hvert 4. år, Planstrategi
	- Utarbeide kommunikasjonsstrategi bl.a.: - Presentere planen i de forskjellige avdelingene - Utarbeide markedsføringsmateriale - Oppdatere hjemmesiden til Trysil kommunen med info om rehabilitering	Arbeidsgruppe		x		
	- Årlig arrangement for å øke fokus og bevissthet på rehabilitering for ansatte i TK (rehabiliteringsdag)	Enhet for rehabilitering/KE		x	x	Årlig uke 43*
2.Tydelige roller og oppgaver i KE	- Profilerer KE som kontaktsted for individuell plan og koordinator	KE		x	x	kontinuerlig
	- Utarbeide rutiner for opplæring og veiledning av koordinatore	KE		x		Er i gang
	- Utarbeide håndbok for koordinatore	KE		x		Er i gang
3.Kompetanse-heving og utnyttelse av samlet kompetanse i Trysil kommune	- Videreutdanning i rehabilitering for fagarbeidere	Kommunalsjef for helse og omsorg		x	x	I samarbeid med Vgs 2årig med oppstart høst 2019
	- Årlig kursing av ansatte i aktuelle tema (rehabiliteringsdag)	KE/enhet for rehabilitering		x	x	Årlig uke 43
	- Øke ressurser i ergoterapi innen rehabilitering	Kommunalsjef for helse og omsorg			x	Trenger videre politisk behandling
	- Øke kompetanse i ernæringsfysiologi	Kommunalsjef for helse og omsorg			x	
	- Mulighet for hospitering i andre avdelinger i og utenfor kommunen	Enhets-/avdelingsledere		x	x	kontinuerlig
4. Bevisstgjøring og standardisering av rehabiliteringsprosessen	- Beskrivelse av rehabiliteringsprosessen	Arbeidsgruppe	x			I denne planen
	- Opplæring og implementering av standardiserte kartleggingsverktøy (IPLOS, COPM/Hva er viktig for deg?)	Arbeidsgruppe/KE/enhet for rehabilitering		x		Sammen med presentasjon av planen i de forskjellige avd.
5. Fokus og bevissthet på læring og mestring	- Utarbeide oversikt over lærings- og mestringstilbud/kompetanse i kommunen	Arbeidsgruppen/KE/enhet for rehabilitering		x		
	- Ansvarliggjøre og styrke kompetanse hos tjenesteytere innen læring og mestring	Arbeidsgruppe		x	x	Tema for rehab.dag, årlig uke 43
	- Utrede mulighet for utvikling av lavterskel frikslivstilbud blant allerede eksisterende tjenester	Arbeidsgruppe		x		
6. God informasjons-utveksling og samarbeid	- Utarbeide sjekklister for å sikre overganger (Gode pas.forløp)	Enhetsleder for hjemmetjenesten	x			Under innføring
	- Aktualisere overføringsrapport internt (Gode pas.forløp)	Enhetsleder for hjemmetjenesten	x			Ferdig
	- Arbeidsgruppen «gode pasientforløp» har fokus på oppfølging og bruk av utarbeidete sjekklister og overføringsrapporter.	Enhetsleder for hjemmetjenesten		x		

	- Avklaring av innhold og terminologi rundt det vi per i dag kaller ansvarsgruppe	Arbeidsgruppe		x		
	- Undersøke mulighet for å ta i bruk SamPro (elektronisk planverktøy)	Arbeidsgruppe		x		
	- Utrede mulighet for sikker el. informasjonsutvikling mellom alle tjenestene – både private og kommunale	Arbeidsgruppe		x		
7.Fokus på balansen mellom individet og rehabiliteringsprosessen	- Gjennomgang av kommunens etiske retningslinjer hos alle ansatte (spes. med tanke på formidling og bruk av velferdsteknologiske hjelpemidler)	KE/enhet for rehabilitering		x		Tema rehab.dag, årlig uke 43
	- Kontinuerlig informasjon fra prosjektet «hverdagsmestring ved hjelp av teknologi» til tjenesteutøvere og brukere/pårørende	Prosjektleder «Hverdagsmestring ved hjelp av teknologi»		x		Er allerede godt i gang
8.God ressursutnyttelse	- Se på samlet ressurser og kompetanse blant fysio- og ergoterapeuter (private og kommunale) og deres oppgavefordeling [∞]	Enhetsleder for rehabilitering		x		
	- [∞] Se dette i sammenheng med oppgaveoverføring fra 2. linjetjenesten til kommunen.	Enhetsleder for rehabilitering		x		
Annet	- Utrede plassbehov for lagring av hjelpemidler lokalt	Arbeidsgruppe/ enhetsleder for rehabilitering		x		

* **Uke 43** : ReHabuka har som mål å bidra til økt fokus, publisitet og erfaringsutveksling innen habilitering og rehabilitering. Den ble etablert i 2008 som ledd i den nasjonale strategien for habilitering og rehabilitering (2008-2011) og var tidfestet til uke 43. Helsedirektoratet oppfordrer til fortsatt å bruke ReHabuka til regionale og lokale aktiviteter og markeringer. Tidspunkt og vinkling av tema kan tilpasses lokale forhold.

Referanser:

Aglen B.S., Olufsen V, Espnes G-A (2018):

Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70809>

Barne- og likestillingsdepartementet (2009):

Regjeringens handlingsplan for universell utforming (2009-2013), Norge universelt utformet 2025

<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/planer/2009/norge-universelt-utformet-2025-web-endelig.pdf>

Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (2016): Regjeringens handlingsplan for universell utforming (2015-2019)

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b335313065f440f6bd7cc203a8e0ce2d/regjeringens-handlingsplan-for-universell-utforming-2015-2019-1.pdf>

Stenberg U. (2017): Å støtte og bli støttet – betydning av likepersoner <https://mestring.no/a-stotte-stottet-betydningen-likepersoner/>

Forebygging.no (2018): primærforebygging, sekundærforebygging

<http://www.forebygging.no/Ordbok/L-P/Primarforebygging/> <http://www.forebygging.no/Ordbok/Q-A/Sekundarforebygging/>

Helsedirektoratet (sist oppdatert 2018): Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Helsedirektoratet (2018): Om læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten,

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=om-lering-og-mestring-8105>

Helse- og omsorgsdepartementet (2012): Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, kap.2 §3 <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Helse- og omsorgsdepartementet (2016): Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptappingsplanrehabilitering.pdf>

Heskestad S., Korsvold L., Solsvik A., Tønnessen Ch. N. (2017), Kompetanseløft 2020,

Helsedirektoratet https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1349/IS-2560_Kompetansel%C3%B8ft%202020_Oppg%C3%A5ver%20og%20tiltak%20for%20budsjett%C3%A5ret%202017.pdf

Kjeken Ingvild (2003): ICF – rammeverk i rehabilitering, Ergoterapeuten 2/2003

Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (2008), Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet,

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/funk/konvensjon_web.pdf

KS, Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke (2016 -2019) <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/laringsnettverk/gode-pasientforlop-for-eldre-og-kronisk-syke/>

Kvistum I. (2017): Norske kommuner vil ikke ha mer hjelpemiddel-ansvar, handikapnytt.no

<https://www.handikapnytt.no/norske-kommuner-vil-ikke-ha-mer-hjelpemiddel-ansvar/>

Lingås, Lars Gunnar (2013): Etik i tverrfaglig arbeid med habilitering og rehabilitering

Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven) (16.juni 2017 nr. 51) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51>

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) (24.juni 2011 nr. 29)

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven) (27.juni 2008 nr. 71)

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>

Nav hjelpemiddelsentralen Hedmark, Trysil kommune (2018): Rammeavtale for samarbeidet mellom NAV hjelpemiddelsentralen Hedmark og Trysil kommune

Ness N. E., Laberg T., Haneborg M., Granbo R., Færevaa L., Butli H. (2012): Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering, Norsk ergoterapeutforbund, Norsk sykepleierforbund, Norsk fysioterapeutforbund

NORILCO (2018): Likepersontjenesten, <https://www.norilco.no/tilbud-til-deg/likepersontjenesten>

Norman T., Sandvin J.T., Thommesen H. (2013): Om rehabilitering

NOU 2001:22: Fra bruker til borger,

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1e18b045dd9346849813392b34c9cdc1/no/pdfa/nou200120010022000dddpdfa.pdf>

Pran Fanny (2007): ICF – et felles språk for funksjon, Fysioterapeuten 7/2007

St.meld. 40 (2002-2003): Nedbygging av funksjonshemmende barrierer, Arbeids- og sosialdepartement

St.meld. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen, Helse- og omsorgsdepartementet

St.meld. 19 (2014-2015): Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter, Helse- og omsorgsdepartementet

St.meld. 26 (2014-2015): Fremtiden primærhelsetjenesten – nærhet og helhet, Helse- og omsorgsdepartementet

St.meld. 14 (2014-2015): Kommunereformen, Kommunal- og moderniseringsdepartementet

St.meld. 15 (2017-2018): Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre, Helse- og omsorgsdepartementet

Sønstebø C. 2017: Å støtte og bli støttet – betydning av likepersoner, mestring.no

<https://mestring.no/a-stotte-stottet-betydningen-likepersoner/>

Trysil kommune: Etiske retningslinjer (2007)

<http://intranett.trysil.kommune.no/Sektor/stab/Personalreglementer/Etiske%20retningslinjer.pdf>

Trysil kommune: Folkehelseoversikt for Trysil kommune (2016)

<https://www.trysil.kommune.no/tema/helse-og-omsorg/Documents/Folkehelseoversikt%20for%20Trysil%20kommune%202016.pdf>

Trysil kommune: Kommunal planstrategi (2016-2019)

<http://einnsyn.sate.no/Trysil/RegistryEntry/ShowDocumentFromDmb?registryEntryId=313153&documentId=477387>

Trysil kommune: Velferdsteknologi <https://www.trysil.kommune.no/tema/helse-og-omsorg/velferdsteknologi/Sider/side.aspx>

Trysil kommune: Årsmelding 2017

<https://www.trysil.kommune.no/politikk/Documents/Trysil%20kommunes%20C3%A5rsmelding%202017.pdf>

WHO (2001): Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse

https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/493/ICF_fullversjon-%20IS-0354.pdf

Vedlegg 1:

Short Physical Performance Battery (SPPB)

SCORING SPPB:

1. Score statisk balanse

Hvis deltageren ikke har forsøkt eller mislykkes, kryds av hvorfor:

- ☐ Forsøkt, men ikke i stand til (0/2)
- ☐ Deltageren kunne ikke holde stillingen uten hjelp (0/2)
- ☐ Ikke forsøkt, tester følte det utrygge (0/2)
- ☐ Ikke forsøkt, deltager følte seg utrygge (0/2)
- ☐ Deltager tar ikke instruksjon (misling)
- ☐ Annet (spesifiser)
- ☐ Deltager nekter/misling

2. Score 4m gangtest

Hvis deltageren ikke har forsøkt eller mislykkes, kryds av hvorfor:

- ☐ Forsøkt, men ikke i stand til (0/2)
- ☐ Deltageren kunne ikke gå uten assistanse (0/2)
- ☐ Ikke forsøkt, tester følte det utrygge (0/2)
- ☐ Ikke forsøkt, deltager følte seg utrygge (0/2)
- ☐ Deltager tar ikke instruksjon (misling)
- ☐ Annet (spesifiser)
- ☐ Deltager nekter/misling

3. Score reise/sette seg x5

Hvis deltageren ikke har forsøkt eller mislykkes, kryds av hvorfor:

- ☐ Forsøkt, men ikke i stand til (0/2)
- ☐ Deltageren kunne ikke reise seg uten hjelp (0/2)
- ☐ Ikke forsøkt, tester følte det utrygge (0/2)
- ☐ Ikke forsøkt, deltager følte seg utrygge (0/2)
- ☐ Deltager tar ikke instruksjon (misling)
- ☐ Annet (spesifiser)
- ☐ Deltager nekter/misling

Tid:

Idrett:

Samlede
↓
Semi-
tandem
↓
Tandem

10 sek = 1 p
10 sek = 0 p

10 sek = 1 p
10 sek = 0 p

10 sek = 2 p
10 sek = 1 p
10 sek = 0 p

Sum poeng balanse:

Poeng ganghastighet (beste av to forsøk):

0 poeng
1 poeng
2 poeng
3 poeng
4 poeng

Poeng reise/sette seg x5:

TOTAL SCORE SPPB 1+2+3:

Registreringsark

1. Balansetest

1. Samlede linjer 10 sekunder

2. Semi-tandem 10 sekunder

3. Tandem 10 sekunder

Gå til gangtest

2. Gangtest

Ganghastighetstest ved test (kryss av):

- ☐ uten
- ☐ krykke/stokk (er)
- ☐ rollestol
- ☐ Annet (spesifiser)

Tid test 1: sek

Tid test 2: sek

3. Reise/ sette seg

Pre-test

1. stand til

5 repetisjoner

Avslutt

Ikke i stand til

Beholdelse: sek

Tid 5 repetisjoner uten anstend: sek

Tid:

Vedlegg 2:

Hva er viktig for deg?

Pasient ID:

Hva er viktig for deg?

Hvor vanskelig synes du det er å utføre aktiviteten nå?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Veldig Ingen
vanskelig vansker

1. samtale 2. samtale

Gjennomsnitt

Opplevd nytte

iv

Vedlegg 3:

Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

NOTATER OG BAKGRUNNSOPPLYSNINGER

Første vurdering:

Oppfølging:

© NKRR 2005

CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE MEASURE

NORSK VERSJON

Forfattere:
Mary Law, Sue Baptista, Anne Carwell,
Mary Ann McGill, Helene Potvin, Nancy Pollock

The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) er et individualisert vurderingsinstrument, utviklet av og for ergoterapeuter. COPM brukes for å dokumentere klientens selvopplevde forandring i aktivitetsutførelse over tid.

Oversett av Ingrid Kjeton, 1999, Diakonhjemmet sykehus, Oslo, 2001.

Navn:		Pasientnummer:	
Adresse:		Til nummer:	
Diagnose/problemstilling:		Innleggelsesdato:	
Informant (hvis ikke klienten selv):			
Dato for vurdering:	Planlagt dato for ny vurdering:	Dato for ny vurdering:	
Ergoterapeut:			
Institusjon/arbeidssted:			

© NKRR 2005

TRINN 1: IDENTIFISERE PROBLEMER MED AKTIVITETSUTFØRELSE

For å identifisere problemer med aktivitetsutførelse i klientens liv, spør om daglige aktiviteter som personlige daglige aktiviteter, produktivitet og fritid. De klienten forteller om daglige aktiviteter som fungerer gjerne utgjør, må gjøres eller forventes å gjøres med å oppnå ønsket resultat eller bare til å være gjennomført en vanlig dag. De spesifikke hendelser knyttet til disse aktivitetene som er vanskelige å utføre alle funksjonelle problemer det vil, neden ned disse aktivitetene under trin 1A, 1B eller 1C.

Trinn 1A: Personlige daglige aktiviteter

Personlig ånd
(f.eks. påkladding,
spise, personlig hygiene)

Mobilitet
(f.eks. forflytning
transport/mobilitet)

Fungere i samfunnet
(f.eks. transport,
reising, utreise)

Trinn 1B: Produktivitet

Læringsaktiviteter
(f.eks. skolearbeid,
en jobb, husholdningsarbeid)

Hvileaktiviteter
(f.eks. rengjøring,
reising)

Leksaktiviteter
(f.eks. lek, trening)

TRINN 2: VURDERE BETYDNING

Bev. vurderingsinstrument for
betydning, og de klienten angir
på en skala fra 1 til 10 hvor
viktig hver aktivitet er. De to
aktivitetene i utførelse under
1A, 1B eller 1C.

BETYDNING

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

BETYDNING:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

© NKRR 2005

Trinn 1C: Fritid

Folger fritids-
aktiviteter
(f.eks. hobbyer,
håndverk, reise)

Fysisk krevende
fritidsaktiviteter
(f.eks. sport,
fotball, tennis)

Sosiale aktiviteter
(f.eks. le med barna,
på på ferie, utvalg,
innvandrings)

BETYDNING:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

TRINN 3 OG 4: FØRST - FØRSTE VURDERING OG OPPFØLGING
Et ang med klienten om de fire viktigste problemene og noter deres verdier. Oppgi dem å foruke som aktivitetene
den klienten har å vurdere hvert enkelt problem med fortrinnsvis 10 utførelse og tilfredshet. Deres verdier skal
angis på en 10-punkts skala. Totalt angis på en 10-punkts skala for utførelse og tilfredshet for hver av de fire
problemene, og dette på en 10-punkts skala. Ved oppfølging sammen klienten igjen med problemene som fortrinnsvis 10
utførelse og tilfredshet. Deres nye poeng og beregningen.

Første vurdering:		Oppfølging:		
Problemer med å utføre aktiviteter	Utførelse 1	Tilfredshet 1	Utførelse 2	Tilfredshet 2
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
Totalscore:	Utførelse 1	Tilfredshet 1	Utførelse 2	Tilfredshet 2
Total =	Poeng 1	Poeng 1	Poeng 2	Poeng 2
Antall problemer =				
FORSKJELL I UTFØRELSE = Utførelse score 2 - Utførelse score 1				
FORSKJELL I TILFREDSHET = Tilfredshet score 2 - Tilfredshet score 1				

© NKRR 2005