

PLAN FOR HABILITERING OG REHABILITERING BOKN KOMMUNE 2020-2024

«Mange har eller vil få behov for rehabilitering i løpet av livet. Rehabilitering av god kvalitet kan være avgjørende for å sikre den enkeltes deltakelse i samfunnet. Det blir flere eldre og flere som lever med kronisk sykdom. Den medisinske utviklingen gjør at flere redde etter ulykker og store traumer. Flere lever i egen bolig og må mestre livet med funksjonsnedsettelse.»

-Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)



Innhold

1. Formål med planen
2. Hva er rehabilitering
 - 2.1 Habilitering
 - 2.2 Rehabilitering
3. Mål for rehabiliteringsarbeidet i Bokn kommune
4. Lovgrunnlaget og avtaler for kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering
 - 4.1 Lovgrunnlag
 - 4.2 Avtale med Helse Fonna
5. Rehabiliteringsarbeidet i Bokn kommune i dag
 - 5.1 Koordinerende enhet
 - 5.2 Fysio- og ergoterapeut
 - 5.3 Rehabilitering i institusjon
 - 5.4 Hverdagsrehabilitering
 - 5.5 Hjemmetjenesten sin rolle
 - 5.6 Samarbeid med andre kommuner
6. Tiltak for å bedre kvalitet på rehabilitering
 - 6.1 Individuell plan og koordinator
 - 6.2 Økning av ressurser
 - 6.3 Velferdsteknologi
 - 6.4 Formalisert samarbeid med brukere inne på sjukestova/oppstarts- og evalueringssamtaler med kontaktsykepleier
 - 6.5 Felles tankesett rundt rehabilitering
7. Kilder

1. Formål med planen

Formålet med planen er å sikre at Bokn kommune har faglig gode, lett tilgjengelige, koordinerte og rett dimensjonerte habiliterings- og rehabiliteringstilbud til sine innbyggere.

Avgrensing mot andre kommunale planer: Plan for habilitering og rehabilitering omhandler tjenester for brukere med funksjonsnedsettelse på grunn av fysisk sykdom (også når denne er kombinert med andre sykdommer/tilstander) uavhengig av alder, diagnose og bosted. Planen omhandler ikke rehabilitering av rusmiddelavhengighet, psykiske helseplager eller oppfølging av demenslidelser.

2. Hva er habilitering og rehabilitering?

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

2.1 Habilitering

Brukere og pasienter med behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelser. Brukerne innen habilitering trenger bistand til å oppøve nye funksjoner og ferdigheter som de utgangspunktet ikke har hatt. Det er også behov for vedlikehold av innlærte funksjoner og ferdigheter. Tiltakene som iverksettes har som mål å utvikle funksjons- og mestringsevnen for å nå størst mulig grad av selvstendighet. Tidlig innsats og forebyggende tiltak for å bevare eksisterende funksjoner og bremse utvikling av funksjonstap er viktig. Barn og unge med habiliteringsbehov har ulike medisinske tilstander eller kroniske sykdommer. Felles er at tilstanden påvirker funksjonsnivået og læringsevnen. Dette berører ofte samspillet i familie og nettverk og det er behov for tjenester som støttekontakt og avlastning, samt veiledning. Det er viktig å få avklart tilstand/diagnose tidlig, og sette inn relevante tiltak for den enkelte og familien. Voksne med behov for habilitering har medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelser med konsekvenser for fungering på mange livsområder. Mange har behov for tilrettelegging av bosituasjon, arbeidsdeltakelse, aktiviteter og ivaretagelse av familie og nettverk.

2.2 Rehabilitering

Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander ervervet senere i livet. Rehabilitering er prosesser som foregår mellom brukere, pårørende og tjenesteytere på ulike arenaer. Eksempelvis i hjemmet, på institusjon, hos fysioterapeut, på skole eller jobb. Rehabiliteringen kan foregå individuelt og/eller i grupper. Målet med disse prosessene er å gjenvinne funksjoner som har gått tapt på grunn av sykdom eller skade. Med rehabilitering menes det at man jobber med tverrfaglig innsats mot et eller flere felles mål, basert på den enkeltes mål, ønsker og forutsetninger. Dette gjelder for brukere eller personer som har eller

står i fare for å bli begrenset på grunn av sykdom eller skade. Hensikten er at disse skal få muligheten til å oppnå best mulig funksjons – og mestringsevne, samt kunne delta i samfunnet forøvrig gjennom utdanning, arbeidsliv og sosial deltakelse. Mange vil trenge opptrening og behandling, for eksempel etter kirurgiske inngrep eller funksjonsfall av andre grunner.

Når en person kun trenger bistand fra én tjeneste/yrkesgruppe er det ikke rehabilitering.

Definisjonen vektlegger at habilitering og rehabilitering er en tidsavgrenset prosess. Det innebærer at brukere som lever med kronisk sykdom, opplever at den ikke passer for dem. De trenger målrettet innsats fra helse- og omsorgstjenesten for å bevare, optimalisere og bedre funksjon over tid, i tillegg til mer intensiv innsats i perioder. For dem vil ofte forebygging, behandling og rehabilitering gli over i hverandre. Dette gjelder f.eks. brukere med kronisk nevrologisk sykdom og revmatisk sykdom.

3.Mål for rehabiliteringsarbeidet i Bokn kommune

Hovedmål:

- Sikre bistand til å bevare og oppøve nye funksjoner og ferdigheter for å oppnå så god funksjon og livskvalitet som mulig for brukere med medfødte eller tidlig ervervede skader og funksjonsnedsettelse. Sikre god rehabilitering etter funksjonsfall, slik at innbyggere i Bokn kommune får tatt ut mest mulig av sitt rehabiliteringspotensial, begge deler uavhengig av bosted.

Delmål:

- Pasienter/brukere får bo hjemme så lenge som mulig, opplever mestring i hverdagen og har god livskvalitet.
- Tilbudet er individuelt tilpasset den enkelte, som har god medvirkning i sitt forløp.
- Habilitering og rehabilitering og informasjon om dette skal være lett tilgjengelig og godt koordinert til beste for brukeren.

4. Lovgrunnlaget og avtaler for kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering

4.1 Lovgrunnlag

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator utdyper kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering i § 5.

«Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud.

Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, jf. § 1 og § 3.

Re-/habiliteringstilbudet skal gis uavhengig av pasientens og brukerens boform.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ved behov samarbeide med andre etater.»

Kommunens overordnede ansvar følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 som pålegger kommunene å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ansvarer omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Ansvarer speiler retten til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 konkretiserer tjenester som kommunene blant annet skal ha for å oppfylle sitt ansvar. «Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering» er nedfelt i § 3-2, pkt 5. Lovformuleringen dekker alle former for habilitering og rehabilitering.

4.2 Avtale med Helse Fonna:

Både kommune og spesialisthelsetjeneste har ansvar å sørge for at pasienter og brukere får nødvendig habilitering og rehabilitering. Behovet for spesialisert kompetanse er avgjørende for hvor rehabiliteringen skal foregå. Godt samarbeid på tvers av tjenestenivå er en forutsetning for et godt rehabiliteringstilbud. Kommunen er i henhold til lov om helse og omsorgstjenester forpliktet til å inngå samarbeidsavtaler med aktuelt helseforetak. Bogn kommune har inngått samarbeidsavtaler med Helse Fonna. Tjenesteavtale to omhandler samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud. Denne avtalen skal sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

5. Habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet i Bokn kommune i dag.

5.1 Koordinerende enhet:

Bokn kommune har ikke bestillerkontor. De som har behov for en tjeneste, kan henvende seg direkte til den tjenesten de trenger. Informasjon finnes på nettsidene til Bokn kommune eller ved å ta kontakt med servicetorget som kan sette bruker i kontakt med rette instans. Liten organisasjon gjør det enkelt å få kontakt med rett tjeneste.

Koordinerende enhet/KE har ansvar for vurdering og saksbehandling av saker som gjelder helhetlig rehabilitering, herunder søknad om individuell plan/IP. KE skal da sørge for at brukere får et helhetlig tilbud og kontakt med de aktuelle tilbud bruker har behov for i en rehabiliteringsprosess. KE skal holde oversikt over kontaktpersoner (personlige koordinatorene) og eksisterende IPer og kvalitetssikre arbeidet med disse. KE skal videre medvirke til opplæring og veiledning av personlige koordinatorene, bidra til tverrfaglig og tverretattlig samarbeid samt samarbeid med helseforetaket og holde oversikt over rehabiliteringstilbudet i kommunen. Koordinerende enhet er organisert som en tverrfaglig gruppe som består av psykisk helsetjeneste, tjeneste for støttekontakt/avlastning og kommunal bolig, fysioterapeut, helsesykepleier, enhetsleder helse og vernepleier/leder botiltak? Enheten har møter annenhver uke hvor brukere/saker som krever innsats fra ulike enheter kan diskuteres. Andre tjenester som lege mm. kan kalles inn ved behov.

5.2 Fysio- og ergoterapitjeneste

Bokn kommune økte våren 2019 fysioterapistillingen fra 20% til 50%, fysioterapeuten har gått i totalt 75% stilling hvor resten av stillingen er finansiert med tilskuddsmidler fra fylkesmannen. Fra januar 2021 har kommunen en fast 75% kommunal fysioterapistilling. Det er våren 2020 ansatt en ergoterapeut i 10% stilling, denne stillingen økes til 20% fra januar 2021. Ergoterapeut ble en lovpålagt tjeneste fra 01.01.2020.

Den kommunale fysioterapeuten jobber hovedsakelig med barn mellom 0- 16 år (poliklinisk virksomhet, hjemmebesøk, barnehage, skole og helsestasjon) og eldre fra 67 år og oppover (sykehjem, hjemmebesøk).

Fysioterapeutens roller er variert da det er mange områder som skal dekkes. Forebyggende virksomhet som veiledning og tilrettelegging for motorisk utvikling i barnehage, skole og bolig og fallforebygging i egne hjem og sykehjem er oppgaver fysioterapeuten har, likeledes rehabiliteringsoppgaver. Pasienter blir henvist fra sykehjemmet, hjemmetjenesten, fastlege og spesialisthelsetjeneste etter funksjonsfall eller skader hvor det er behov for rehabilitering. Rehabilitering skjer der pasienten/brukeren oppholder seg, i hjemmet eller på sykehjemmet og det jobbes etter mål satt i samarbeid mellom bruker, pårørende og fysioterapeut. Pårørende er ofte en god ressurs, både i støtte og motivasjon for bruker, men og for å kartlegge brukers omgivelser. Fysioterapeut kan samarbeide med en eller flere av fastlege, helsesykepleier, psykisk helsetjeneste, sykepleier og helsefagarbeider for å danne seg et helhetlig bilde av brukers sin situasjon og behov, og samarbeider om tiltak. Rehabilitering kan bestå av både å gjenvinne funksjon og kompensasjon for manglende funksjon, enten gjennom å trene på kompenserende teknikker og andre måter å utføre aktiviteter på eller gjennom å kompensere med hjelpemidler. At bruker føler mestring, er viktig.

Ergoterapi skal bidra til deltakelse og inkludering, ved å se på samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser. Ergoterapeuter legger stor vekt på hva som er viktig for den enkelte, og hvordan man ønsker å delta på ulike arenaer. Ergoterapeuten kan jobbe med alle aldersgrupper, og arbeidet utføres gjennom trening og tilrettelegging av omgivelser. For å oppnå ønsket resultat er ergoterapeuter opptatt av tverrfaglig samarbeid, slik at hele mennesket blir sett.

Ergoterapeut ble ansatt i 10 % våren 2020, og er fra 01.01.21 økt opp til 20 % (+10 % som er kjøpt av Kvitsøy kommune). Kommunal ergoterapeut jobber for tiden mest med hverdagsrehabilitering, men kan også bistå i rehabilitering på institusjon, hjelpemiddelformidling og habilitering av barn (finmotorikk/ADL observasjon + kognitive hjelpemiddel).

5.3 Rehabilitering i institusjon:

Pasienter som er utskrivningsklare fra sykehus, men ikke er friske nok til å komme hjem enda skrives ut til Sjukestova og får vedtak på et korttidsopphold. Henvendelse til fysio- og ergoterapitjenesten om behov for fysioterapi/ergoterapi og opptrening kommer enten fra sykehuset selv eller fra Sjukestova om de ser behov. Fysioterapeut utarbeider mål for oppholdet sammen med pasient og med innspill fra personalet ved sykehjemmet. Oppholdet ved sykehjemmet er tidsavgrenset. Pasient trener sammen med fysioterapeut og det legges opp til at personalet ved sykehjemmet også følger opp tiltak om trening og aktivitet flere ganger i uken ilt oppholdet. Ergoterapeut kan bidra med ADL observasjon, samt ADL trening. Ved behov kan fysioterapeut eller ergoterapeut gjennomføre et hjemmebesøk ved utreise og veilede i enkle tilpassinger og søke om hjelpemidler for å tilrettelegge hjemmet. Videre opptrening og veiledning i egentrening kan fortsette i hjemmet i en avgrenset periode for å sikre at pasienten øker nok i funksjon til å nå sine mål og kunne bo trygt og være aktiv hjemme. Hverdagsrehabilitering kan også bli vurdert som hensiktsmessig. Ergoterapeut kan tilby håndtrening og kognitiv rehabilitering ved behov.

5.4 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er rehabilitering og forebygging mens brukeren bor i eget hjem. Hverdagsrehabilitering starter med spørsmålet: hva er viktig i livet ditt nå? For svært mange handler det om å mestre hverdagslivets utfordringer. Det er fokus på at brukeren skal mestre sine daglige gjøremål i hjem og nærmiljø for å opprettholde/bedre livskvalitet. Målstyrt, tidsavgrenset og tverrfaglig rehabilitering gir personen mulighet til deltagelse. Hverdagsrehabilitering inkluderer kombinasjon av trening, teknologiske løsninger/hjelpemidler, endring av omgivelser og samarbeid med pårørende og andre aktuelle parter. Bruker blir tilbudt hverdagsrehabilitering i stedet for, eller i tillegg til, hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand. Tilbudet er uavhengig av diagnose og har som formål å forhindre et begynnende funksjonsfall eller trene opp bruker etter et funksjonsfall.

Tilbudet koordineres av et team bestående av sykepleier med videreutdanning i rehabilitering, ergoterapeut og fysioterapeut. Teamet gjennomfører kartlegging og setter opp mål sammen med brukeren. Trening gjennomføres 3-4 ganger i uken i 6 uker med sluttevaluering gjennomført av teamet. Treningen følges opp av fysioterapeut, ergoterapeut og hjemmetjenesten. Bruker må ikke ha hjemmetjeneste for å motta tilbudet. Per nå planlegges det med 1-2 brukere om gangen.

Målgruppen er hjemmeboende med begynnende funksjonsfall som er motivert for egeninnsats for å øke funksjonsnivået.

5.5 Hjemmetjenesten sin rolle

Hjemmetjenesten samarbeider med fysioterapeut om å følge opp trening hos hjemmeboende pasienter for å nå mål som pasient har utarbeidet sammen med

fysioterapeut og evt. andre instanser. Pasientene får et tidsavgrenset vedtak på trening slik at de til sammen får trening og oppfølging flere ganger i uken. Det er også aktuelt å involvere pårørende som støtter og oppmuntrer til aktivitet og trening. Hjemmetjenesten deltar også som «hjemmetrenere» i hverdagsrehabilitering og følger opp bruker med trening flere ganger i uken som en del av eller i tillegg til øvrige besøk.

5.6 Samarbeid med andre kommuner

Bokn kommune kjøper logopedtjenester av Karmøy kommune. Bokn kommune deltar også i et nettverk for friskliv og mestring som kan være aktuelt for brukere å delta i etter endt rehabilitering. Man har tidligere sendt barn med behov for oppfølging fra fysioterapeut til privatpraktiserende fysioterapeut i Haugesund kommune, men etter kommunal fysioterapeutstilling ble økt opp får nå barn og unge oppfølging lokalt.

6. Tiltak for å bedre kvalitet på rehabilitering

6.1 Individuell plan og koordinator

Koordinerende eining vil arbeide med å enda mer synliggjøre for mottakere av tjenester at de har rett på individuell plan og koordinator. Koordinerende eining vil også arbeide med å få på plass opplæring av koordinatorene for å sikre et godt tilbud.

6.2 Økning av ressurser:

Det ønskes også midler til egne fysioterapilokaler med mulighet for mer spesialisert oppfølging og trening både i gruppe og individuelt.

Det ønskes også å øke ergoterapistillingen fra 10% til 50% slik at 1 dag i uken kan brukes til hverdagsrehabilitering og de resterende prosentene kan brukes til håndtrening, trening i ADL aktiviteter og lignende for brukere som mottar rehabilitering etter eks. slag og andre kompliserte skader og sykdommer slik at tilbudet blir enda mer tverrfaglig og brukere får dermed økt bredden i tilbudet og økt sjansen for best mulig resultat.

Dersom man ser gode resultater av hverdagsrehabilitering og ønsker å øke antall deltakere må hjemmetjenesten i tillegg styrkes.

6.3 Velferdsteknologi

Velferdsteknologi kan gi mennesker bedre mulighet til å mestre eget liv og helse, og bidra til at flere kan føle seg trygge og få økt aktivitetsnivå. Velferdsteknologi er et viktig virkemiddel i en rehabiliteringsprosess fordi ulike teknologiske løsninger kan gi brukeren bedre mulighet til å mestre funksjonsnedsettelse og bli mer selvhjulpne. I tillegg kan velferdsteknologi fungere som støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon, jf. Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg. Bokn kommune har enda ikke tatt i bruk annet enn trygghetsalarm, men har som mål å lære mer om mulighetene og ta de i bruk de neste årene. Det skal 2020/2021 igangsettes en kommunal tverrfaglig gruppe som skal jobbe med velferdsteknologi, kommunen deltar også i en prosjektgruppe i regi av Haugaland Vekst (Helse og omsorgsplan). Her kan ergoterapeut brukes som ressurs i prosjektgruppa som skal jobbe med å ta i bruk velferdsteknologi.

6.4 Formalisert samarbeid med brukere inne på sjukestova/oppstarts- og evalueringssamtaler med kontaktsykepleier

Pga små forhold er det lett å samarbeide mellom fysioterapeut og sykehjem når det er snakk om å koordinere aktivitet, se behov og mål for pasienter som kommer inn på et rehabiliteringsopphold/korttidsopphold. Det kan likevel tidvis være utfordrende å sammen

jobbe om rehabilitering slik at veiledning i aktivitet og gjennomføring av trening utenom fysioterapi gjerne blir nedprioritert eller ikke kommunisert videre i personalgruppa på sykehjemmet. Derfor foreslås det en oppstarts samtale med sykepleier og fysioterapeut sammen med pasient for å sette mål og kun sykepleier og fysioterapeut etterpå for å sikre hvordan dette kan gjennomføres praktisk. En evalueringssamtale når oppholdet nærmer seg slutten kan gi et tydeligere bilde av om vi har oppnådd målene sammen med pasienten og tydeliggjøre pasientens egen rolle i videre rehabilitering i hjemmet samt kartlegge hva som trengs av hjelp og støtte fra kommunen videre for at pasienten skal klare seg i eget hjem.

6.5 Felles tankesett rundt rehabilitering

Team for hverdagsrehabilitering vil ha ekstra ansvar for å løfte fokus fra å hjelpe brukere til å støtte og veilede de til å klare oppgaver i hverdagen selv. Med flere eldre innbyggere med helseutfordringer som en del av utfordringsbildet vi vil se i fremtiden må vi jobbe mot å øke funksjonen etter funksjonsfall eller sykdom og skade i stedet for å fortsatt hjelpe dem med oppgaver de er i stand til å klare selv etter opptrening. Dette for både å bruke de ressursene vi har fornuftig, men også for å oppnå god livskvalitet for dem vi hjelper. Brukere som mottar hverdagsrehabilitering vil oppleve at helsepersonell har spesielt fokus på dette, men hverdagsrehabiliteringsteamet har som mål at dette skal prege tankesett og arbeid i hele helsetjenesten, både inne på sjukestova, i hjemmetjenesten og i ergo- og fysioterapi.

7. Kilder

Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)

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

Nasjonal veileder for Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator

(<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>)

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/habilitering-og-rehabilitering-i-kommunene/kommunens-ansvar-for-sosial-psykososial-og-medisinsk-habilitering-og-rehabilitering>

Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator

(<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>)

Pasient- og brukerrettighetsloven (<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>)

Helse- og omsorgstjenesteloven (<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>)

Tenesteavtale 2 mellom Bokn kommune og Helse Fonna