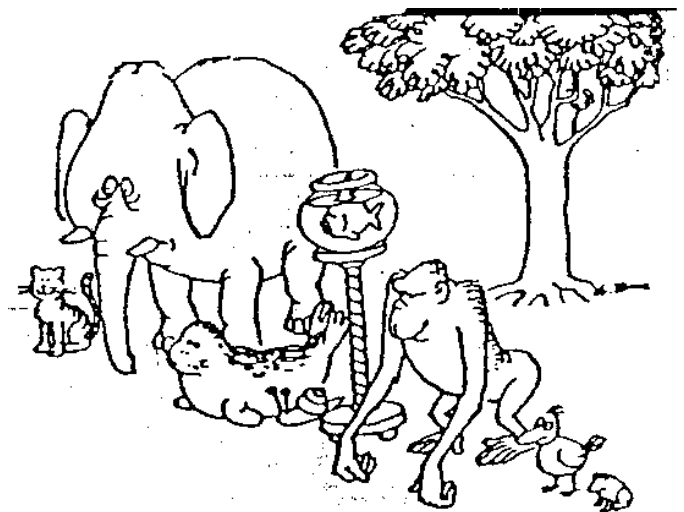


PLAN FOR HABILITERING OG REHABILITERING

Norddal kommune

2001 - 2006



Forord

Vi har lenge hatt tenester retta mot rehabilitering og habilitering i kommunen. Vi manglar likevel eit fullgodt tilbod til dei som treng denne tenesta, der ein har gjennomført kvalitet og god koordinering.

Stikkord som ansvar, organisering, samarbeid, kompetanse, brukermedvirkning og livsløp er sentrale.

Innafor dette må vi sjå på helsetenesta si rolle, yrkesretta attføring, trygdeetaten si rolle og ikkje minst det ytre miljø vi i Norddal kan tilby.

Underskot på tid og ressurser kan føre til at det innan pleie- og omsorgstenesta vert "laga" pleiepasienter. Vi må ha auka kompetanse og styrke bemanninga for å unngå at dette får halde fram.

Planen tek sikte på å gje ein moglegheit for nettopp dette. Dei som jobber med tenestene til dagleg treng fagleg oppfølging.

Det er brukarane sine behov vi skal møte. Saman med dei skal vi finne løysningar som kan gje dei ei best mogleg opptrening og eit liv i verdigheit.

Habiliteringsarbeidet for born er i dag bra organisert og etablert innafor helsetenestene, skule, barnehage etc. Ein tek sikte på at dett held fram gjennom dei prosedyrene som nyttast i dag. Det er difor ikkje laga ein eigen del om dette.

Grappa som har arbeidet med planen har søkt litteratur frå stat og kommune for å finne fram til ein plan for forholda tilpassa Norddal kommune. Ein har hatt arbeidsmøter innan grappa og vidare møte med kommunelege, boleiar ved Elvetun, Valldal sjukeheim, aktivitør, helsesyster og verksemdsleiar for pleie og omsorg.

Arbeidsgrappa har bestått av:

Kommunefysioterapeut:	Bodil Nikoline Svinø
Avdelingssjukepleiar:	Trine Bjørstad Hauge
Vernepleiar:	Margrete Lilleås Midthjell
Psykiatrisk sjukepl:	Yngvild Elise Breivik

Valldal, 10.05.2001.

Innholdsliste

1 Innleiing

- 1.1 Lovgrunnlag
- 1.2 Grunngeving
- 1.3 Definisjon

2 Målsetting

- 2.1. Hovudmål
- 2.2. Delmål
- 2.3. Målgruppe
- 2.4. Grupper med spesielle behov

3 Personell – samarbeid og kompetanse

- 3.1 Personell som arbeider med habilitering/ rehabilitering i kommunen i dag
- 3.2 Samarbeidspartar
- 3.3 Behov for auking av personell
- 3.4 Områder der det er behov for auka kompetanse/ fagleg veiledning.

4 Organisering

- 4.1 Kommunale planer og arbeidsmetodar i dag
- 4.2 Samordning
- 4.3 Habilitering/ rehabiliteringsteam
- 4.4 Koordinator
- 4.5 Ansvarsgruppe
- 4.6 Individuelle planer
- 4.7 Teieplikt

5 Tiltaksdel

- 5.1 Nødvendig organisering
- 5.2 Kompetanseoppbygging

6 Resultatplan

1. Innleiing

1.1. Lovgrunnlag.

Lov om helsetenestene i kommunen, 19.11.82 nr. 66, §3, medisinsk habilitering og rehabilitering.

I lova er medisinsk rehabilitering og habilitering ei likeverdig og sjølvstendig oppgåve. Ho er ikkje plassert under pleie og omsorg, men som ein eigen teneste.

Lov om pasientrettigheter, 02.07.99.nr. 63 kap.2 og 3. Spesielt retta mot §2.5, rett til individuell plan: "Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern."

1.2. Grunngeving.

Gruppa ser på ein rehabiliteringsplan som eit hjelpemiddel, der rehabiliteringa blir målstyrt innanfor ei heilskapsramme. Brukaren er sjølv med på å styre prosessen. Ein søker å unngå tilfeldig og feil bruk av ressursar.

Ein plan løyser ikkje problem, men kan vere med på å synleggjere ansvarsområde, utnytte ressursane best mogleg, samt søkje å auke forståing og kompetanse for rehabilitering.

Med dagens stramme kommune økonomi, ser ein det som viktig å synleggjere behovet for rehabilitering. Habilitering og rehabilitering er ein prosess som tek tid. Det er naudsynt å skape forståing for at dette arbeidet må praktiserast på eigne premisser. Berre på denne måten kan rehabilitering bli samfunnsøkonomisk lønnsamt, og til mest nytte for den det gjeld.

Ein rehabiliteringsplan krev brei kompetanse, dvs. samarbeid på tvers av fag og etatar. Målsetjinga for eit tverrfagleg samarbeid er å sikre at kvar einskild sak blir skikkeleg gjennomgått. Dette for å unngå at ein i neste omgang ikkje har gitt dei naudsynte tenestene. Ein vil sikre at alle forhold og at tiltak blir sett i samanheng.

1.3. Definisjonar

Med medisinsk rehabilitering forstås vi:

"Arbeid med å bistå mennesker som på grunn av sykdom, skade eller medfødt lyte har midlertidige eller varige funksjonsnedsettelse, til å gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevne / mestringsevne. og / eller med å legge til rette forholdene i miljøet rundt mennesket med sikte på størst mulig grad av sjølvstendighet og livskvalitet på egne premisser."

(Velferdsmeldingen, side 106, kap 4.5)

Livskvalitet:

Livskvalitet er eit subjektivt omgrep som definerer korleis ein person opplever og erfarer korleis han eller ho har det når det gjeld velvære, lykke, tilknytning, helse, sjølvkjensle, eigenaktivitet o.a.

Funksjonshemming:

"Funksjonshemma er den som på grunn av sjukdom, skade eller lyte, eller på grunn av avvik av sosial art, er vesentleg hemma i sin praktiske livsførsel i høve til det samfunnet som omgir personen. Dette kan vere utdanning, yrkesval og yrke, fysisk og kulturell aktivitet" .
(St.meld.nr. 23, (1977-78).

1.4. Kommunehelsetenesta si oppgåve innan medisinsk rehabilitering og habilitering.

- Identifisere og følgje opp personar med skade eller lyte som kan føre til funksjonshemming.
- Peike på tiltak både miljømessig og teknisk som tek sikte på å førebygge problem og gjere livssituasjonen til den funksjonshemma best mogleg.
- Koordinere tiltaka og sørgje for framdrift og flyt i den medisinske rehabiliteringsprosessen

2. Målsetting

” Fortel, og eg kjem til å gløyma”.

”Vis meg, og det kan hende eg ikkje husker”.

”La meg få delta, og eg kjem til å forstå”.

Indiansk ordspråk.

2.1. Hovudmål

Eit liv i verdigheit.

2.2.Delmål

- Brukaren skal gjenvinne verdigheit.
- Habilitering / rehabilitering skal starte så tidleg som mogleg.
- Brukaren skal stå i sentrum og ha eit medansvar for si eiga rehabilitering.
- Habilitering / rehabiliteringsprosessen er individuell
- Fokus på ressursane brukaren har.
- Deltaking i samfunnslivet og/eller betre styring over eigen kvardag
- Utgangspunktet skal vere funksjonsvurdering og ikkje medisinsk diagnose.
- Habilitering / rehabilitering er ein prosess av planmessige og samansette tiltak som krev tverrfagleg samarbeid.

2.3. Målgruppe

Habilitering og rehabilitering skal vere eit tilbod til alle i kommuna som har behov for denne tenesta uansett alder og type funksjonshemming.

Kvar enkelt sitt behov for tiltak må kartleggjast ut frå fysiske, psykiske, sosiale og åndelege aspekt. (Brukaren sine eigne ynskje og behov står i sentrum for vurderinga.)

Dei som kan ha behov for rehabilitering kan delast inn i 5 grupper:

- Brukarar som har hatt eit brått fall i funksjonsevne, med medisinsk moglegheit til å gjenvinne tilnærma full funksjon.
- Brukarar som har hatt eit brått fall i funksjonsevne der det ikkje er mogleg å gjenvinne full funksjon.
- Brukarar som har hatt eit gradvis fall i funksjonsevne utan nokon klar medisinsk årsak.
- Brukarar med kroniske, progredierande sjukdomar.
- Brukarar med medfødd sjukdom, skade eller lyte.

Habilitering- og rehabiliteringsprosessen kan vere omfattande, men den treng ikkje å vere det. Funksjonshemminga kan både vere mellombels eller varig. Graden av funksjonshemming vil såleis vere avgjerande for kva type tiltak som vert iverksett, kor mykje og kor lenge.

2.4. Grupper med spesielle behov.

I og med det auka ansvaret kommunane har for det totale helsetilbodet, vil det vere fleire grupper brukarar eller pasientar som har spesielle behov. Grupper som tidlegare var under behandling og rehabilitering i 2.linjetjenesten, skal no få dette tilbodet i kommunane.

For at dette skal bli eit bra og aller helst betre tilbod for kvar einskild brukar, krevst det ein god del av kommuna:

- Auka kunnskap, dvs styrking av spesialisert kunnskap hos grupper i hjelpeapparatet som har fått nye oppgåver, og eventuelt også tilgang på nye faggrupper
- Omplassing av ressursar
- Tilgang på nye ressursar

3. Personell – samarbeid og kompetanse.

3.1. Personell som arbeider med medisinsk rehabilitering i kommunen i dag.

Lege, sjukepleiar og fysioterapeut er basisteam for å følgje lov om kommunale helsetenester. For å gje eit heilskapleg medisinsk rehabilitering er det vidare behov for andre faggrupper. Av dei yrkesgrupper som finnes i kommunen, og som er aktuell i samband med habilitering / rehabilitering kan ein nemne:

- kommunelege
- helsesystem
- fysioterapeut
- off. godkjende sjukepleiar
- psykiatrisk sjukepleiar
- vernepleiar
- hjelpepleiar
- aktivitør
- spesialpedagog - logoped
- ansvarleg for barnevern
- lærar
- omsorgsarbeidar
- assistent
- støttekontakt

3.2. Samarbeidspartar

Ein må innan habilitering/ rehabilitering ha eit samarbeid med tenester interkommunalt, på fylkesplan, regionalt og nasjonalt.

På fylkesplan finnes m.a:

- Slageininga ved SMR
- Fysikalsk medisinsk avdeling og rehabilitering ved SMR
- Rehabiliteringsteam ved ulike avdelingar ved SMR (t.d. lungeskule)
- Vaksenhabiliteringa – team i Ålesund og Molde ved avdeling i Vestnes
- Barnehabiliteringa i Ålesund
- Barnehabiliteringsteam ved barneavdelinga ved SMR
- Nevrohjemmet i Ålesund
- Mork rehabiliteringssenter i Volda
- Sjøholt psykiatriske senter
- Opptreningscenter; Muritunet behandlings- og opptreningscenter og Aure opptreningscenter
- Hjelpemiddelsentralen Ålesund (underlagt Fylkestrygdekontoret)
- Trygdekontoret
- Arbeidskontoret

Regionalt finnes m.a:

- Ulike rehabiliteringsteam v/Regionsjukehuset i Trondheim
- Kompetansesenter for døve og blinde (Vikhov, Tambartun)
- Munkvoll rehabiliteringssenter –RiT
- Regional sikkerhetsavdeling og kompetansesenter Brøset, Trondheim.

Nasjonalt finnes m.a:

- Attføringscenteret i Rauland a/s
- Valnesfjord Helsesportsenter
- Beitostølen Helsesportsenter
- Hernes institutt – fys./med. rehab. og yrkesattføring
- Glittreklinikken – lungesykehus (LHL)
- Granheim lungesenter (LHL)
- Feiringklinikken – hjerteklinikk (LHL)
- Krokeide yrkesskole – yrkesmessig attføring (LHL)
- Sunnaas sjukehus
- Kompetansesentra for smågrupper med spesielle funksjonshemmingar (Sunnaas, Frambu, Voksentoppen, Berg Gård)
- Smågruppesenteret v/Rikshospitalet
- PETØ- senteret, Norsk forening for konduktiv pedagogikk – for barn med MS (Stange i Hedmark)
- Modum bad nervesanatorium

Ved overføring av brukarar til kommunen er det viktig med god informasjon. Medisinsk rehab. personale frå kommunen må kunne reise til rehab. avd. for å sette seg inn i arbeidet som er gjort og diskutere vidare planer.

Kommunale sektorer utanfor helsetenestene:

Habilitering/ rehabilitering vil trenge et godt samarbeid med andre etatar:

- teknisk etat
- skule
- kultur
- barnehage
- bibliotek
- sosialkontor
- PP-tenesta i Norddal, hovudkontor i Stranda
- eldrerådet
- ASVO

Frivillige lag og organisasjonar:

Desse kan utgjere ei viktig del av eit samordna tilbod til den enkelte innbyggjar

både til økt trivsel, velvære og helse. Vi har behov for å ta vare på dei, bruke dei og gje dei råd, støtte og veiledning

- Lokallag av NFU
- Helselaga – Helsebading på Muritunet
- Raude kross
- 4H
- Ungdomslag og klubbar
- Søndagskuler og barneforeningar
- Skyttarlaga
- Idrettslaga
- Fotballklubb
- Pensjonistlaga – ”Sparserstokken”
- Bondekvinnelaga
- Songlag
- Hornmusikklaga
- Norddal husflidslag
- Norddal kunstlag
- Pasientvener

3.3. Behov for auking av personell.

Norddal kommune har pr. i dag ei 0,5 stilling som fysioterapeut som skal dekke dei lovpålagte oppgåvene innan kommunehelsetenesta.

Innafor avdelingane for pleie og omsorg er det lagt lita vekt på opplæring i rehabilitering innan personalet. Ein har ikkje kunnskap eller personal nok til å dekke behovet.

Ein ønskjer samhandling, god kvalitet og gje effektiv hjelp.

For å få til dette bør ein person ha det daglege ansvaret som koordinator og ein må få auka kompetanse generelt.

Dersom planen skal ha ein reell verdi må ein i fyrste rekke sette inn meir spisskompetanse.

Dette kan gjerast ved å:

1. *Utvide stillinga til fysioterapi til heil stilling.*

og

2. *Opprette ein heil stilling som ergoterapeut.*

Ein av dei bør ha det koordinerande ansvaret for tenestene. Dette fell naturleg inn under deira arbeidsoppgåver.

Ein bør ikkje låse arbeidet med koordinering *fast* til ein bestemt yrkesgruppe, då det er særskilt viktig med personlege eigenskaper og med relevant fagleg utdanning.

3.4. Områder der det er behov for auka kompetanse/fagleg veiledning:

Rehabilitering handler om å gjenvinne verdigheit for ein brukar. Ein skal kunne meistre oppgåver i kvardagen på ein ny måte. Ein person som er inne i en rehabiliteringsfase skal vere med og sette opp eigne mål og bli i stand til å planleggje eiga framtid. Helsearbeidaren får her ei anna oppgåve enn ved behandling.

1. Ein søker auka forståing for kva habilitering/ rehabilitering inneheld
2. Alle som arbeider med habilitering/ rehabilitering må ha ein høg kvalitet på det arbeidet dei utfører. Dette inneber m.a. ein bevisstgjeriing i forhold til etikk og eins eigne haldningar - først da kan dei gje eit betre tilbod til kvar enkelt bruker.

Auka kompetanse kan skje gjennom interne og eksterne kurs, etter- og vidareutdanning, hospitering og veiledning av eksisterande personell i kommunen. Internundervisning/kursing er effektiv på den måten at fleire får den same kunnskapen, og fleire kan starte på samme ståstad og med felles haldningar. Både interne og eksterne forelesarar kan nyttast. J.fr. "Plan for etter- og vidareutdanning for helse og omsorg 2001 – 2003".

Planen tek sikte på å gje ei lita gruppe helsearbeidarar (4 – 6 personar) ved pleie- og omsorgsavdelinga i Valldal kurs i rehabilitering. Dette for at ein i dag ser eit stort udekt behov ved oppfølging av eldre på kort- og langtidsopphald.

Samstundes vil ein integrere planen og tanken for bakgrunnen for habilitering /rehabilitering til alle tilsette i pleie- og omsorgsyirket i kommunen. Denne oppgåva bør starte snarast.

Det er innafor "Handlingsplan for helse- og sosialpersonell for 2001 – oversikt over tilskot til kommunar og fylkeskommunar" ønskje om m.a. å gje midlar til opplæring innan områda psykisk helsearbeid, eldreomsorg og rehabilitering til fleire med helse- og sosialfag frå vidaregåande skule.

4. Organisering

4.1. Kommunale planer og arbeidsmetodar i dag.

Norddal kommune har utarbeid "Byggande plan for barn og unge", "Tiltaksplan for menneske med psykiske vanskar", "Handlingsplan for eldreomsorg", "Plan for organisering av tilbodet med menneske med psykisk utviklingshemming" og "Plan for etter- og vidareutdanning for helse og omsorg".

Der er oppretta ein fleirfagleg samarbeidsgruppe samansett av helsesyster, lege, psykiatrisk sjukepleiar, fysioterapeut, representant frå pleie og omsorg og frå sosialkontor. Dei søker å samordne tenester og gje informasjon innbyrdes samt evt gje faglege vurderingar oppmot enkelte pasientar.

Ved helsestasjonen vert det ved behov danna ansvarsgrupper ovanfor born og ungdom. Ein koordinerer arbeidet. Samarbeidspartar kan vere BUP, PP-tenesta, lege, fysioterapeut, skule, barnehage, barnevern.

Ved rehabilitering av psykiatriske langtidspasienter foregår det tverrfaglege vurderingar i enkelte saker. Det kan bli etablert ansvarsgrupper rundt kvar brukjer der dette er ønskjeleg. Ein ser klart at vi allereie har eit samarbeid som ein kan vidareutvikle også i retning av habilitering/ rehabilitering. Dette er ikkje sett saman i eit fast system. Difor kan også rehabiliteringa verte noko tilfeldig. Ein ser då at ressursar kommunen faktisk innehar ikkje vert nytta fullt ut og tiltaka ein iverksette ofte ikkje har ei felles målsetting.

Koordinering av tenestene innafor rehabilitering, som jo femner så vidt, krev ytterlegare tilførte ressursar.

4.2. Samordning

Behovet for ein meir samorda og målretta organisering av tenestene er svært viktig for Norddal kommune. På mange måtar fungerer organiseringa bra, men det er opptil fleire lause trådar; dårleg informasjon til brukarane og pleiepersonell, fleire faggrupper er involvert i rehabilitering av ein brukar uten å vite om kvarandre. For å kvalitetssikre oppfølginga av brukerne på en best mogleg måte er det viktig at ting fungerer. Fleire faggrupper og etatar kan være involverte i ein bruker, og alle disse gruppene rundt bruker må samarbeide.

Forskrift om rehabilitering fastslår at verksemda skal vere planlagt og organisert som eiga verksemd i kommunen (§6). Denne forskrifta krev koordinasjon omkring førespurnad frå alle brukarar og personell i helse- og sosialtenestene som melder om behov for rehabilitering. Dette inneber at tenestene som vert tilbydd skal være synlege og lett tilgjengelege for brukarane, samarbeidspartnerane og spesialisthelsetenesta.

Organisering av medisinsk rehabilitering i kommunen bør foregå på to nivåer:

- Plan for habilitering og rehabilitering .
- Individuelle planer

4.3. Habilitering/ rehabiliteringsteam

Det bør opprettast eit eige habilitering/ rehabiliteringsteam.

Dette teamet kan bestå av:

- fysioterapeut /

- ergoterapeut
- lege
- sjukepleiar / vernepleier
- psykiatrisk sjukepleiar
- politikar

Teamet bør ha fast møtekultur ca annen kvar månad for å evaluere fortløpande om rehabiliteringsplanen fungerer, og eventuelt justere etter kvart.

4.3. Koordinator

Opprette stilling som koordinator.

Ein må opprette (vidareutvikle) eit fleirfagleg rehabiliteringsteam i samband med at planen blir vedtatt. Rehabiliteringsteamet må søkje dei yrkesgrupper som er naudsynt.

Koordinator sine oppgåver:

- koordinator for kurs og oppdatering av personalet
- adressat for spørsmål frå:
 - bruker, pårørende/familie
 - helse, pleie og omsorg
 - oppvekst- og utdanningsetat
 - 2. og 3.linjetenesta
 - m.fl.
- innkalle til møter med bruker og aktuelt fagpersonell
- ha ansvar for å trekke inn tverrfaglege og tverretatlege samarbeidspartnarar
- være kontaktperson mellom 1. og 2.linjetjenesten

4.5. Ansvarsgruppe

Opprettes for brukarar med samansette behov for tenester

- Ein person har det koordinerande ansvar i gruppa.
- Deltakar i gruppa er fagpersonell som jobber direkte med brukaren.
- Brukaren sjølv bør delta.
- Ansvarsgruppa skal :
 1. Utarbeide de individuelle planane i samarbeid med brukar.
 2. Ansvarsgruppa skal sørge for at tiltaka blir iverksette.
 3. Ansvarsgruppa skal rapportere og koordinere
 4. Evaluere dei tiltaka som blir sett i verk

Koordinator i ansvarsgruppa skal:

- sjå til at tiltaka gjennomførast som planlagt
- være bindeleddet mellom pasienten og rehabiliteringstenesta
- involvere pasienten i arbeidet med egen rehabiliteringsplan
- eventuelt involvere pårørende og styrke deira kompetanse
- kvalitetssikre, rapportere og innkalle til møter

4.6. Individuelle planar

Ein må utarbeide individuelle planar saman med brukar.
Planen skal dekkje den enkeltes behov og skal innehalde:

- Målsetting for planen
 - ha langsiktige og kortsiktige mål
- Kartlegging av behov
 - kartleggje kva for behov brukeren har for å oppnå dei oppsette måla
- Analysering
 - analysere behova og kvar det er størst behov for å sette inn tiltak
- Mål
 - sette opp delmål ut frå analysen og prioritering av disse
- Tiltak
 - utarbeide tiltak ut frå prioritering av delmål
- Evaluering
 - evaluering av tiltak må foregå 3-4 veker etter oppstart – fastsett evalueringsdato ved tiltaksstart

4.6. Teieplikt

Alle i gruppa rundt kvar enkelt brukar har teieplikt følgje forvaltningslova og særlover. Teieplikta må verte friggitt innan gruppa på saker som er relevante for søknaden. Det må innhente tillating hos brukar for å diskutere aktuelle problemstillingar. Eige skjema for dette må verte utarbeidd.

5. Tiltaksdel

5.1. Naudsynt organisering

- Ein må opprette (vidareutvikle) eit fleirfagleg habilitering/ rehabiliteringsteam i samband med at planen blir vedtatt. Teamet må søkje samarbeid med dei yrkesgrupper som er naudsynt.
- Teamet skal sjå nærare på behov for personal retta mot habilitering/ rehabilitering innfor pleie- og omsorgstenesta.
- Eit effektivt samarbeid mellom dei ulike yrkesgruppene tilseier at dei fysiske/geografiske forholda leggast til rette for dette. Tilrettelegging for eigna leilegheiter for opptrening innan rehabilitering må vere blant dei høgst prioriterte oppgåver i årene som kjem. Dette i samband med den planlagde ombygging av eksisterande omsorgsboliger i Valldal.
- Tilbodet om habilitering/ rehabilitering til den enkelte bruker skal så langt som mogleg vere organisert i samanhengande tiltakskjeder.
- Ein skal opprette ansvarsgrupper rundt brukarar med samansette behov.
- Ventetid på funksjonsvurdering og eventuell utarbeiding av habilitering/ rehabiliteringsplan skal være kortest mogleg og ikkje lenger enn 14 dagar.

5.2. Kompetanseoppbygging.

- Fysioterapitenesta vert utvida til ein heil stilling, og ein tilsett ein ergoterapeut i heil stilling. Sjå pkt 3.3. Ein av dei skal m.a. ha ansvaret som koordinator for arbeidet med habilitering/ rehabilitering i Norddal kommune.
- Ein skal innan 2003 ha gjennomført ein grunnopplæring og spesialopplæring av personale innan pleie og omsorgstenesta, pkt.3.4.
- Ein skal innan 2003 bygge opp kompetansen innfor avdelingane for pleie og omsorg. I fyrste rekke rette opplæringa spesielt ut mot ei lita gruppe; 4 –6 personer som ønskjer denne oppgåva, pkt 3.4.
- Ein vil vidare innan 2003 integrere planen inn i avdelingane ved generell informasjon og internopplæring frå ergoterapeut og/eller fysioterapeut. Dette for å få ein felles haldning og auka forståing for habilitering/ rehabilitering inneheld, pkt. 3.4.

6. Resultatplan

1. Ny stilling:

a) 100 % stilling som ergoterapeut tilsett i tenesta snarast råd.

og

b) 50% auka stilling som fysioterapeut.

Økonomiske konsekvensar: kr 480.000,-

2. Kompetanseoppbygging.

I denne samanheng er holdningane til rehabilitering når det gjelder alle yrkesgrupper veldig viktig. Områder der kommunen har kompetanse innan habilitering/ rehabilitering har blitt kartlagt sjå pkt. 3.3.

Koordinatoren for rehabiliteringsteamet må ha hovudansvaret for at alle som arbeider med habilitering/ rehabilitering er fagleg oppdatert. Auka kompetanse kan skje gjennom kurs, interne og eksterne, etter- og vidareutdanning, hospitering og veiledning av eksisterande personell i kommunen, jfr. "Rullering av plan for etter og vidareutdanning for helse og omsorg 2001-2003".

Koordinatoren har ansvaret for å sette opp ein tidsplan for tverrfaglege kurs for personell i kommunehelsetenesta.

Koordinatoren skal kartleggje rehabiliteringsbehovet i kommunen.

Økonomiske konsekvensar: 2001: 15.000,-

2002: 30.000,-

2003: 30.000,-

Tabell 1. Tal personer i Norddal kommune med ulike kroniske sjukdomar (ICPC-kode), basert på henvendelser til lege 01.01 – 31.12 2000.

Diagnose	Tal personer
Muskel /skjelett (L85, L86, L88)	98
Angst, depresjon, neurosar (K74, K91)	76
Emfysem, KOLS, Astma (R95, R96)	47
Hjertekrampe, Angina pectoris, Atherosklerose, hjerte/hjerne (K74, K75, K91)	41
Slag og drypp (K89, K90)	35
Red. funksjon syn (F05, F28, F92)	23
Kronisk alkohol- og medikamentmissbruk (P10, P15)	16
Neurologisk sjukd. (N18, N28, N86, N87)	14
Senil demens / Alzheimer (P70)	11
Schizofreni (P72)	10
Red. funksjon hørsel (H02, H84)	9
Allmen red. funksjon (A28, A87)	9
Psykisk utviklingshemma (P85)	4

Tabellen gjer ikkje eit heilskapleg bilde av status pr. 01.05.2001 av behov for habilitering/rehabilitering
Ein har ikkje med dei som er direkte knytt opp i mot 2.- og 3. line tenesta eller nyttar anna legetilbod.



Søknad og melding til habilitering – rehabiliteringsteam.

Skjema vert sendt til leiar for habilitering- rehabiliteringsteamet i Norddal kommune.
Skjema er eit tillegg for evt. beskjeder / rapport frå sjukepleier, fysioterapeut,
ergoterapeut eller andre tenester innan 2.line tenesta.

Namn:.....

Adresse:.....

Fødselsdato:..... Telefon:.....

Yrke / arbeid:.....

Busituasjon:.....

.....

Diagnose:.....

Hovudproblem:.....

.....

Fastlege:.....

Tidlegare kontakt med kommunale tenester innan helse, pleie og omsorg:.....

.....

Næraste pårørande:.....

Adresse:..... Tlf:.....

Kontakt i 2.linjetenesta:.....

Telefon:.....

Eg søker om habilitering / rehabilitering i Norddal kommune.

.....
Stad

.....
Dato

.....
Namn

.....
Evt. namn pårørande



Fullmakt til bruk av personopplysninger

Eg er kjent med habilitering / rehabiliteringsteamet og er samd i at dei opplysningar som kjem fram ved søknad / melding og kartlegging av ADL-status kan nyttast for planlegging av tiltaksplanar og oppfølging av tilbod innan gruppa.

Namn

Stad, dato

Underskrift

Evt. underskrift pårørande



ADL – status

	<i>Meistrarar / meistrarar med hjelp</i>	<i>Meistrarar ikkje</i>	<i>Ønskjer å trene</i>	<i>Kommentar</i>
PERSONLEG HYGIENE				
Vaske seg sjølv				
Dusje / bade				
Klippe negler				
Greie håret				
Pusse tenner				
Barbere seg				
Anna:				
PÅKLEDING:				
Av og påkleding				
Skifte tøy regelmessig				
Nytte kle etter høve og årstid				
Ta av kle før ein legg seg				
Anna:				
STELL AV TØY:				
Vurdere når tøy skal vaskes				
Vask av tøy				
Tørk av tøy				
Rydde på plass klesvask				
Vurdere når tøy skal rep.				
Anna:				
REINGJØRING:				
Rydde rom / leilegheit				
Vask av golv				
Nytte støvsugar				
Tørke støv				
Vask av vindauge				
Re senga				
Skift av sengtøy				
Anna				
MATLAGING:				
Planleggje måltid / innkjøp				
Gå i butikk å handle				
Lage brødmåltid				
Lage varm mat				
Dekke bordet				
Ta av bordet				
Vaske opp – rydde bort				
Anna				
BRANNTRYGGLEIK:				
Huske å slå av komfyr				
Bruk av askebeger				
Kjennskap til tryggleiksstyr røykvarslar + brannslukkar				
Anna				
SOSIALE FERDIGHETER:				

Halde avtaler				
Halde døgnrytmen				
Nytte offentlig komm.				
Orienter seg om pris, tid, stad				
Etablere kontakt / venskap				
Ha kjennskap til tilbod i nærmiljø				
Anna				
DAGAKTIVITET:				
Ha heiltidsjobb				
Ha deltidjobb				
Gå på skule				
Delta i målretta aktivitetstilbod om dagen				
Anna:				
FRITIDSAKTIVITET:				
Ha interesser / hobby				
Drive fysisk aktivitet				
Anna				
ØKONOMI:				
Ha oversikt over eiga økonomi				
Disp. egen økonomi med hjelp				
Betaler rekning i rett tid				
Nyttar bank				
Nyttar postkontor				
Anna:				
MEDISINER:				
Hugser å ta medisinen sjølv				
Anna				
HJELPETILTAK – AKTIVITETSTILBOD	<i>Trenger</i>	<i>Trenger ikkje</i>	<i>Ikkje aktuelt</i>	<i>Kommentar</i>
BUTILBOD:				
Eiga leilegheit				
Kollektiv				
Etableringstilskot				
Økonomisk hjelp til etablering				
Økonomisk hjelp til ombygg				
Hjelp til å styre økonomi				
Støttekontakt				
Heimesjukepleie				
Heimehjelp / omsorgsarbeidar				
Fast personale:				
Dag				
Kveld				
Natt				
Helg				
Teneste for transport				
Jobb / vernet arbeid				
Skuletilbod / vaksenopplæring				
Omskolering				
Tilbod om dagaktivitet				
Fritidstilbod				
Avlastn. opphald i institusjon				
Fast oppfylling frå spesialisthelsetenesta				

