



***PLAN FOR  
MEDISINSK (RE)HABILITERING  
I LEVANGER KOMMUNE***

*Vedtatt 1998*

**Innholdsfortegnelse**

1.0. SAMMENDRAG .....	6
1.1. Hovedinntrykk - sammendrag .....	6
1.2. Forslag til tiltak. ....	6
1.2.1. Organisering. ....	6
1.2.2. Rehabiliteringstilbud/ arealbehov .....	6
1.2.3. Opplæring. ....	6
1.2.3. Behov for personell. ....	7
2.1. Bakgrunn. ....	7
2.2. Arbeidsgruppen. ....	8
2.3. Mandat. ....	8
2.4. Lovgrunnlag. ....	8
2.5. Kommunehelsetjenestens oppgaver i rehabilitering og habilitering. ....	8
2.6. Begrepsavklaring/ definisjoner. ....	9
2.6.1. Rehabilitering/habilitering. ....	9
2.6.2. Attføring. ....	9
2.6.3. Funksjonshemmet. ....	10
2.7. Avgrensninger. ....	10
3.0. (RE)HABILITERING - SÆRTREKK. ....	10
3.1. Målgrupper. ....	10
3.2. Mål for samfunnet (i følge "Veilederen"). ....	11
3.3. Rehabiliteringsprosessen. ....	11
3.3.1. Kartlegging av ressurser og begrensninger. ....	11
3.3.2. Rehabiliteringspotensiale. ....	11
3.3.3. Mål for individet. ....	11
3.3.4. Individuell rehabiliteringsplan - tiltakskjede. ....	12
3.4. Rehabiliterings-ideologi/-tankegang. ....	12
3.5. Brukermedvirkning. ....	12
3.6. Funksjonsrettet rehabilitering, deltakelsesrettet rehabilitering. ....	12
3.7. Organisering. ....	13
3.7.1. Overordnet organisering. ....	13
3.7.2. Organisering av tilbudet omkring bruker. ....	13
3.7.3. Tverrfaglig samarbeid. ....	13
3.7.4. Tverretattlig samarbeid. ....	14
3.7.5. Samarbeid med frivillige organisasjoner. ....	14
3.8. Personell. ....	14
3.9. Kompetanse. ....	14
3.10. Arena. ....	15
4.0. PRESENTASJON AV LEVANGER KOMMUNE. ....	15
4.1. Generell presentasjon. ....	15
4.2. Befolkningsframskrivning. ....	15
4.3. Overordnet mål i HOS-etaten i Levanger kommune. ....	15
4.4. Behov for (re)habilitering. ....	16
5.0. NÅSITUASJONEN - BEFOLKNINGEN OVER 18 ÅR. ....	18
5.1. Målgrupper .....	18
5.2. Aktuelle samarbeidspartnere. ....	18
5.3. Organisering. ....	18
5.4. Identifisering av behov. ....	18
5.5. Eldre med begynnende funksjonssvikt - tidlig inngripen. ....	19
5.6. Personer med syns- og hørselstap. ....	20
5.7. Personer i yrkesaktiv alder med belastningslidelser - en forsømt gruppe?20	

5.7.1. Prosjektet "Interkommunal rehabiliteringssentral" i Nord-Trøndelag (Steinkjer).....	20
5.8. Kommunal døgnrehabilitering. ....	20
5.8.1. Målgrupper:.....	21
5.8.2. Inntaksrutiner.....	21
5.8.3. Tverrfaglighet, samarbeid. ....	21
5.8.4. Vurdering av tilbudet.....	22
5.9. Rehabilitering som tankegang - fagdugnaden. ....	22
5.10. Fysio- og ergoterapi-tjenesten. ....	23
5.11. Pleie- og omsorgstjenesten.....	23
5.12. Personlig assistent.....	23
5.13. Legetjenesten. ....	23
5.14. Psykolog. ....	23
5.15. Sosialavdelingen. ....	23
5.16. Kommunens dagtilbud. ....	24
5.17. Grupperettet aktivitet. ....	24
5.18. Samarbeid med trygdeetat og arbeidsmarkedsetat. ....	24
5.19. Boligrådgivning - samarbeid med teknisk etat.....	24
5.20. Samarbeidsprosjekt - HEL-KUL.....	24
5.21. Lokaler.....	25
5.22. Bjørnang A/S Opptreningsssenter og Meråker Sanitetsforenings Kurbad.....	25
5.24. Hjelpemiddelformidling, samarbeid med fylkets hjelpemiddelsentral. ....	25
5.24.1. Syns- og hørselskontakt. ....	26
5.25. Korttidslån av tekniske hjelpemidler. ....	27
6.0. FORBEDRINGS-/FORANDRINGSOMRÅDER.....	27
7.0. NÅSITUASJONEN - BARN OG UNGE 0 - 18 ÅR.....	27
7.1. Målgrupper:.....	27
7.2. Aktuelle samarbeidspartnere. ....	27
7.3. Organisering.....	28
7.3.1. Ansvarsgrupper - basisteam. ....	28
7.4. Gråsoneproblematikk- barn med sammensatte behov grunnet psykososiale forhold. ....	28
7.5. Familiens behov - helsesøsters rolle i habilitering. ....	29
7.6. Fysio- og ergoterapitjenester.....	29
7.7. Avlastningstilbud i PO-avdelingen. ....	29
7.8. Legetjenesten. ....	29
7.9. Sosialavdelingen. ....	29
7.10. Pedagogisk psykologisk tjeneste. ....	29
7.11. Kulturetaten. ....	29
7.12. Samarbeid med den fylkeskommunale helsetjenesten. ....	30
7.13. Hjelpemiddelformidling. ....	30
8.0. FORBEDRINGS/ FORANDRINGSOMRÅDER.....	30
9.0. FORSLAG TIL FORBEDRINGSTILTAK I REHABILITERING OG HABILITERING.....	31
9.1. Organisering.....	31
9.1.1. Organisering på overordnet nivå.....	31
9.1.2. Organisering omkring den enkelte bruker. ....	31
9.1.3. Brukermedvirkning.....	31
9.1.4. Samarbeid med 2. linjetjenesten. ....	32
9.1.5. Samarbeid mellom ulike etater og frivillige organisasjoner. ....	32
9.2. (Re)habiliteringstilbud. ....	32
9.2.2. Dagrehabilitering. ....	33

9.2.3. Grupperettede tiltak. ....	33
9.3. Avlastningstilbud. ....	33
9.4. Kompetanse. ....	33
9.5. Lokaler. ....	33
9.6. Lokalisering. ....	34
9.7. Personellressurser. ....	34
9.8. Samarbeid (re)habilitering - psykisk helsevern. ....	34
9.9. Rullering av rehabiliteringsplanen. ....	35

## Den positive Janteloven.

- 1) Du skal tro at du er noe.**
- 2) Du skal tro at du er like mye verd som andre.**
- 3) Du skal tro at du duger til noe.**
- 4) Du skal tro at det er bruk for deg**
- 5) Du skal tro at noen bryr seg om deg**

Professor Peter Hjort.

## 1.0. SAMMENDRAG

### 1.1. Hovedinntrykk - sammendrag.

(Re)habilitering har lenge vært et satsningsområde for sentrale myndigheter. (Re)habilitering er et kommunalt ansvar etter kommunehelsetjenesteloven.

Levanger kommune mangler en fast adresse og koordinator av tjenesten. I noen grad fungerer tverrfaglige team i forhold til eldre og barn. Ansvarsgrupper brukes i utstrakt grad i forhold til barn, men fungerer ikke alltid til beste for brukeren. Den yrkesaktive delen av befolkningen får i stor grad et tilbud på flere nivåer i helsetjenesten og fra flere etater uten at tiltak inngår i en rehabiliteringsplan og uten reell brukerstyring.

Døgnrehabiliteringstilbud for innbyggere over 67 år er etablert på Breidablikktunet og Skogn helsetun. En slik desentralisert modell har vist seg å være sårbar for vakanser, spesielt på terapeutsida. Det er vanskelig å utvikle et tilfredsstillende rehabiliteringstilbud integrert i en sykeheimsavdeling. Det er en fordel å samle rehabiliteringsklientene slik at de kan danne et aktivt og motiverende miljø for hverandre.

Det mangler lokaler for grupperettet aktivitet og dagrehabilitering i Levanger kommune. Treningslokaler på Breidablikktunet er uegnet i forhold til dagens situasjon. Tilbud om tilpasset trening i grupper og friskvernsgrupper er mangelfullt utviklet.

### 1.2. Forslag til tiltak.

#### 1.2.1. Organisering.

Helsesøstertjenesten skal være fast adresse og koordinator for habilitering av barn og unge fra 0 -18 år i Levanger kommune, forutsatt nye personellressurser.

Seksjon for medisinsk attføring skal være fast adresse og koordinator for rehabilitering av innbyggere over 18 år. Når hovedproblemet er alvorlig psykisk lidelse, rus-problematikk eller psykisk funksjonshemming er andre instanser naturlige koordinatorene. Koordinatorfunksjonen forutsetter nye personellressurser.

Fagråd skal fungere som tverrfaglig team med ansvar for å utvikle den totale (re)habiliteringstjenesten sammen med koordinatorene. I møter som omhandler habilitering, deltar fast representant fra PPT.

Ansvarsgrupper opprettes ved behov i forhold til alle aldersgrupper.

Tverrfaglige samarbeidsmøter avholdes distriktsvis der man ikke anser at det er behov for å opprette ansvarsgruppe.

Modell for brukermedvirkning på overordnet nivå utarbeides og utprøves.

#### 1.2.2. Rehabiliteringstilbud/ arealbehov

Døgnrehabilitering med 9 plasser legges til Breidablikktunet.

Lokaler for dagrehabilitering og grupperettet aktivitet bygges i tilknytning til varmtvannsbasseng på Moan eller på Breidablikktunet i tilknytning til døgnrehabilitering. Brukere deltar i planlegginga.

#### 1.2.3. Opplæring.

Behov for kompetansehevede tiltak i forhold til (re)habilitering settes opp i opplæringsplan. Fagråd har ansvar for at opplæring i ansvarsgruppearbeid/ledelse av ansvarsgrupper igangsettes og prioriteres i en 2-årsperiode fra nyttår -98.

Fagråd har ansvar for å utvikle systematisk veiledning i tverrfaglige grupper. Veiledning utprøves først i det tverrfaglige teamet knyttet til rehabiliteringsenheten på Breidablikktunet. Oppstart våren -98.

Midler avsettes til at i første omgang 3 ansatte i kommunen får videreutdanning i rehabilitering som er under planlegging på HINT. Oppstart januar -98. Kommunelege 1 og sjeffysioterapeut har ansvar for å arrangere kurs for privatpraktiserende leger og fysioterapeuter med tanke på økt kunnskap og forståelse m.h.t. (re)habilitering.

### 1.2.3. Behov for personell.

Det er behov for økte ressurser i HOS-etaten med tanke på utvikling av rehabilitering som tjeneste.

Behov for personellressurser i (re)habilitering konkretiseres i bemanningsplaner i forbindelse med budsjettet i -97.

## 2.0. INNLEDNING

### 2.1. Bakgrunn.

Sentrale myndigheter har bestemt at rehabilitering skal prioriteres i planlegging og utbygging av vårt helsevesen. Dette kommer blant annet til uttrykk i Stortingsmelding nr.41: "Helsepolitikken ved år 2000" (1987-88), Nasjonal Helseplan (1987/88), St.melding nr. 39: "Attføringsmeldinga", St.t.melding nr. 37: "Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid" (1992-93), St.t.melding nr. 35: "Velferdsmeldinga" (1994-95) og gjennom «Regjeringens Handlingsplan for funksjonshemmede» (1990-93, 1995-97). En stortingsmelding om rehabilitering er under utarbeidelse og forventes å være ferdig høsten -97, evt.våren -98.

Selv om rehabilitering har stått på dagsorden i flere år, har tjenesten ikke kommet tilstrekkelig på plass verken i kommuner eller fylkeskommuner. På tross av stadige oppfordringer til kommunene om å utarbeide rehabiliteringsplaner, er det relativt få kommuner som har slike planer.

I Levanger kommune har man utviklet en systematisk rehabiliteringstjeneste knyttet til døgnrehabiliteringstilbud for eldre i sykeheim. Funksjonshemmede barn får et tverrfaglig tilbud der man gjennom ansvarsgrupper koordinerer arbeidet omkring det enkelte barnet. Tjenestetilbudet til innbyggere i aldersgruppen 18 - 67 år preges i stor grad av mangel på koordinering. Det er ikke uvanlig at i den grad kommunene har grepet fatt i å utvikle (re)habiliteringstilbud, har man først og fremst forholdt seg til eldre og barn.

Fylket hadde ferdig til høring sin "Plan for rehabilitering" i november -96. Dette arbeidet ble igangsatt etter oppfordring fra fylkeshelsesjefen i Nord-Trøndelag.

Bakgrunnen for henvendelsen var at Regjeringen i sin "Handlingsplan for funksjons-hemmede for 1994-97" har bedt om at det utarbeides fylkesvise handlingsplaner.

Et viktig tema i planen er samarbeidet med kommunene som erkjennes ikke å være godt nok. I planen legges det opp til at 2. linjen skal ta initiativ til å utvikle samarbeidet med kommunehelsetjenesten der følgende tema skal stå på dagsorden:

- Hvordan defineres grensene mellom fylkeskommunalt og kommunalt ansvar i rehabilitering?
- Hvordan oppnås bedre kommunikasjon omkring den enkelte pasient slik at målsetting, tiltak og ansvar blir ivaretatt, og uten at det oppstår unødig forsinkelse?
- Hvordan kan en sikre at tilstrekkelig kompetanse blir utviklet og vedlikeholdt så nær pasientens bosted som mulig?

I sin høringsuttalelse ba Levanger om at det i tillegg til en generell avtale, gis rom for at den enkelte kommune får utarbeide egne avtaler med 2.linjen, ettersom tjenestetilbudet og behov for assistanse fra fylkeshelsetjenesten varierer mye fra kommune til kommune.

Evalueringsrapporten for pleie- og omsorgstjenesten ble behandlet i Hovedutvalget i august -97. I forbindelse med omgjøring av to-sengsrom til en-sengsrom på Breidablikktunet, står man foran en utbygging med tanke på å erstatte disse plassene i en eller annen form. Breidablikktunet har en bygningsmasse som ikke er tilpasset dagens behov/situasjon.

Vi ser at det er nyttig å vurdere arealbehov i rehabilitering i tilknytning til de omgjøringer/ utbygginger man velger å gjøre på Breidablikktunet.

Hovedutvalget for helse- og sosialsaker bestemte i møte 12.08.97 at habilitering/rehabilitering skal være et av flere satsningsområder i Levanger kommune (sak 25/97 Økonomiplan1998-2001).

## **2.2. Arbeidsgruppen.**

Etter initiativ fra helse- og sosialsjef Ingvar Rolstad, ble det i april -97 nedsatt en arbeidsgruppe for å utarbeide en (re)habiliteringsplan for kommunen. Arbeidsgruppen har bestått av pleie- og omsorgsleder Tore Fjerdings, ergoterapeut Tori Brøske, lege Arve Strandheim og sjeffysioterapeut Ingjerd Foshaug. Leder og sekretær i arbeidsgruppen har vært sistnevnte.

I forhold til habilitering av barn har lederen hatt møter med helsesøster Sissil Moen, fysioterapeut Jutta Brausch og ergoterapeut Tori Brøske. Rådet for funksjonshemmede og konsulent Dag Stemre, er i ferd med å lage en plan for funksjonshemmede. Arbeidsgruppen har fått bruke en oversikt som de har utarbeidet med beskrivelse av nå-situasjonen, sett i forhold til helsetjenestetilbudet i habilitering av barn i kommunen. Lederen har også hatt en samtale med utvalgsmedlemmet Helge Bromstad.

Vi har støttet oss til Helsetilsynets veileder av -91, boka «Det handler om verdighet» av Ebba Langum Bredland, Oddrun Anita Linge og Kjersti Vik, samt Ivar Lies bok «Rehabilitering og habilitering».

## **2.3. Mandat.**

Gruppen har hatt følgende mandat:

### **1. Organisering av rehabiliteringstilbudet**

- a. plassering av ansvar
- b. brukermedvirkning
- c. samarbeidsrutiner - tverrfaglig og tverretattlig
- d. avklare forholdet mellom medisinsk rehabilitering og yrkesmessig attføring
- e. utrede alternative forslag til organisering/ plassering  
begrunne den beste måten å organisere tilbudet på, faglig og ressursmessig

### **2. Utrede modell for samarbeidet med 2. linjetjenesten.**

### **3. Utrede behov for areal, personell og kompetanse fram til år 2005.**

Mandatet er vidtfavnende, og det har vært umulig å oppfylle dette i hele sin bredde grunnet manglende tidsressurs for de involverte i planarbeidet.

## **2.4. Lovgrunnlag.**

I følge lov om helsetjenesten i kommunene av 19.nov. 1982, skal kommunehelsetjenesten ta seg av følgende oppgaver:

- 1) Fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte
- 2) Diagnose og behandling
- 3) Medisinsk habilitering og rehabilitering
- 4) Pleie og omsorg

Lov om folketrygd av 17. juni 1996 nr.12 omhandler rett til økonomiske ytelser i forhold til attføring, uførepensjon og ulike helsetjenestetilbud.

I 1995 kom "Endringer i lov om helsetjeneste i kommunene."

## **2.5. Kommunehelsetjenestens oppgaver i rehabilitering og habilitering.**

I 1991 utga Helsedirektoratet en veileder i rehabilitering som utdypet rehabilitering som tjeneste, og som kom med forslag til hvordan kommuner og fylkeskommuner kunne organisere tjenesten.

I følge veilederen er kommunens oppgaver som følger:

- Identifisere og følge opp personer med skade eller sykdom som kan føre til funksjonshemming.
- Peke på tiltak av miljømessig og teknisk karakter med sikte på å forebygge problemer og optimalisere funksjonshemmedes livssituasjon.
- Koordinere tiltak og sørge for kontinuitet i det medisinske rehabiliteringsopplegget.

Det slås fast at kommunehelsetjenestens oppgave ved siden av rene helsetiltak, er å være pådriver og koordinator i (re)habilitering.

## 2.6. Begrepsavklaring/ definisjoner.

### 2.6.1. Rehabilitering/habilitering.

I følge Bokmålsordboka kan ordet *rehabilitering* ha to betydninger:

- 1) *Gi æresoppreisning, gi tilbake tidligere verdighet.*
- 2) *Sette i funksjonsdyktig stand igjen.*

Tradisjonelt har begrepet vært sterkt knyttet til trening med tanke på «å sette i funksjonsdyktig stand». I Helsedirektoratets veileder om medisinsk rehabilitering 3-91, vektlegges den første definisjonen. Det samme gjør forfatterne av boka "Det handler om verdighet" og Ivar Lie i boka si om rehabilitering. En vektlegging av verdighet i (re)habilitering, medfører at tiltakenes nytte/aktualitet må vurderes i forhold til om de styrker brukerens verdighet og selvfølelse.

Veilederen viser til en felles definisjon på habilitering og rehabilitering som er mye brukt:

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

Tradisjonelt har begrepet habilitering blitt brukt når det gjelder barn og psykisk utviklingshemmede, og rehabilitering i forhold til voksne. Begrepene vil også bli brukt slik i planen.

(Re)habilitering er ikke det samme som opptrening eller behandling, men trening/behandling er ofte et tiltak i en individuell (re)habiliteringsplan. (Re)habilitering er heller ikke det samme som pleie og omsorg, men (re)habiliteringsklienter vil ofte ha behov for pleie- og omsorgstjenester som tiltak parallelt med andre tiltak.

### 2.6.2. Attføring.

I loven av 1982 ble begrepet "medisinsk attføring" brukt i stedet for medisinsk rehabilitering. I Stortingsmelding nr. 36 (1989-90) "Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane", gikk Sosialdepartementet inn for å endre begrepet "medisinsk attføring" i lovteksten til "medisinsk rehabilitering/habilitering". Det er vanlig å bruke begrepet attføring i betydningen yrkesmessig attføring. Dette vil også bli gjort i planen.

### 2.6.3. Funksjonshemmet.

Begrepet "funksjonshemmet" er definert i St.meld. nr.23 "Funksjonshemmede i samfunnet" og i NOU 1980:47 "Medisinsk Attføring":

*"Funksjonshemmet er den som på grunn av varig sykdom, skade eller lyte, eller på grunn av avvik av sosial art, er vesentlig hemmet i sin praktiske livsførsel i forhold til det samfunn som omgir han. Dette kan gjelde utdanning, yrkesvalg og yrke, fysisk og kulturell aktivitet".*

I Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede er følgende definisjoner benyttet:

*"Funksjonshemming er et misforhold mellom individets forutsetninger og miljøets krav til funksjon på områder som er vesentlig for etablering av selvstendighet og sosial tilværelse."*

Denne definisjonen setter fokus på miljø og behov for å tilrettelegge/endre miljøet med tanke på funksjonshemmedes deltagelse i sosialt liv.

### 2.7. Avgrensninger.

Denne planen omfatter ikke demente eldre, ettersom det er laget en egen plan for denne målgruppen. Det samme gjelder for innbyggere med psykiske lidelser. Planen omfatter heller ikke voksne psykisk utviklingshemmede over 18 år.

Planen forsøker å gi en forståelse for at (re)habilitering er noe mer enn helsetjenestens engasjement på området, altså medisinsk (re)habilitering. Imidlertid vil hovedvekten i planen ligge på Helse- og sosialetatens rolle i (re)habilitering.

## 3.0. (RE)HABILITERING - SÆRTREKK

### 3.1. Målgrupper.

I "Veilederen" konstateres det at målgruppen omfatter alle funksjonshemmede som kan ha nytte av medisinske rehabiliteringstiltak, uansett type funksjonshemming. Funksjonstap kan være mentale eller fysiske. Under fysiske funksjonstap kommer forskjellige former for sansetap. De viktigste er hørsels- og synshemming. Videre påpeker "Veilederen" at det er hensiktsmessig å foreta en inndeling i målgrupper ut fra et funksjonsaspekt fremfor å ta utgangspunkt i diagnoser. En differansiering i forhold til alder kan være hensiktsmessig.

I "Det handler om verdighet" foreslås å inndele målgruppen i to hovedgrupper. Inndelingen gjelder for alle aldersgrupper. I den første gruppen er forandringene knyttet til personen selv. I den andre gruppen er det ulike forandringer i miljøet som får betydning for personens utvikling:

Gruppe 1: Personlige forandringer

- a) Personen har et brått fall i funksjonsnivået, *med mulighet* til å gjenvinne full funksjon.
- b) Personen har et brått fall i funksjonsnivået, *uten mulighet* til å gjenvinne full funksjon.
- c) Personen har et langsomt fall i funksjonsnivået som følge av kroniske eller progredierende sykdommer/lidelser.

Herunder kommer ulike sykdommer og skader som rammer den enkelte.

Gruppe 2: Ytre forandringer:

- a) Personen opplever forandringer i sitt fysiske bevegelsesmiljø.
- b) Personen opplever psykososiale forandringer.

Målgruppen under 2a) er personer som stilles overfor nye utfordringer i det daglige, som er uvante eller vanskelig å takle. Dette vil gjelde personer som fra før fungerer marginalt fysisk eller psykisk. Et aktuelt eksempel kan være en person med en funksjonshemming som skal begynne på ny skole eller ny jobb. Eldre kan være sårbare i forhold til forandringer i de fysiske rammene.

Målgruppen 2b) karakteriseres av at forandringene skjer i nettverket eller de psykososiale omgivelsene. Forandringene får konsekvenser for personens normale aktivitet og kan være begynnelsen på et gradvis funksjonstap. Eldre som mister sin ektefelle eller andre viktige ressurspersoner, er en viktig målgruppe i denne sammenhengen, men er vanskelige å nå på et tidlig tidspunkt.

### **3.2. Mål for samfunnet (i følge "Veilederen").**

- bidra til at færrest mulig blir funksjonshemmet
- bidra til at forbigående funksjonshemming varer så kort tid som mulig
- bidra til at konsekvensene av varig funksjonshemming blir minst mulig

### **3.3. Rehabiliteringsprosessen.**

I boka "Det handler om verdighet" opereres det med 7 faser i en rehabiliteringsprosess:

- 1) Kartlegging, informasjonsinnhenting og helhetsvurdering
- 2) Vurdering av rehabiliteringspotensiale
- 3) Oppsetting av mål
- 4) Tiltaksplan
- 5) Gjennomføring av plan
- 6) Evaluering
- 7) Oppfølging og vedlikehold

Rehabilitering vil ofte være en prosess der brukeren må få hjelp til å bearbeide tapsfølelse og lære å mestre en ny livssituasjon i forbindelse med sykdom eller skade. Dette innebærer tøffe tak på det personlige plan. Rehabilitering er også en pedagogisk prosess der brukeren må lære nye måter å leve sitt liv på. I denne sammenhengen blir fagfolk veiledere og støttespillere, og må forlate en tradisjonell ekspertrolle.

#### **3.3.1. Kartlegging av ressurser og begrensninger.**

Kartleggingen skal danne et bilde av brukerens muligheter og begrensninger sett i forhold til omgivelsenes krav. Det er vesentlig å kartlegge den enkeltes totale ressurser med tanke på det videre forløp, herunder er nettverk av stor betydning.

I tradisjonell medisinsk tilnærming er man i stor grad opptatt av feilsøking. Det er mindre vanlig å rette fokus mot den enkeltes ressurser.

#### **3.3.2. Rehabiliteringspotensiale.**

Rehabiliteringspotensialet vurderes på bakgrunn av den totale kartlegginga. I rehabilitering er ressursene brukerens "egenkapital", og må vurderes i forhold til de begrensninger som skaden eller sykdommen medfører. Metodiske muligheter for å fremme en positiv utvikling og eksisterende ressursrammer er elementer som spiller en rolle i vurderingen av rehabiliteringspotensialet.

#### **3.3.3. Mål for individet.**

Rehabilitering er brukerens "prosjekt". I samarbeid med fagpersonell setter brukeren på bakgrunn av kartleggingen, realistiske mål som skal styre utformingen av en tiltaksplan. Måla skal være knyttet opp til forhold som har betydning for personens livskvalitet.

Hva som gir livskvalitet vil variere fra person til person og har sammenheng med fungering i sosiale roller og aktiviteter som er viktige for den enkeltes selvaktelse og verdighetsfølelse.

I følge en slik tankegang er økt fysisk funksjonsnivå ikke nødvendigvis noe mål i seg selv, men må relateres til hva den økte mestringen skal brukes til. Da skapes motivasjon til å gå inn i rehabiliteringsprosessen som er et krevende arbeid for den enkelte.

#### **3.3.4. Individuell rehabiliteringsplan - tiltakskjede.**

De forskjellige tiltakene som er nødvendige for å nå målene, skal nedtegnes, og ansvar for gjennomføring av konkrete tiltak plasseres. Det kan være nødvendig å tidfeste gjennomføring. Når tiltaksplanen skal gjennomføres, kan en tenke seg tiltakene som en sammenhengende kjede. Tiltakene stiler mot det samme mål. Det motsatte er tilfelle når tiltak foregår på flere nivåer i helsevesenet eller innen ulike kommunale avdelinger/etater uten koordinering. Da kan det t.o.m. skje at tiltakene "slår hverandre i hjel" eller at man driver med det samme.

#### **3.4. Rehabiliterings-ideologi/-tankegang.**

Ressursorientering.

Verdighet.

Respekt.

Ansvar.

Brukermedvirkning. Bruker er premissleverandør.

Rehabiliteringsideologi er de verdier og holdninger som må være styrende i rehabiliteringsarbeidet.

Ideologien er aktuell i mange andre sammenhenger der helsevesenet samhandler med kommunens innbyggere, men må ikke forveksles definisjonsmessig med rehabilitering som tjeneste.

#### **3.5. Brukermedvirkning.**

Som tidligere nevnt er rehabilitering brukerens prosjekt. Fagpersonene er støttespillere i en utviklingsprosess. I den grad det er mulig må den individuelle (re)habiliteringsprosessen være brukerstyrt.

Arbeidet omkring den enkelte må organiseres med tanke på at brukeren skal "sitte ved roret".

Brukeren må også medvirke på overordnet nivå med tanke på å ha innflytelse på planlegging og utforming av rehabiliteringstjenesten.

#### **3.6. Funksjonsrettet rehabilitering, deltakelsesrettet rehabilitering.**

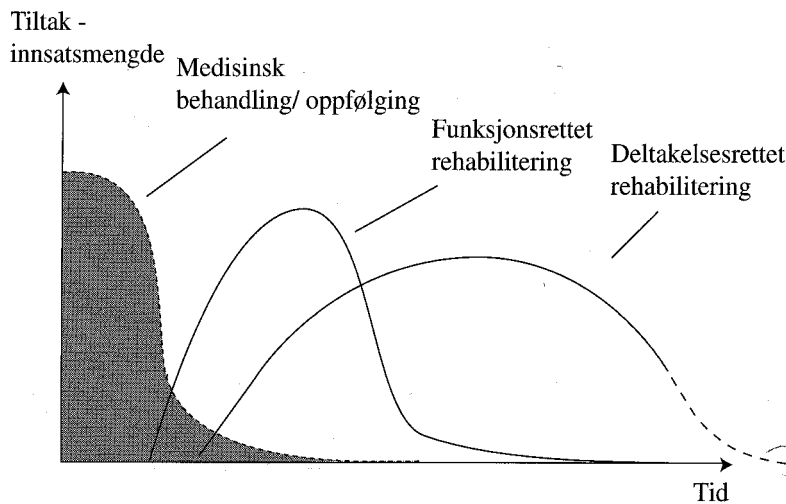
Ivar Lie skiller mellom såkalt funksjonsrettet rehabilitering og deltakelsesrettet rehabilitering.

Etter diagnostisering og behandling av skade eller sykdom, er det ofte aktuelt å drive funksjonsrettede tiltak med tanke på å oppnå så god funksjon som mulig. Her kommer ulike former for funksjonstrening inn i bildet.

Dersom det ikke er mulig å oppnå full restitusjon, er det aktuelt å sette inn tiltak med tanke på at den funksjonshemmede skal kunne delta i samfunnslivet i den grad han/hun ønsker det innenfor realistiske rammer. Her må flere aktører på banen. Tverretattlig innsats og engasjement fra det frivillige organisasjonsliv vil ofte være nødvendig for at den funksjonshemmede skal lykkes med å nå sine mål.

Ivar Lie påpeker at det tradisjonelt er gjort for lite i forhold til den deltakelsesrettede virksomheten utover å legge til rette for en optimal tilværelse i egen heim.

Forfatterne av "Det handler om verdighet" poengterer kommunens viktige oppgave med tanke på å jobbe miljørettet for at den funksjonshemmede skal kunne delta i samfunnet.



Figur fra boka til Ivar Lie.

Den viser ulike faser i en rehabiliteringsprosess, som han ser det.

### 3.7. Organisering.

#### 3.7.1. Overordnet organisering.

"Veilederen" poengterer viktigheten av en fast adresse for (re)habilitering i kommunen, som alle henvendelser kan stiles til, og som har et overordnet ansvar for koordinering og registrering. I tilknytning til en koordinator foreslås et tverrfaglig team med et overordnet ansvar for å utvikle (re)habiliteringsvirksomheten i kommunen. I mindre kommuner vil det samme teamet kunne ha ansvar både for de individrettede tiltakene samt et overordnet ansvar for virksomheten. I større kommuner kan personene i teamet omkring bruker delvis være andre enn de som sitter i det mer overordnede teamet.

Nylig har Statens Helsetilsyn utgitt en prosjektrapport « Rehabilitering i første og andrelinjetjenesten». I 1991 bevilget Stortinget penger til modellforsøk på prosjektbasis med det for øye å stimulere fylkeskommuner og kommuner til å utvikle mer hensiktsmessige samordnings- og samarbeidsrutiner i (re)habilitering. Prosjektene innbefatter stort sett den delen av rehabilitering som defineres som medisinsk rehabilitering. Rapporten er en beskrivelse av de ulike prosjektene og et forsøk på evaluering.

Konklusjoner i forhold til overordnet kommunal organisering:

- \* Det er viktig at det avsettes tidsressurs til den lederfunksjonen som ligger i koordinatorfunksjonen.
- \* Det anbefales å opprette tverrfaglige team som skal være koordinators støttespillere. Teamet må ha et formelt oppnevnt mandat og myndighet og midler til å nå de mål mandatet gjelder.

#### 3.7.2. Organisering av tilbudet omkring bruker.

I forhold til den enkelte bruker anbefales det å opprette såkalte ansvarsgrupper som består av involverte parter i en (re)habiliteringsprosess. Alle ansvarsgrupper skal ha en kontaktperson med et hovedansvar for kontakten mellom bruker/pårørende og ansvarsgruppen. Ansvarsgruppen skal bistå bruker/pårørende gjennom (re)habiliteringsprosessen.

#### 3.7.3. Tverrfaglig samarbeid.

Ingen faggruppe kan drive rehabilitering alene. Medisinsk (re)habilitering krever tverrfaglig innsats, og for å lykkes i arbeidet er teamarbeid og gode samarbeidsrutiner nødvendig, både innen HOS-etaten i kommunen og mellom de ulike nivåene i helsevesenet.

#### **3.7.4. Tverretatlig samarbeid**

(Re)habilitering krever som oftest innsats fra flere etater, noen ganger parallelt med helsetjenestens aktivitet og/eller etter at helsetjenesten har slutført sine tiltak. Hovedaktiviteten kan etterhvert ligge hos andre etater, foreksempel i form av yrkesrettet attføring.

#### **3.7.5. Samarbeid med frivillige organisasjoner.**

Dersom funksjonshemmede skal kunne delta i samfunnsliv, vil det ofte være nødvendig at de frivillige organisasjonene kommer på banen i forhold til rehabilitering.

#### **3.8. Personell.**

I følge lov om helsetjenesten i kommunene er "basispersonellet" i kommunehelsetjenesten leger, sykepleiere og fysioterapeuter. I "Veilederen" fremheves i tillegg ergoterapeuter, psykologer og sosionomer som viktige aktører i (re)habilitering. Videre lister man opp vernepleiere, psykiatriske sykepleiere, spesialpedagoger, logoped, hjelpepleiere og hjemmehjelpere som naturlige samarbeidspartnere.

Fysio- og ergoterapeuter er yrkesgrupper i helsevesenet som har funksjonsvurdering, trening og rehabilitering som viktige elementer i sin utdanning. Tradisjonelt har disse drevet ulike rehabiliteringstiltak rettet både mot individ og miljø.

Det er viktig at legen som har det medisinske faglige ansvaret, deltar i (re)habilitering i forhold til den enkelte bruker. I prosjektrapporten utgitt av Statens helsetilsyn, går det fram at det er et generelt problem å få legene til å delta i rehabilitering.

#### **3.9. Kompetanse.**

Den fagspesifikke kompetanse er selvfølgelig vesentlig som en basis i (re)habilitering, og denne må til enhver tid videreutvikles. Imidlertid må andre former for kompetanse vektlegges i like stor grad innen dette arbeidsfeltet. Som tidligere nevnt er rehabilitering i stor grad en lærings-/reorienteringsprosess der fagpersonen må innta en annen rolle enn det som har vært tradisjon i helsevesenet. Veien fra ekspert til veileder medfører holdningsforandring hos fagpersonen. Holdningsforandringer er som kjent ikke gjort over natta. Veiledningsutdanning er en god basis med tanke på en slik rolleforandring. Helsepersonells bevisstgjøring omkring egen rolle er helt nødvendig hvis brukerstyring/-medvirkning skal bli en realitet. Det sett av verdier/holdninger som må være styrende i (re)habilitering, er de samme som vektlegges i veiledningsutdanning.

(Re)habilitering innebærer samarbeid tuftet på respekt for hverandre. Det innebærer at de samme holdninger som skal prege vårt forhold til brukeren, også må prege vårt forhold til samarbeidspartnerne. Da vil brukeren få det beste produktet. Vi kan kalle det samarbeidskompetanse, og denne må utvikles gjennom praktisk arbeid og holdningsskapende virksomhet.

Kompetanse må utvikles i forhold til praktisk gjennomføring av (re)habiliteringsprosessen. Kunnskap om rehabiliteringsprosessen og læring gjennom praktisk erfaring må gå hand i hand.

Som tidligere nevnt, kan en (re)habiliteringsprosess innebære smertefull omstilling for den funksjonshemmede. Det kan være nødvendig å knytte til seg fagpersoner med bredere psykologisk innsikt, men rehabiliteringspersonalet generelt bør også ha en basiskunnskap innen området.

Videreutdanning i rehabilitering ivaretar alle aspekter ved rehabilitering.

**3.10. Arena.**

Rehabilitering må foregå på mange arenaer. Ettersom en viktig kommunal oppgave er å tilrettelegge miljøet med tanke på deltagelse, må en vesentlig del av rehabiliterings-virksomheten foregå der innbyggerne oppholder seg og ferdes: i heimen og nærmiljøet, i barnehage og skole, på arbeidsplassen og på fritidsarenaer.

Spesiell arena for døgnerhabilitering er ofte opprettet på aldersinstitusjoner i kommunene.

I større kommuner finnes spesielle rehabiliteringsinstitusjoner.

Dagrehabiliteringslokaler er utbygd i enkelte kommuner med tanke på rehabiliteringsvirksomhet for heimeboende.

Varmtvannsbasseng er et godt tilbud for mange i en rehabiliteringssammenheng, både med tanke på opp trening av funksjon, men også med tanke på forebygging og oppfølging.

**4.0. PRESENTASJON AV LEVANGER KOMMUNE****4.1. Generell presentasjon.**

Levanger Kommune har et areal på 649km<sup>2</sup> og har pr.01.01.96 17310 innbyggere. Hovednæringen i kommunen er landbruk.

Levanger er kjent som en skoleby med skoler på videregående nivå og høgskolenivå. Høgskolen i Nord-Trøndelag har ca. 1500 studieplasser i Levanger fordelt på ulike utdanningsretninger.

Kommunen har ca. 30 industribedrifter hvorav Norske Skogindustrier AS er den største med 800 ansatte. Innherred sykehus med over 800 ansatte ligger i kommunen.

Byen har gamle handelstradisjoner. Jernbanen og E6 går gjennom kommunen.

Kommuneadministrasjonen ligger i Levanger sentrum. Administrasjonen er oppbygd i etater: Kultur- og Miljøetaten, Undervisningsetaten, Teknisk etat, Landbruksetaten og Helse- og Sosialetaten (HOS-etaten). HOS-etaten er oppdelt i 4 fagavdelinger: Helseavd., Sosialavd., Helsesøsteravd., Pleie- og omsorgsavd. Seksjon for medisinsk attføring er en seksjon i Helseavdelingen.

Helse- og sosialsjefen er øverste leder av etaten.

**4.2. Befolkningsframskrivning.**

	<b>Totalt</b>	<b>0-6 (%)</b>	<b>7-15 (%)</b>	<b>16-19 (%)</b>	<b>20-24 (%)</b>	<b>25-66 (%)</b>	<b>67-79 (%)</b>	<b>80+ (%)</b>	<b>90+</b>
1994	17180	1830 (10,6)	2129 (12,3)	910 (5,2)	1295 (7,5)	8690 (50,5)	1618 (9,4)	724 (4,1)	99 (0,5)
2000	17760	1866 (10,5)	2369 (13,3)	912 (5,1)	1120 (6,3)	9206 (51,8)	1509 (8,5)	778 (4,4)	119 (0,7)
2010	18503	1681 (9,1)	2428 (13,1)	1096 (5,9)	1213 (6,6)	9757 (52,7)	1514 (8,2)	814 (4,4)	168 (0,9)
1/1-1996	17310	1840 (10,6)	2156 (12,5)	880 (5)	1278 (7,4)	8807 (50,9)	1608 (9,3)	741 (4,3)	101 (0,5)

**4.3. Overordnet mål i HOS-etaten i Levanger kommune.**

Helse- og sosialetatens tjenester skal bistå brukerne slik at de får et liv med aktiv deltagelse, medbestemmelse og trygghet.

#### **4.4. Behov for (re)habilitering.**

Det er vanskelig å si noe eksakt om behov for rehabilitering, da det i liten grad er foretatt systematiske registreringer på området.

I St.meld. 34 "Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre" (1996-97), vises det til Helseundersøkelsen 1985 der man stilte spørsmål om varige vansker i forhold til vesentlige livsområder. Undersøkelsen gir et anslag for antallet funksjonshemmede i landet. Anslaget tilsvarer at 18,8 % av befolkningen er funksjonshemmet. For den yrkesaktive del av befolkningen er anslaget 16,2%. Funksjonshemmede i institusjon er ikke med i undersøkelsen.

Rikstrygdeverkets statistikk for 1993 viser at muskel- og skjelettlidelser ligger til grunn for 53 % av langtidsfraværet (over 8 uker) i norsk arbeidsliv. Lidelsene har de senere år vært den hyppigste årsak til uføretrygding i Norge; for kvinner henimot halvparten av tilfellene, for menn vel tredjedelen.

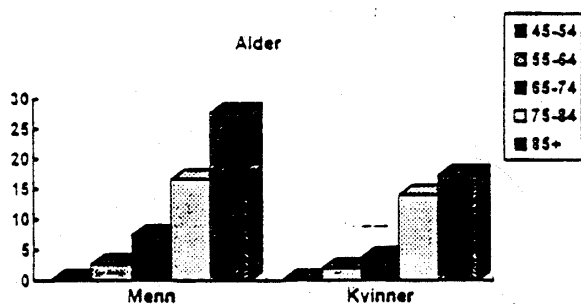
Et økende antall eldre i befolkningen vil representere et økende antall personer med ulike funksjonshemminger. Muskel- og skjelettlidelser er et betydelig problem hos mange eldre. Lidelsene nedsetter den enkeltes funksjonsnivå og kan gjøre det vanskelig å delta i samfunnet.

Habiliteringsteamet for barn på Innherred Sykehus opplyser at nyere epidemiologiske studier viser at 4-5 % av alle barn har en klar skjevutvikling eller lettere mental retardasjon. 1,2 til 1,5 % av et årskull vil ha omfattende funksjonshemminger som vil kreve spesialiserte og omfattende tjenester i et livslangt perspektiv. Habiliteringsteamet har pr.d.d. kontakt med 61 personer fra Levanger kommune i alderen 0 -18 år. Disse hører inn under gruppen barn med relativt omfattende funksjonshemming.

I forbindelse med Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede, ble det i 1995 gjort en kartlegging av personer med Parkinson sykdom. Det anslås å være ca. 6000 personer med sykdommen i Norge. Kartleggingen viste at det er få som får oppfølging i form av rehabilitering. Bare ca. 10 % av de som deltok i undersøkelsen har fått noen form for opplæring eller rehabilitering i forbindelse med lidelsen. Hele 70 % ønsket et slikt tilbud. En undersøkelse fra Rogaland viser at 16 % av de med diagnosen er i yrkesaktiv alder. (St.meld. nr 34 «Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre.»)

## Årlige rater av førstegangsslag per 1000 i Innherredsregionen

Alder	Menn	Kvinner
45-54	0,17	0,18
55-64	2,7	2,0
65-74	7,4	3,8
75-84	16,6	14,0
85+	27,6	17,2



Fordelingen av inkluderte kasus (førstegangs-og recidivslag) mellom kommunene i registreringsperioden 010994-310895

Kommune	Antall
Steinkjer	58
Levanger	54
Stjørdal	51
Verdal	40
Frosta	13
Inderøy	13
Snåsa	8
Meråker	5
Leksvik	5
Mosvik	2

Hentet fra prosjekt  
"Hjerneslag i Nord- Trøndelag"

## **5.0. NÅSITUASJONEN - BEFOLKNINGEN OVER 18 ÅR**

### **5.1. Målgrupper .**

Innbyggere tilhørende gruppe 1a) b) og c) og 2a) og b). (se kap.3.1.)

I planen ønsker vi spesielt å sette fokus på personer med belastningslidelser, som utgjør en stor og økende gruppe mennesker med kroniske plager i vårt samfunn.

### **5.2. Aktuelle samarbeidspartnere.**

Innbygger med funksjonshemming og dennes familie.

Legetjenesten.

Seksjon for medisinsk attføring.

Pleie- og omsorgstjenesten.

Sosialavdelingen.

Teknisk etat.

Kulturetaten.

Skole/utdanning.

Trygdekontor.

Arbeidskontor.

Arbeidsplass.

Bedriftshelsetjeneste.

Hjelpemiddelsentralen.

Innherred Sykehus.

Bjørnang A/S Opptreningscenter og Meråker Sanitetsforenings Kurbad.

3.- linjetjenesten.

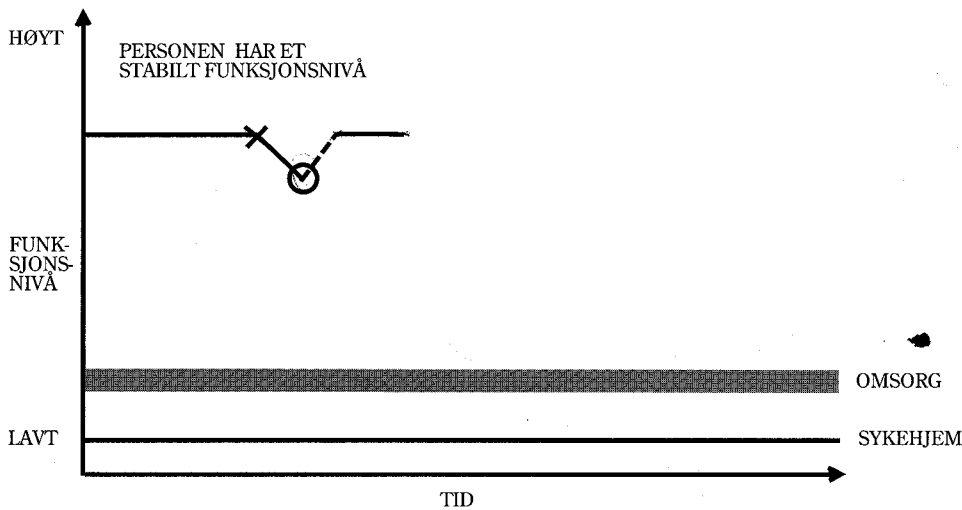
### **5.3. Organisering.**

Virksomheten mangler en fast adresse i kommunen. Rehabiliteringsvirksomheten er mest tilfeldig organisert i forhold til funksjonshemmede i aldersgruppen 18 -67 år. Imidlertid kan et samarbeid fungere i enkelttilfeller, og da kanskje best i forhold til personer med omfattende funksjonshemming. Imidlertid er det grunn til å tro at tiltak utøves på flere nivåer og fra flere faggrupper uten reell brukerstyring og koordinering av tiltak. Ansvarsgrupper opprettes sjelden.

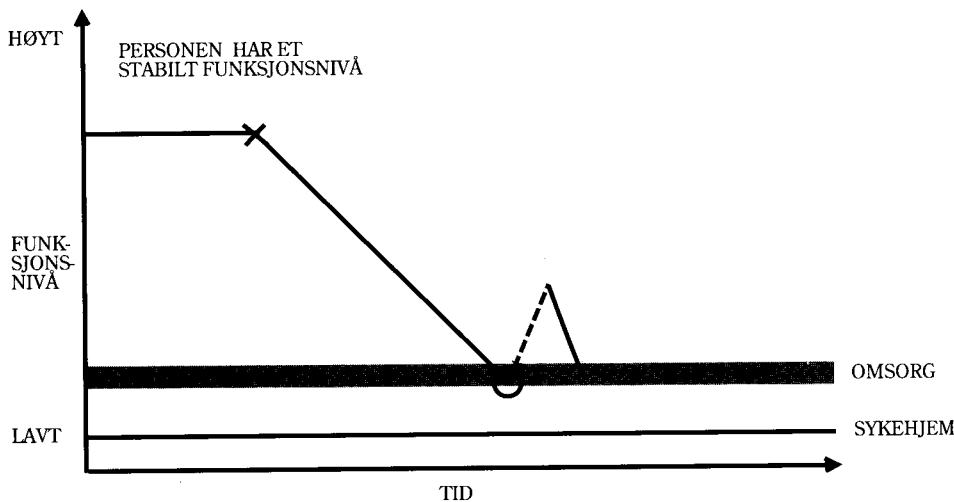
### **5.4. Identifisering av behov.**

Det er sannsynligvis slik at behov for rehabilitering ofte ikke oppdages. Vi tror dette skyldes mangelfull kunnskap om rehabilitering som arbeidsredskap hos det personellet som møter brukeren. Har Elsa Hansen med lårhalsbrudd behov for rehabilitering som tilnærming eller er diagnostikk, behandling og opptrening tilstrekkelige tiltak? Dette handler om å vurdere problemets omfang og kompleksitet, og dette gjøres i for liten grad i helsevesenet i dag.

### 5.5 Eldre med begynnende funksjonssvikt - tidlig inngripen.



Hentet fra boka «Det handler om verdighet». Figuren skal illustrere inngripen ved begynnende funksjonssvikt. Innsatsen fører personen tilbake på tidligere mestringsnivå.



Figuren er tatt fra boka «Det handler om verdighet». Den illustrerer inngripen på et stadium der brukeren over lengre tid har tapt seg og har behov for pleie- og omsorgstjenester. Rehabilitering fører til økt funksjonsnivå, men funksjonsnivået faller ofte igjen etter endt innsats. En innsats på et sent stadium mener man altså ikke vil gi de samme resultater som tidlig inngripen.

Vår erfaring med rehabilitering av eldre i dag, er at tiltak i stor utstrekning settes inn for seint. Brukere som over lengre tid har hatt et gradvis funksjonstap, og som ender opp med store hjelpebehov, mener vi kunne fått en annen utvikling ved hjelp av tiltak i grenseland mellom rehabilitering og forebygging på et tidligere tidspunkt.

Eldre er som nevnt en sårbar gruppe med tanke på forandringer i ytre rammer (målgrupper 2a) og b). De eldre aksepterer funksjonstap i større grad enn andre, da forandringene tilskrives naturlig aldring. Spørsmål om bistand kommer først når vedkommende har behov for pleie- og omsorgstjenester.

Det er legetjenesten som i dag i noen grad har kontakt med denne brukergruppen.

De oppsøker legen for ulike plager de måtte ha. Behov for tidlige tiltak med tanke på å stoppe en uheldig utvikling, oppdages ikke.

## **5.6. Personer med syns- og hørselstap.**

Personer med syns- og hørselstap er en stor gruppe som kan ha behov for tverrfaglig bistand. Av disse utgjør naturlig nok eldre den største gruppen. Dette er personer som tradisjonelt har blitt viet liten oppmerksomhet i rehabiliteringssammenheng.

## **5.7. Personer i yrkesaktiv alder med belastningslidelser - en forsømt gruppe?**

Det er et faktum at belastningslidelser er et voksende problem i befolkningen. Belastningslidelser er en felles betegnelse for smertetilstander i muskler og skjelett/ledd. Depresjon, angst og tretthet kan i noen tilfeller være en del av bildet. Belastningslidelsene er årsak til mye lidelse og funksjonsproblemer på det personlige plan. På samfunnsplanet utgjør disse lidelsene økende utgifter i forbindelse med sykemeldinger, attføring og uførepensjonering.

### **5.7.1. Prosjektet "Interkommunal rehabiliteringssentral" i Nord-Trøndelag (Steinkjer).**

Prosjektet er ett av flere i Sosialdepartementets satsningsprogram "Trygd og rehabilitering." Sentralen er et dagrehabiliteringstilbud for personer i yrkesaktiv alder med kroniske belastningslidelser.

Fysioterapeut Aud Ramberg på Steinkjer har vært opptatt av denne målgruppen i flere år. Hun peker i en egen rapport («Rehabiliteringssentraler - et virkemiddel i arbeidet for mennesker med langvarig funksjonsnedsettelse?») på at det brukes store ressurser i samfunnet i form av medisinske utredninger, medikamentell og fysikalsk behandling, sykemeldinger og yrkesmessig attføring. Uføretrygd er i mange tilfeller det endelige resultatet. Målgruppen topper uførestatistikken. Helsevesenet har i dag ikke godt nok arbeidsredskap når det gjelder disse helseproblemene. Aud Ramberg påpeker at tilnærmingen til brukeren preges av akuttmedisinsk tankegang: diagnostisering og behandling med tanke på helbredelse. I et begynnende sykdomsforløp er tilnærmingen relevant. På et eller annet tidspunkt når det framstår som klart at det dreier seg om plager av mer langvarig/varig karakter, mener hun at strategien må forandres.

"Tidlig samordnet rehabiliteringsinnsats" er den tilnærmingsformen som utprøves på Steinkjer. For personer som har utviklet kroniske plager, vil det være viktig å lære seg til å mestre tilværelsen med funksjonsproblemene. På Rehabiliteringssentralen i Stod vektlegges fagpersonenes pedagogiske rolle. Arbeidsmetodikk er utviklet med tanke på individuell kartlegging, målsettingsarbeid og utarbeiding av individuelle rehabiliteringsplaner. Grupperettet fysisk aktivitet er en del av opplegget, samt friluftslivsaktiviteter. Prosessene er brukerstyrte. Samarbeidsrutiner er opprettet med trygdeetat, arbeidsmarkedsetat, arbeidsplass og bedriftshelsetjeneste. Primærlegen er en sentral samarbeidspartner i opplegget. Sentralen er et redskap som primærlegen kan spille på i forhold til innbyggere med kroniske belastningslidelser.

I rapporten sin foreslår Aud Ramberg overfor sentrale myndigheter at rehabiliteringssentraler utvikles i primærhelsetjenesten med tanke på rehabilitering av denne målgruppen. Hun foreslår at fysioterapeut, ergoterapeut og sosionom skal utgjøre et basispersonell på sentralene.

Vi i arbeidsgruppen mener at rehabiliteringsvirksomhet i forhold til den omtalte målgruppen med fordel måtte kunne samlokaliseres med annen kommunal dagrehabilitering.

## **5.8. Kommunal døgnrehabilitering.**

Systematisk rehabilitering blant eldre er først og fremst utviklet i tilknytning til døgnrehabiliteringstilbudet i kommunen. I -92 ble det igangsatt døgnrehabilitering ved en egen enhet på sykeheimen på Bredablikktunet.

Enheten har 6 senger og er fysisk adskilt fra resten av sykeheimen med egen dagligstue og spisestue med kjøkkenkrok.

I 1995 ble 3 senger på sykeheimen på Skogn helsetun avsatt for rehabilitering. Disse er integrert i den ene sengeposten, og rehabiliteringsklientene bruker de samme oppholdsromma som de øvrige beboerne.

### 5.8.1. Målgrupper:

Kommunens 9 rehabiliteringssenger er primært tiltenkt eldre.

Brukere av døgntilbudet:

- Eldre som har hatt et sykehusopphold i forbindelse med akutt sykdom eller skade som har ført til funksjonstap av forskjellig grad. Ofte er funksjonstapet av stort omfang. En del av brukerne har også før sykehusoppholdet nedsatt funksjonsnivå av varierende grad og mottar tilbud fra PO-avdelingen.
- Eldre som gradvis har utviklet funksjonstap over lengre tid uten klar medisinsk årsak.
- Eldre med kronisk progredierende sykdom.

Når det er ledighet i plassene, tas det inn eldre med avlastningsbehov og behov for akutte pleietiltak.

Evalueringsrapporten for 1996 fra teamet på Breidablikktunet konkluderer med at sengene i enheten i lange perioder belegges av brukere som først og fremst har et pleiebehov og et svært begrenset rehabiliteringspotensiale. Dette skyldes delvis 2. linjetjenestens henvisningsrutiner, men også at eldre med rehabiliteringsbehov "taper" i forhold til personer med store pleiebehov.

Det har vært et tilbakevendende problem å få de "rette" brukerne til døgnplassene. Det er også grunn til å tro at potensielle brukere velger bort tilbud i sykeheim p.g.a. at sykeheimen forbindes med sykdom, passivitet og død.

Skogn helsetun melder om at plassene i 1996 stort sett har vært brukt til eldre med rehabiliteringsbehov.

### 5.8.2. Inntaksrutiner.

Inntaksrutinene på Breidablikktunet og Skogn helsetun er forskjellige. På Skogn er Seksjon for medisinsk attføring representert i inntaksteamet. På Breidablikktunet deltar fysio- og ergoterapeut i et forberedende møte som gir råd til inntaksteamet. Fysio- og ergoterapeuters vurderinger er avgjørende med tanke på å få de «rette» brukerne til rehabiliteringsplassene. For tiden foretar Pleie- og omsorgsleder og Kommunelege 1 en gjennomgang av inntaksrutinene i kommunen.

### 5.8.3. Tverrfaglighet, samarbeid.

Personell tilknyttet døgnerhabiliteringstilbudene arbeider i tverrfaglige team som har rutiner for samarbeid med bruker og pårørende og mellom faggrupper. Fagteamet består av sykepleier, hjelpepleier, lege, ergo- og fysioterapeut. Logoped tilkalles ved behov.

I forbindelse med forberedelse av utskriving til egen bolig, trekkes hjemmetjenestens personell inn i planleggingen.

I en overgangsfase er det behov for samkjøring av ressurser, og opplæring/veiledning av personell i hjemmetjenesten kan være påkrevet. Det er viktig at rehabiliteringstiltak følges opp i heimen i følge klientens rehabiliteringsplan.

I dag fungerer samarbeidet med hjemmetjenesten noe ulikt. I enkelte tilfeller fungerer oppfølging godt, i andre tilfeller blir oppfølgingstiltak bare sporadisk gjennomført.

Dette kan skyldes svikt i overføringsrutiner, utilstrekkelig veiledning/undervisning av personell, for lite personellressurser eller manglende ressursorientering og forståelse for rehabilitering hos den enkelte

tjenesteyter. Generell innføring av system med primærkontakter står på trappene og vil sannsynligvis bedre samarbeidet med hjemmetjenestene.

#### **5.8.4. Vurdering av tilbudet.**

Bakgrunnen for å satse på rehabiliteringssenger på to av kommunens helsetun, var at rehabilitering skulle foregå i brukerens nærmiljø. Det har vist seg å ligge problemer i en slik desentralisert modell, bl.a. ut fra ressursmessige forhold. Terapeutressursene i kommunen er små, og modellen har vist seg å være svært sårbar for vakanser.

For store terapeutressurser bindes opp i arbeidet med å utvikle to døgntilbud på bekostning av andre oppgaver. Pleieressursene knyttet opp mot rehabiliteringssengene på Skogn, har hele tiden vært for knappe med tanke på nødvendig oppfølging i rehabiliteringssammenheng.

Det er en kjensgjerning at det er knyttet vansker til å utvikle et rehabiliteringstilbud i sykeheim. Det har vist seg å være nødvendig å skille ut rehabiliteringsvirksomheten i egne enheter (evt. egne senger) med fast personale for å få en effektiv drift av døgntilbud. Rehabiliteringsklienter krever en annen tilnærming og oppfølging fra pleiepersonell enn beboere som hovedsaklig har et pleie- og omsorgsbehov.

Rehabiliteringsklienter trenger et miljø som signaliserer at det nytter, som motiverer og stimulerer til innsats. For å skape et slikt miljø er dyktige fagarbeidere nødvendige, men brukerne selv kan være vel så viktige i denne sammenhengen.

Et rehabiliteringsmiljø av en viss størrelse som er avskjermet i forhold til resten av sykeheimsvirksomheten og med fast personell, har klare fordeler med tanke på å skape det "rette" klima og utvikle et kvalitativt godt tilbud.

Målgruppen bør omfatte yngre brukere med omfattende funksjonshemninger som trenger en fleksibel overgang fra institusjon til egen bolig.

Det er politisk vedtatt at Breidablikktunet skal ha et døgntilbud på 9 senger. I forbindelse med forestående ombygging ligger det muligheter for å få tidsriktige lokaler.

Eldre med relativt omfattende pleiebehov og beskjedent rehabiliteringspotensiale må få tverrfaglig vurdering og assistanse i distriktet ved behov, enten vedkommende oppholder seg i sykeheimen eller i heimen.

Det må bli opp til distriktene å bestemme hvordan de vil organisere et døgntilbud til denne gruppen eldre. Imidlertid er det viktig også for denne gruppen at det samarbeides tverrfaglig og at tilnærmingen preges av rehabiliteringstankegangen.

#### **5.9. Rehabilitering som tankegang - fagdugnaden.**

I 1994 gjennomførte etaten en storstilt "fagdugnad" for å spre rehabilitering som tankegang blant alle ansatte i etaten. Ideologien/tankegangen står for verdier og holdninger som er en verdifull ballast i alle helsearbeideres koffert både sett ut fra systemets målsettinger og den enkelte brukers.

Det er vesentlig at det totale tjenestetilbudet preges av ressursorientering og brukermedvirkning og unngår "læring av hjelpeløshet" som har preget (og delvis preger) deler av tjenestetilbudet.

Rehabilitering av personer med større funksjonshemming er i stor grad avhengig av at tiltak videreføres og oppfølges i heimen, og pleiepersonellens holdninger har betydning for om vi lykkes.

Bevisstgjøring av egne verdier og holdninger var resultatet for mange av oss som deltok i fagdugnaden. Imidlertid må slike prosesser holdes varme, og det er viktig å finne gode måter å videreføre det arbeidet som startet med fagdugnaden.

### **5.10. Fysio- og ergoterapi-tjenesten.**

Omfang: 7,2 driftsavtaler fordelt på 8 fysioterapeuter  
5 fastlønnsstillinger hvorav 1/2 stilling er avsatt til ledelse  
2,5 ergoterapeutstilling

Fysioterapeutene med driftsavtale driver sin praksis i private institutter. De gir behandlings- og treningstiltak på bakgrunn av funksjonsundersøkelser etter henvisning fra lege.

Behandlingstiltakene er i hovedsak individuelle, men det drives også grupperettet praksis.

Fysioterapeutene på fastlønnsordning og ergoterapeutene er samlokaliserte på 2 hoved-baser:

Breidablikktunet og Skogn helsetun. Terapeutene har fordelt arbeidsoppgavene i forhold til inndeling i distrikt og målgrupper. 1,5 ergoterapeutstilling og 3,5 fysioterapistilling er avsatt på innbyggerne i aldersgruppen 18 - 67 år og eldre over 67 år.

Fastlønnsordningen egner seg best når det gjelder virksomhet som krever omfattende grad av samarbeid, og det foreligger en arbeidsfordeling mellom fysioterapeutene i samsvar med en slik forståelse. Imidlertid er det nødvendig at også privatpraktiserende fysioterapeuter går inn i tverrfaglige team rundt enkeltbrukere i større grad enn i dag.

Terapeutenes arbeidsredskap er funksjonsvurdering, behandling/ trening/ funksjonstrening, tilrettelegging av aktivitet, formidling av tekniske hjelpemidler og tilrettelegging av miljø, herunder boligtilpasning og planlegging av boliger til funksjonshemmede.

Dette er tiltak som ofte inngår i rehabilitering.

### **5.11. Pleie- og omsorgstjenesten.**

Funksjonshemmede i alle aldre får ytelser av Pleie- og omsorgstjenesten vurdert i forhold til behov. Dette kan dreie seg om hjemmehjelp, hjemmesykepleie eller støttekontakt.

### **5.12. Personlig assistent.**

I forbindelse med regjeringens handlingsplaner utprøves en ordning med såkalte brukerstyrte personlige assistenter. Kommunen søker sentralt om stimuleringsmidler, og Departementet har fastsatt retningslinjer for slik søknad. Ordningen med personlig assistent er først og fremst ment for personer med relativt omfattende funksjonshemming. Den representerer et alternativ til det tradisjonelle tjenestetilbudet i kommunen, og særpreges av at brukeren styrer tjenestens innhold. Levanger Kommune fungerer som arbeidsgiver og bruker er arbeidsleder og bestemmer oppgaver.

Stortinget har anmodet Regjeringen om at ordningen må omgjøres til et fast tilbud, og Regjeringen har gitt uttrykk for at saken skal tas opp i forbindelse med budsjettet i 1998.

### **5.13. Legetjenesten.**

Legene er viktige i forhold til å oppdage rehabiliteringsbehov i en tidlig fase, samt rehabiliteringsbehov generelt.

Diagnostisering og medisinsk behandling er ofte det som skjer først i en rehabiliteringsprosess. Det er viktig at legen med sitt medisinsk faglige ansvar deltar i samarbeidet omkring bruker.

### **5.14. Psykolog.**

Helse- og sosialtjenesten har ingen tilgang på psykologtjenester. Psykologens kompetanse er vesentlig med tanke på de forandringsprosesser som den funksjonshemmede og hans/hennes familie må gjennomgå i en rehabiliteringsprosess. PPT i kommunen har psykologer i staben. Lederen på PPT er åpen for at helse- og sosialtjenesten kjøper deler av en psykologstilling for å kunne gi et tilbud til befolkningen over 18 år.

### **5.15. Sosialavdelingen.**

Sosialavdelingen gir et tilbud hovedsaklig til mennesker med rusproblemer, alvorlig grad av psykisk lidelse eller sosial mistilpasning av annen karakter. Det er ønskelig at sosialavdelingen gis mulighet til å delta i rehabilitering av andre målgrupper.

#### **5.16. Kommunens dagtilbud.**

Dagtilbud finnes på alle helsetun i kommunen samt i lokalene på St. Eystein. Tilbudet egner seg hovedsaklig for pleietrengende eldre med tanke på avlastning for pårørende og for å hindre isolasjon og passivitet. Enkelte eldre som har gjennomgått en rehabiliteringsprosess, har nytte av oppfølging i et dagtilbud. I slike tilfeller tar fysio- og ergoterapeuter kontakt med dagtilbudets personell for å samarbeide om den det gjelder.

#### **5.17. Grupperettet aktivitet.**

Det siste året har fysio- og ergoterapeuter drevet et utviklingsarbeid når det gjelder ulike gruppetilbud. Gruppetilbud til personer med multiple sclerose, kvinner med belastningslidelser og psykiatriske pasienter er tilbud seksjonen ønsker å kunne satse på og videreutvikle. Bevegelse og kroppsbevissthet er i ulik grad vektlagt i gruppetilbudene, samt informasjon, veiledning og samtale. Fokus legges på å mestre en tilværelse med kroniske plager. Delvis er ressurser innhentet fra 2.-linjetjenesten. Vi erfarer at det i gruppesamlinger er mye å hente m.h.t. erfaringsutveksling, læring og nettverksdannelse. Tilbakemeldingene fra brukerne har vært positive, og vi opplever at arbeidsformen er nyttig.

På Breidablikktunet har terapeutene i flere år drevet ei såkalt "slaggruppe". Den har som målgruppe heimeboende eldre med funksjonshemming etter hjerneslag.

Tilbudet vektlegger tilpasset trening og sosialt fellesskap over kaffekoppen. Vi mener at tilbudet egner seg godt med tanke på oppfølging etter endt rehabilitering. Et liknende tilbud for personer med Parkinsons sykdom ble gitt på Skogn helsetun et års tid, men ble avsluttet grunnet ressursmangel på terapeutsida.

Grupperettet aktivitet som tiltak innen rehabilitering, oppfølging og forebyggende arbeid er lite utviklet i Levanger. Bevegelsesgrupper eller såkalte friskverngrupper er etterlyst fra Rehabiliteringssentralen i Stod med tanke på oppfølging av personer som har gjennomgått rehabilitering. Sentralen tilbyr opplæring av interesserte instruktører. Disse kan være tilknyttet idrettslag eller kan være personer som selv har plager og trenger denne formen for trening.

#### **5.18. Samarbeid med trygdeetat og arbeidsmarkedsetat.**

Trygdeetaten oppretter såkalte basisteam omkring brukere der det er viktig å samordne innsats fra flere instanser. Kommunelege1 og behandlende lege er HOS-etatsens representanter i basisteam.

Representant fra arbeidsmarkedsetaten kan delta, sosialavdelingen innkalles ved behov. Der brukeren er vurdert av fysioterapeut og har hatt fysikalsk behandling, kan det være hensiktsmessig at fysioterapeut deltar i basismøtet. Dette er lite gjennomført i dagens praksis. Det er behov for gjennomgå/utvikle samarbeidsrutiner med tanke på samkjøring av medisinsk rehabilitering og yrkesmessig attføring utover det samarbeidet som foregår i basisteam.

#### **5.19. Boligrådgivning - samarbeid med teknisk etat.**

Ergoterapeutene driver rådgivning i forhold til boligbygging og boligtilpasning og ombygging. I denne forbindelse har seksjon for medisinsk attføring et samarbeid med teknisk etat. Svært ofte kommer seksjonen for sent inn i planleggingen, enten det nå gjelder offentlige eller private saker. Når hoveddrammene er lagt, er det vanskelig å ha vesentlig påvirkning på resultatet. Det er behov for å utarbeide faste samarbeidsrutiner i forhold til arbeidsfeltet. Det er også et behov for å informere aktuelle brukere om tilbudet.

#### **5.20. Samarbeidsprosjekt - HEL-KUL**

Som nevnt påpeker Ivar Lie at helsevesenet er for lite flink til å gripe fatt i den deltagelsesorienterte delen av rehabiliteringsprosessen, utover å legge til rette for en så selvstendig heimetilværelse som mulig.

Levanger kommune er utpekt som en av to kommuner i landet til å utvikle samarbeidsformer mellom helse og kultur på bred basis i kommunen. Målet er å gjøre kulturtilbud/kulturell aktivitet tilgjengelig for grupper som står i fare for å isoleres i samfunnet. Dette arbeidet vil sannsynligvis vise seg å være verdifullt i forhold til rehabilitering med tanke på deltagelse i samfunnet.

### **5.21. Lokaler.**

Det finnes ikke egnede lokaler for dagrehabilitering og bevegelsesgrupper i kommunen. Gruppevirksomhet i forhold til eldre har foregått i lokaler på helsetuna, men her konkurrerer denne aktiviteten med dagtilbudene. Dette har ført til kummerlige forhold, spesielt for "slaggruppen".

Når nye tilbud skal etableres, er det alltid en hodepine og et problem å ordne egnet lokale.

Breidablikktunet er ikke bygd med tanke på en framtidig rehabiliteringstjeneste. Trenings- og behandlingslokalene er uegnet.

Det finnes ikke adskilte behandlingsrom som kan lukkes eller et moderne utstyrt treningskjøkken der aktiviteter kan foregå uforstyrret. Rom for utprøving av hjelpemidler, samtalerom, møterom og rom for undervisning finnes ikke. Arealer for kontorer er et generelt og presserende problem for flere faggrupper på Breidablikktunet.

Varmtvannsbasseng og et større svømmebasseng i tilknytning til Badeland på Magneten er i dag under utredning. Et varmtvannsbasseng vil være av stor verdi med tanke på forebygging, behandling og rehabilitering samt med tanke på oppfølging etter rehabilitering.

### **5.22. Bjørnang A/S Opptreningsssenter og Meråker Sanitetsforenings Kurbad.**

Mange av kommunens innbyggere med rehabiliteringsbehov får et døgntilbud ved disse institusjonene. I 1996 hadde 159 innbyggere fra Levanger kommune opphold på Bjørnang. Dette tilsvarer 23% av det totale belegget i 1996. Tall for Meråker er etterspurt, men ikke mottatt.

De private institusjonenes rolle er behandlet i fylkets rehabiliteringsplan. Denne legger opp til at 2. linjens engasjement på institusjonene vil avta i takt med en avklaring av ansvar mellom 1. linjen og 2. linjen. I dag finansierer fylket opphold som man antar egentlig er et kommunalt ansvar. Det er uklart vilken rolle sentrale myndigheter tenker seg at treningssentrene skal ha i framtiden.

Det har vært avholdt møter med Bjørnang Rehabiliteringssenter for å diskutere samarbeid. Det foregår samarbeid med begge institusjoner når det gjelder oppfølging av den enkelte bruker.

På grunn av beliggenheten er det naturlig først og fremst å satse på et tett samarbeid med Bjørnang A/S Opptreningsssenter.

### **5.23. Samarbeid med den fylkeskommunale helsetjenesten/ sykehuset.**

2. linjetjenesten har kontakt med brukere med ulike behov for oppfølging i kommunen.

I fylkets plan for rehabilitering erkjennes utilfredsstillende samarbeid med kommunene, og man legger i en handlingsplan opp til arbeid med forbedring av rutineene, både på overordnet nivå og i forhold til den enkelte bruker. Dette arbeidet startet opp allerede høsten 1997 i form av en rehabiliteringskonferanse der både kommune og fylkeskommune var representert. Konferansen ga føringer til det arbeidet som skal utføres av ei oppnevnt arbeidsgruppe med representanter fra kommune og fylkeskommune.

### **5.24. Hjelpemiddelformidling, samarbeid med fylkets hjelpemiddelsentral.**

Fylkets Hjelpemiddelsentral i Levanger(HMS) er en viktig samarbeidspartner for den kommunale rehabiliteringstjenesten. Kontaktperson for HMS er sjeffysioterapeut.

Kommunen fikk nye oppgaver i forbindelse med etableringen av HMS. Disse er nedfelt i avtaler mellom HMS og den enkelte kommune:

- transport av hjelpemidler
- enkel montering og reparasjon

Disse tjenestene kjøper kommunen delvis av Innherred Produkter, delvis utføres oppgavene av vaktmestertjenesten ved helsetuna. Bruker og pårørende forestår transport der det er mulig. Hjelpemiddelsentralen bistår med kompetanseoppbygging på feltet.

Som før har kommunen ansvar for behovsutredning, utprøving, tilpasning, opplæring og oppfølging m.h.t. formidling av tekniske hjelpemidler. I kompliserte tilfeller bistår HMS med kompetanse. Hjelpemiddelformidling er ofte et nødvendig tiltak i rehabilitering og habilitering. Prosessen kan være ressurskrevende, spesielt i tilfeller der funksjonshemmingen er omfattende.

Tall fra HMS viser at 2331 hjelpemidler er utlånt til 761 innbyggere i Levanger kommune i perioden 01.01.95. - 08.04.97. Dette representerer 15% av sentralens totale utlån.

Eldre er den største brukergruppen av hjelpemidler. Dette har i stor grad sammenheng med at stadig flere eldre med relativt omfattende funksjonssvikt blir boende i egen heim eller får tilbud om omsorgsbolig. Tilrettelegging ved hjelp av hjelpemidler og andre former for tilpasninger i bolig er et av flere nødvendige tiltak for å muliggjøre omleggingen i eldreomsorgen. Relativt omfattende terapeutressurser i kommunen går til dette arbeidet.

HMS arrangerer årlige samarbeidsmøter med de kommunale kontaktpersonene for stadig å evaluere og forbedre samarbeidet.

#### **5.24.1. Syns- og hørselskontakt.**

I avtalen med HMS "lover" kommunen å velge en såkalt syns- og hørselskontakt.

Denne skal sitte inne med kunnskap om syns- og hørselshjelpemidler og hensiktsmessig tilrettelegging i forhold til disse sansetapene. Behov skal kunne kanaliseres til hørsels- og synskontakten som samarbeider med HMS og finner hensiktsmessig arbeidsdeling i hvert enkelt tilfelle. Enklere montering og reparasjoner er også i slike tilfeller et kommunalt ansvar, mer komplisert teknologi krever spesialkompetanse.

Levanger kommune har en syns- og hørselskontakt. Han har fått denne oppgaven på toppen av andre arbeidsoppgaver, og har svært begrenset mulighet til å gå inn i feltet for fullt.

Han har imidlertid deltatt på kurs på HMS og har allerede opparbeidet noe kompetanse, hovedsaklig i forhold til hørselshjelpemidler.

Vi har ikke villet gå ut med personens navn, ettersom hans kapasitet til å følge opp eventuelle henvendelser er såpass begrenset. Imidlertid har vedkommende en stilling i PO-avdelingen som medfører stor kontakt med eldre, og det har vært naturlig for han å gripe fatt i behov som han "snubler over".

HMS uttrykker at det i større kommuner vil være mest hensiktsmessig å ha en synskontakt og en hørselskontakt, da hvert område er relativt omfattende og helt forskjellig. Det er viktig at hørsels- og synskontakten samarbeider med rehabiliteringstjenesten med tanke på å få vurdert totalsituasjonen der det er nødvendig.

Som nevnt tidligere i planen, har gruppen eldre med sansetap tradisjonelt ikke fått særlig oppmerksomhet i en rehabiliteringssammenheng. Bruk av hensiktsmessige hjelpemidler kan være et vesentlig tiltak med tanke på å hindre/forsinke en uheldig utvikling med passivisering og isolasjon.

**5.25. Korttidslån av tekniske hjelpemidler.**

Personer med midlertidig tap av funksjon har rett på korttidslån. Det er kommunen som har ansvar for korttidslånsordningen. Korttidslån rekvireres av ergoterapeuter og fysioterapeuter på fastlønnsordning. Kommunen kjøper tjenester av Reko A/S på Steinkjer. Flere kommuner i fylket har egne korttidslager. Det kan være aktuelt å vurdere eget korttidslager også i Levanger kommune i løpet av -97.

**6.0. FORBEDRINGS-/FORANDRINGSOMRÅDER**

På bakgrunn av de forhold planen belyser under kap. 3 ((Re)habilitering - særtrekk) og nåsituasjonen i Levanger kommune, foreslås følgende forbedringsområder med tanke på utvikling av rehabiliteringstjenesten for befolkningen over 18 år:

- Organisering, koordinering og samarbeid mellom nivåer, etater og på tvers av fag i HOS-etaten
- Brukermedvirkning
- Kommunalt døgntilbud
- Kompetanseøkning på rehabilitering hos leger og private fysioterapeuter med tanke på identifisering av rehabiliteringsbehov
- Fagdugnadens arbeid med bevisstgjøring av rehabilitering som tankegang må videreføres
- Utvikling av mangeartede gruppetiltak med tanke på rehabilitering, forebygging og oppfølging
- Lokaler
- Personellressurser

**7.0. NÅSITUASJONEN - BARN OG UNGE 0 - 18 ÅR****7.1. Målgrupper:**

Barn med medfødt funksjonshemming.

Barn med ervervet funksjonshemming p.g.a. sykdom eller skade.

Barn med sammensatte problemer, men ingen diagnose. Herunder regnes barn der årsaken til problematikken ligger i psykososiale forhold.

**7.2. Aktuelle samarbeidspartnere.**

Barn/ungdom med habiliteringsbehov og familie

Helsestasjon

Seksjon for medisinsk attføring

Pleie- og omsorgstjenesten

PPT

Barnehage

Skole - Hegle2

Sosialavdelingen

Teknisk etat

Kulturetaten

Frivillige organisasjoner  
 Hjelpemiddelsentralen  
 Trygdekontor  
 Fylkets habiliteringsteam  
 Innherred Sykehus  
 3.linjetjenesten

### **7.3. Organisering.**

I dag er det ingen fast adresse for å kunne få en tverrfaglig utredning av et barn.

Når det gjelder de minste barna, er det helsesøster som henviser til aktuelle samarbeidspartnere og eventuelt tar initiativ til å danne ei ansvarsgruppe omkring barnet.

De større barna blir ofte henvist til PPT fra barnehager og skoler, som igjen kan henvise til fysioterapeut, evt. ergoterapeut. Da er det som oftest PPT som tar ansvar for å danne ei ansvarsgruppe.

Ansvarsgrupper blir igangsatt i forhold til barn med relativt omfattende funksjonshemming som kanskje allerede fra fødselen av har tydelige problemer. Barna i en gråsoner der problematikken er mindre tydelig og årsaksforhold er mer uklare, vil kunne vandre i systemet i lengre tid før alle aktuelle samarbeidspartnere har kommet på banen og kan bidra til å få en helhetlig vurdering av barnets situasjon.

#### **7.3.1. Ansvarsgrupper - basisteam.**

I forhold til habilitering er ansvarsgrupper brukt systematisk som samarbeidsverktøy i kommunen. Alle barn med store funksjonshemminger har ansvarsgruppe.

Det vil alltid være en vurdering om hvorvidt det er aktuelt å danne ei ansvarsgruppe omkring barn med noe "lettere" problematikk. På en del barn fungerer såkalte basisteam. Det er de av ansvarsgruppemedlemmene som har mest å gjøre med barnet i det daglige.

Basisteam møtes oftere enn ansvarsgruppen for å kunne tilrettelegge den daglige aktivitet og foreta en fortløpende evaluering av tiltak.

Ei ansvarsgruppe har alltid en kontaktperson. Kontaktpersonen skal være en koordinator mellom foreldre/barn og alle involverte faggrupper. Det er likevel et faktum at mange foreldre føler at de må "stå på" å ringe de forskjellige instanser/involverte for å få de tjenester de har behov for og for å få justert tiltak i forhold til forandringer som måtte skje med barnet. Foreldrene må altså ofte koordinere barnets habilitering i tillegg til en krevende foreldrerolle.

Konklusjon:

Selve organiseringsystemet omkring enkeltbruker har vi, men det trengs å ha en finpussing for at det skal fungere som det er ment å gjøre. I dag fungerer gruppene veldig forskjellig, noen fungerer godt, andre fungerer ikke godt nok. Kontaktpersonens rolle må klargjøres, og samarbeid om felles mål og formulering av tiltaksplan med klar ansvars plassering må på plass.

Pedagogene lager individuelle læreplaner til alle funksjonshemmede barn, og i den forbindelse deltar også aktører fra helsevesenet. Disse synes ofte at mål og tiltak i for stor grad preges av skolens innfallsvinkel og i for liten grad tar hensyn til barnets totale situasjon.

Det kan skyldes utifredsstillende skjemaer for kartlegging og nedtegning av individuell (re)habiliteringsplan.

Det såkalte "kenguruskjemaet" ble utviklet for formålet i Levanger kommune for noen år tilbake. Dette er imidlertid nesten ikke blitt brukt, da det oppfattes å være for omfattende og tidkrevende.

### **7.4. Gråsoneproblematikk- barn med sammensatte behov grunnet psykososiale forhold.**

Denne gruppen barn og unge er ofte vanskelig å håndtere for «systemet». Det opprettes sjelden ansvarsgrupper omkring barnet, delvis fordi foreldre ikke ønsker involvering av ulike faggrupper. Dette kan

gjøre det vanskelig å få belyst totalsituasjonen omkring barnet. Imidlertid er det mulig å opprette ansvarsgrupper i større grad enn tilfellet er i dag.

### **7.5. Familiens behov - helsesøsters rolle i habilitering.**

Helsesøstertjenestens ressurser:

Helsesøster: 7.5 årsverk hvorav 1 lederstilling

Jordmor: 0.75 årsverk

Assistenter: 2.5 årsverk

Det er helsesøster gjennom helsestasjonsvirksomhet som oppdager habiliteringsbehov hos de minste barna. Helsesøster sitter som oftest i ansvarsgruppe opptil barnet er 2 år. Da trekker hun seg vanligvis ut av ansvarsgruppen fordi andre faggrupper har den direkte oppfølgingen av barnet. Det er ønskelig at helsesøster opprettholder kontakten med tanke på å kunne følge opp familien. En funksjonshemming hos et familiemedlem berører/ påvirker familiens totale situasjon, og det kan ofte være behov for oppfølging/ støtte. De andre aktørene er i større grad engasjerte i barnets forhold og makter ikke å følge opp foreldrenes situasjon i den grad det er nødvendig. Helsesøster har også kompetanse på feltet.

### **7.6. Fysio- og ergoterapitjenester.**

1 fysioterapeutstilling og 1 ergoterapeutstilling er avsatt til å arbeide med barn. I tillegg til vurderinger av bevegelse og funksjon samt behandlings-/treningstiltak, går jobben ut på hjelpemiddelformidling, tilrettelegging i barnehage og skoler, samt veiledning av barnehagepersonell, lærere og foreldre. Arbeid opp mot barnehagene prioriteres foran ønsket virksomhet i skolen grunnet ressursmangel.

### **7.7. Avlastningstilbud i PO-avdelingen.**

Foreldre med barn med relativt omfattende funksjonshemming har stort behov for avlastning. I Levanger bygges det for tiden lokaler for døgnavlastning som skal stå ferdig våren -98. På sikt skal tilbudet utgjøre 7 plasser. Dette skal erstatte dagens tilbud i Rønningsbergveien og på Breidablikktunet. Kommunen har også tilbud om dagavlastning, sommeravlastning og helgeavlastning samt støttekontaktordning.

Det planlegges å utvikle avlastningstilbudets innhold i retning av aktiv oppfølging i habiliteringssammenheng.

### **7.8. Legetjenesten.**

Spesielle leger har helsestasjonsvirksomhet som del av sin praksis. Primærlegene har en noe utydelig/perifer rolle i habilitering. Dette skyldes i noen grad at mange funksjonshemmede barn har jevnlig kontakt med sykehuslege.

Det er imidlertid ønskelig at legen deltar i tverrfagligheten omkring barnet også på kommunenivå.

### **7.9. Sosialavdelingen.**

Barneverntjenesten er aktuelle aktører i de habiliteringssakene der det dreier seg om barn med psykiske lidelser og sosial mistilpasning.

### **7.10. Pedagogisk psykologisk tjeneste.**

PPT er en viktig samarbeidspartner i barnehabilitering. Tjenesten har spesialpedagoger som driver spesialopplæring og som har kompetanse i forhold til språk og adferd.

Tjenesten har ansatt psykolog i full stilling og venter å få en til ansatt til høsten.

### **7.11. Kulturetaten.**

Etaten lønner fritidsassistenter som bistår personer med spesielle behov. Det er ansatt egen konsulent med ansvar for aktiviteter/fritidstilbud til funksjonshemmede. 2 av delprosjektene i Hel-kul-samarbeidet retter seg mot barn med spesielle behov.

### **7.12. Samarbeid med den fylkeskommunale helsetjenesten.**

Mange barn med ulike funksjonshemninger har omfattende kontakt med sykehuset, og flere har et distansert forhold til primærlegen. Mange blir av sykehusets personell oppfordret til å ta direkte kontakt med sykehuset ved behov for legetilsyn.

For de mest funksjonshemmede barna er dette en nødvendig ordning.

Primærlegene er imidlertid av den oppfatning at også barn med mindre komplekse helseproblemer har denne kontakten med sykehuset.

Det er grunn til å tro at det er Levanger som vertskommune som først og fremst får dette tilbudet, som sannsynligvis oppleves å være positivt og trygt for foreldre og barn.

Dette handler om 2. linjens ressursbruk, og kommer sannsynligvis på bordet i sammenheng med planarbeid innen habilitering på fylkesnivå.

Habiliteringsteam for barn er fylkeshelsetjenestens tilbud om tverrfaglig vurdering av barn med habiliteringsbehov. Samarbeidet med teamet er overveiende godt.

En kjent problematikk når det gjelder samarbeid med 2. linje- og 3. linjenivå, er presentasjonen av ideelle tiltakspakker på bakgrunn av faglige vurderinger.

Realitetene i kommunens verden gir ofte ikke muligheter for de ideelle løsningene. Denne opplevelsen av avstand mellom det ideelle og det mulige kan oppleves frustrerende for foreldre.

En bedre dialog mellom nivåene ved utforming av tiltaksplan er ønskelig. Det er imidlertid på sin plass å påpeke at slike samarbeidsproblemer eksisterer i mindre grad enn tidligere når det gjelder fylkets Habiliteringsteam.

### **7.13. Hjelpemiddelformidling.**

Utprøving og tilpasning av hjelpemidler til funksjonshemmede barn er ofte en omfattende prosess. Ettersom barnet vokser, må en del hjelpemidler byttes ut og nye tilpasses.

Datateknisk utstyr i skolen dekkes nå over Folketrygden. Behovsutredning er et kommunalt ansvar. Utprøving, tilpasning og opplæring foregår i et samarbeid mellom kommunen og HMS alt etter kompleksiteten. IT-konsulenten på undervisningsetaten er kommunens kontaktperson med kompetanse i forhold til funksjonshemmede og bruk av datautstyr.

Ergoterapeuten kan være en samarbeidspartner i slike formidlingsaker.

## **8.0. FORBEDRINGS/ FORANDRINGSOMRÅDER**

På bakgrunn av de forhold planen belyser under kap 3 ((Re)habilitering - særtrekk) og nåsituasjonen i Levanger kommune, foreslås følgende forbedringsområder med tanke på (re)habiliteringstjenesten for befolkningen 0 -18 år:

- Organisering av habilitering på systemnivå og på individnivå.
- Helsesøsters rolle i habilitering, ivaretaking av familier med funksjonshemmede barn.
- Personellressurser
- Videreutvikling av avlastningstilbud.

## 9.0. FORSLAG TIL FORBEDRINGSTILTAK I REHABILITERING OG HABILITERING

Sentrale myndigheter har i flere år fremhevet rehabilitering/habilitering som et satsningsområde i norsk helsevesen. (Re)habilitering er en lovbestemt oppgave, hjemlet i Lov om helsetjenesten i kommunene. For å forbedre dette tjenestetilbudet til befolkningen, foreslås følgende tiltak:

### 9.1. Organisering.

#### 9.1.1. Organisering på overordnet nivå.

Helsesøstertjenesten får koordineringsansvar for habilitering av barn. Avdelingen må utarbeide en arbeidsmodell for hvordan oppgaven best kan ivaretas.

Koordineringsfunksjonen må omfatte å være en fast adresse, igangsetting av ansvarsgrupper, ansvar for å registrere behov og for evaluering av virksomheten.

Seksjon for medisinsk attføring får koordineringsansvar for rehabilitering. Seksjonen må utarbeide en arbeidsmodell for hvordan denne oppgaven best kan ivaretas.

Koordineringsfunksjonen må innebære å være en fast adresse, igangsetting av ansvarsgrupper, ansvar for å registrere behov og for evaluering av virksomheten.

Seksjonen skifter navn til «Seksjon for medisinsk rehabilitering, fysio- og ergoterapi».

Fagråd fungerer som overordnet tverrfaglig team for medisinsk rehabilitering og habilitering av barn. Teamet fungerer som en støttespiller for koordinatorene og har ansvar for å utvikle tjenesten sammen med disse.

Fagråd består av kommunelege1, pleie- og omsorgsleder, sosialleder, ledende helsesøster og sjeffysioterapeut. Fagråd vurderer også i dag søknader/saker som krever omfattende tverrfaglig ressursutløsning.

Fagråd utvides med en fast representant fra PPT når det skal avholdes møter i forhold til habilitering.

#### 9.1.2. Organisering omkring den enkelte bruker.

**Prosjektgruppen ønsker å prioritere arbeidet med å øke kvaliteten på tjenestetilbudet til den enkelte bruker.**

Ansvarsgrupper opprettes omkring den enkelte bruker ved behov. Fagråd tar ansvar for at det utarbeides klare, enhetlige retningslinjer for arbeidet i ansvarsgrupper og at *rollen som kontaktperson avklares*.

Fagråd tar ansvar for at skjema med tanke på utforming av en (re)habiliteringsplan utarbeides/velges.

Redskapet/skjemaet må være det samme enten det dreier seg om en rusmisbruker eller en person med en fysisk funksjonshemming. Det finnes mange varianter av slike skjema, så det bør være unødvendig å legge mye arbeid i dette. Skjema for kartlegging utarbeides/velges med tanke på systematisering og kvalitetssikring av (re)habiliteringsprosessen.

Tverrfaglige samarbeidsmøter i distrikt arrangeres i de tilfellene man ikke finner det hensiktsmessig å opprette ansvarsgrupper. Det er koordinerende instans som kaller inn til tverrfaglige møter. Det er viktig at også sosionom deltar i disse samarbeidsmøtene.

Fagråd har ansvar for at det utarbeides rutiner som gjør det mulig for legene å delta både i ansvarsgrupper og i tverrfaglige samarbeidsmøter.

#### 9.1.3. Brukermedvirkning.

Brukermedvirkning på individnivå skal ivaretas gjennom et system med bruk av ansvarsgrupper og

kontaktperson som fungerer etter intensjonene.

Brukermedvirkning på overordnet nivå må utvikles for å få en (re)habiliteringstjeneste i tråd med innbyggernes/ brukernes behov. Koordinatorene utarbeider retningslinjer/ rutiner for brukermedvirkning i (re)habilitering i samråd med Kommunalt råd for funksjonshemmede, Eldres råd og Fagråd.

#### **9.1.4. Samarbeid med 2. linjetjenesten.**

I følge fylkets rehabiliteringsplan skal det utarbeides retningslinjer for samarbeid mellom 1.- og 2.-linjetjenesten. Det er ønskelig at man i dette arbeidet tar hensyn til de forskjellige kommuners ulike behov.

Det er behov for at 2.linjen blir eksakt i sine vurderinger og henvisninger. Hvem trenger rehabiliteing, hvem er best tjent med et rent opptreningstilbud, og hvem trenger først og fremst pleie- og omsorgstilbud?

Det er videre behov for en felles plattform for ansatte på 1.- og 2.-linjenivå med tanke på forståelse for rehabilitering som begrep og tjeneste. Det vil sannsynligvis være en fordel å gjennomføre felles kurs/ opplæring. Det vil kunne føre til større forståelse for hverandres arbeidsfelt og dermed utvidet innsikt.

I følge «Veilederen», er en av oppgavene til fylkeshelsetjenesten veiledning, undervisning og kompetanseoppbygging i den kommunale helsetjenesten. Når det gjelder fagspesifikke forhold er det klart at 2.-linjen er eksperten og må bistå primærhelsetjenesten med kunnskap/ kompetanse. Temaer må framkomme i en dialog mellom nivåene. Når det gjelder kunnskap om rehabiliteringens mange ansikter i en kommunal hverdag, er 1.-linjen «eksperten». Vi har forskjellige oppgaver i en rehabiliteringsprosess, og utvikler naturlig nok forskjellig slags kompetanse. Det er viktig å ha en felles forståelse for at man utfyller hverandre, og at det ikke dreier seg om et «kompetanshierarki» der 2.-linjen sitter på toppen.

Det er viktig for oss å slå fast at det er kommunehelsetjenesten som etter lov har et hovedansvar for rehabilitering. Når behov for rehabilitering er oppdaget/vurdert på 2.-linjenivå, må melding gis til kommunen som har ansvar for at planleggingsmøter gjennomføres med tanke på videreføring av rehabiliteringsprosessen. Det er en selvfølge at bruker og pårørende deltar.

#### **9.1.5. Samarbeid mellom ulike etater og frivillige organisasjoner.**

Hel-kul-prosjektet innebærer et økt samarbeid mellom HOS-etaten, kulturetaten, undervisningsetaten og de frivillige organisasjonene. Som vi ser det, er dette viktige samarbeidsrelasjoner med tanke på å utvikle deltagelsesrettet rehabilitering.

Koordinator for rehabilitering tar i samarbeid med fagråd initiativ til å utarbeide samarbeidsmodeller med trygde- og arbeidsmarkedsetat i forhold til personer i yrkesaktiv alder med funksjonshemming.

Seksjon for medisinsk attføring tar initiativ til å utarbeide retningslinjer for samarbeid mellom seksjonen og teknisk etat m.h.t. planlegging av boliger og offentlige bygninger med tanke på funksjonshemmede.

## **9.2. (Re)habiliteringstilbud.**

### **9.2.1. Døgntilbud.**

Døgnrehabilitering legges til Breidablikktunet. Her har man opparbeidet en kompetanse som det er viktig å ta vare på. Tilbudet skal omfatte funksjonshemmede i alle aldersgrupper.

Det er politisk vedtatt at et rehabiliteringstilbud på Breidablikktunet skal ha 9 plasser.

Retningslinjer for opptak er under vurdering.

Flere pleietrengende eldre vil ha behov for tverrfaglig vurdering og oppfølging. Disse befinner seg i en gråsoner mellom avlastning/pleie/rehabilitering og må få et døgntilbud i sitt eget distrikt.

### **9.2.2. Dagrehabilitering.**

Dagrehabilitering utvikles mer systematisk enn i dag. I forhold til personer med belastningslidelser brukes samme tilnærming som på rehabiliteringssentralen i Stod. Modellen må tillempes noe. Nye ressurser tilføres Seksjon for medisinsk attføring og Sosialavdelingen i -99 for å sette i gang et utviklingsarbeid. Hospitering på Rehabiliteringssentralen i Stod gjennomføres før oppstart.

### **9.2.3. Grupperettede tiltak.**

Videreutvikling av ulike treningstilbud i grupper med tanke på dagrehabilitering, oppfølging og forebygging. Der det er nødvendig, skal tilbudet utvikles i et tverrfaglig samarbeid.

Utvikling av ulike oppfølgingsgrupper som drives uten hesevesenets aktive medvirkning, såkalte friskverngrupper.

Slike grupper kan drives i regi av idrettslag, eller grupper kan fortsette etter privat initiativ. Det er imidlertid vesentlig at aktuelle gruppeledere får opplæring. Fysio- og ergoterapeuter kan fungere som kontaktpersoner for slike instruktører/gruppeledere.

### **9.3. Avlastningstilbud.**

Det er viktig å videreutvikle avlastningstilbudet for funksjonshemmede barn og unge. Fagråd tar initiativ til at samarbeidsrutiner utarbeides med tanke på en aktiv bruk av den nye avlastningsenheten i habiliteringssammenheng.

### **9.4. Kompetanse.**

Det er behov for å heve kompetansen i forhold til ansvarsgruppearbeid og kontaktperson-/lederfunksjonen i særdeleshet. Her kan Habiliteringsteamet på fylket være en instans å spille på. Mange av dagens kontaktpersoner i habilitering av barn er ansatte i barnehager og skoler. En skolering på området må gjennomføres i et samarbeid med undervisningsetaten.

Fortsatt prioritering av veiledningsutdanning m.h.t. sentrale personer i arbeidet. En planlagt etterutdanning i rehabilitering på HINT i Levanger er et aktuelt alternativ. Det settes av penger slik at 3 personer kan ta studiet som starter i januar -98.

Fagdugnaden videreføres i form av veiledning i tverrfaglige grupper. Veiledning er spesielt viktig i forhold til å bevisstgjøre seg på holdningene og tankegangen som skal være styrende i (re)habilitering. Veiledning utprøves i det tverrfaglige teamet i tilknytning til rehabiliteringsenheten på Breidablikktunet. Oppstart våren -98.

Kommunelege 1 og sjeffysioterapeut har ansvar for at privatpraktiserende leger og fysioterapeuter kurses med tanke på å øke forståelsen for rehabilitering som tjeneste. Dette er spesielt viktig med tanke på å oppdage behov tidlig.

### **9.5. Lokaler.**

Det bygges lokaler for dagrehabilitering. Lokalene må inneholde rom med tanke på individuell behandling/trening og grupperettet aktivitet, treningskjøkken, undervisningsrom og møterom. Alle fast ansatte ergo- og fysioterapeuter får sin kontortilhørighet i tilknytning til lokalene. Det bør vurderes om det er hensiktsmessig at de psykiatriske sykepleierne får kontor i lokalene. Noen av legene tilknyttet Levanger

legesenter må ha nye lokaler. En samlokalisering bør vurderes. En kontorløsning med tanke på logoped, psykolog og sosionom er aktuell.

Det bør utredes om annen kommunal aktivitet med forde kan tilknyttes slike lokaler.

Lokalene må utvikles til å bli brukerens arena og en arena for tverrfaglig aktivitet.

Hvis dette skal være en reell, likeverdig arena også for brukerne, kan en tenke seg at brukerorganisasjonene hadde sitt tilhold her. Det ville øke samhandling/kontakt mellom kommuneansatte og brukere. Plassering av lokalene vil langt på vei bestemme hva de kan inneholde.

Antatt arealbehov: Ca. 1000 m<sup>2</sup>.

### 9.6. Lokalisering.

- Alternativ 1:

Lokalene bygges på Moan i tilknytning til varmtvannsbasseng.

- En lokalisering utenfor et helsetun vil kunne være mer attraktivt for brukere i alle alderskategorier.

Alternativet innebærer lett tilgang på varmtvannsbasseng som del i rehabilitering, oppfølging og forebygging.

- Alternativ 2:

Lokalene bygges i tilknytning til Breidablikktunet.

Alternativet gjør det mulig å bruke samme lokaler for døgnrehabilitering og dagrehabilitering. Det er mulig at en tilknytning til et helsetun kan virke negativt på andre målgrupper enn eldre.

- Andre forslag kan vurderes.

### 9.7. Personellressurser.

Helsesøstertjenesten får tilført personellressurser i forhold til koordineringsansvaret. Dette er en nødvendighet for å kunne gjøre jobben.

Sosialavdelingen tilføres personellressurser med tanke på et rehabiliteringstilbud til innbyggere med belastningslidelser og med tanke på å delta i rehabiliteringsvirksomhet som ellers er omtalt i planen..

Seksjon for medisinsk attføring tilføres ressurser med tanke på:

- koordineringsansvaret
- videreutvikling av ulike gruppetilbud der bevegelse/trening/informasjon/veiledning er en viktig del
- habilitering av barn, spesielt med tanke på oppfølging i skolen
- omleggingen i eldreomsorgen med økende behov for tilrettelegging i heimen ved hjelp av hjelpemidler og boligtilpasninger
- 1/2 miljøarbeiderstilling som daglig leder på dagrehabiliteringen
- evt. en deltidsstilling i forhold til korttidslager. Denne kan vurderes med tanke på sysselsetting innen psykisk helsevern.

HOS etaten tilføres ressurser med tanke på kjøp av 1/2 psykologstilling fra PPT.

Ressurser avsettes til syns- og hørselskontakt, i en oppstart tilsammen 1/2 stilling.

Eksakt behov for personell i en rehabiliteringssammenheng innarbeides i de enkelte bemanningsplaner som skal utarbeides i løpet av høsten.

### 9.8. Samarbeid (re)habilitering - psykisk helsevern.

Når psykiatriplanen skal evalueres, skal det tas standpunkt til samarbeid mellom (re)habiliteringstjenesten og psykisk helsevern.

**9.9. Rullering av rehabiliteringsplanen.**

Rullering hvert andre år foreslås.