

11.03.2022

Strategi for rehabilitering

HØRINGSUTKAST

Drammen kommune

Innhold

Innledning.....	3
1. Bakgrunn	3
1.1. Avgrensninger.....	3
1.2. Nasjonale føringer	3
Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.....	3
Nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.....	3
Strategier.....	5
2. Kunnskapsgrunnlag	6
2.1. Sentrale funn fra kunnskapsoppsummeringen	6
2.2. Hvilke diagnoser/funksjonsutfordringer som kan ha nytte av rehabilitering, rammer flest?	6
3. Kommunens tjenestetilbud i dag, med utgangspunkt i rehabiliteringspyramiden.....	7
3.1. Tidlig innsats – for innbyggere med mindre omfattende behov.....	7
3.2. Hverdagsrehabilitering – for innbyggere med mindre til middels omfattende behov	8
3.3. Rehabilitering i hjemmet - for brukere med middels omfattende behov.....	8
3.4. Døgnrehabilitering i institusjon – for brukere med omfattende behov	8
3.5. Spesialistrehabilitering	8
4.0 Utfordringsbildet og mulighetsrommet	9
4.1 Samhandling og oppgavefordeling.....	10
4.1 Sterke fagmiljøer	11
4.1.1 Ressurser det er viktig å spille på lag med i et rehabiliteringsforløp	11
4.3 Organisering og innretning av rehabiliteringstilbudet	12
Hverdagsrehabilitering og tidlig innsats (Brukere med mindre omfattende behov)	12
Hjemmerehabilitering og dagrehabilitering (Brukere med middels omfattende behov)	13
Institusjonsbasert rehabilitering (brukere med omfattende behov)	14

Innledning

1. Bakgrunn

Strategi for rehabilitering er utarbeidet for å møte behovet for en overordnet plan som kan vise retning for hele rehabiliteringsfeltet i Drammen kommune.

Beslutningen om å utarbeide en egen strategi for rehabilitering ble gjort av kommunestyret høsten 2020 i forbindelse med behandling av *Bolig og omsorgsbygg - strategi for å møte fremtidens behov for heldøgnsomsorg for innbyggere som er 80 år og eldre*.

1.1. Avgrensninger

I rehabiliteringsstrategien er det valgt en avgrensning der fokus er på rehabilitering med bakgrunn i funksjonsfall i somatisk (kroppslig) funksjon. Det innebærer at strategien ikke omhandler Habilitering eller psykososial rehabilitering. Habilitering og rehabilitering styres av samme forskrift og veileder, noe som innebærer at enkelte av forslagene også vil ha påvirkning på tilbudet til personer med behov for habiliteringstjenester og i noen grad psykososial rehabilitering. Det gjelder særlig forslag knyttet til koordinering av tjenestene.

1.2. Nasjonale føringer

[Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#)

Formålet med forskriften er å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Formålet er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Forskriften skal videre sikre at tjenestene tilbys og ytes

1. ut fra et pasient- og brukerperspektiv,
2. i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø,
3. samordnet, tverrfaglig og planmessig,
4. i en for pasienten og brukeren meningsfylt sammenheng.

Forskriften gjelder for habiliterings- og rehabiliteringstjenester som ytes både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

[Nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#)

Nasjonale veiledere inkluderer veiledere til lov og forskrift, prioriteringsveiledere og veiledere for tekniske prosedyrer. Helsedirektoratet har et lovfestet mandat til å utgi nasjonale veiledere.

Nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator har samme målsetting og virkeområde som forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Noen kommuner har utarbeidet differensierte beskrivelser av sitt helhetlige tilbud. Etter modell fra dette arbeidet beskriver veilederen en tredelt fremstilling av tilbud som bør finnes i kommunene. Beskrivelsene tar utgangspunkt i omfanget av brukernes behov og vektlegger kjennetegn og innhold i tilbudene fremfor organisering.

Pasienter og brukere med mindre omfattende behov, omfatter brukere med mindre funksjonsnedsettelse og/eller begynnende funksjonssvikt, sykemeldte og unge med utfordring knyttet til utdanning og arbeid.

Anbefalte tiltak for denne gruppen er målrettede og planlagte tiltak, ofte av kortere varighet. Enkle tiltak knyttet til fysisk tilrettelegging av bolig, eventuelt skole og arbeidsplass. Tilbud hovedsakelig til hjemmeboende, gjerne organisert som hverdagsrehabilitering/hjemmerehabilitering. For eldre kan tilbudet eventuelt gis i korttidsopphold i sykehjem.

Pasienter og brukere med middels omfattende behov omfatter pasienter og brukere med noe mer omfattende tjenestebehov og lengre varighet. Brukere og pasienter i denne gruppen har gjerne tjenester fra flere sektorer

Anbefalte tiltak for denne gruppen er blant annet intensiv fysikalsk trening i avgrensede perioder, tverrfaglig tilbud med rehabiliteringsfaglig kompetanse hovedsakelig i hjem, dagtilbud, skole eller på arbeidsplass, eventuelt kombinert med frisklivtilbud, lærings- og mestringstilbud. Habiliterings- og rehabiliteringstilbud i institusjon i kortere perioder, enten i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten. Eventuelt ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten herunder veiledning. Pasienter og brukere i denne gruppen har ofte rett på og nytte av Individuell plan og koordinator.

Pasienter og brukere med omfattende behov omfatter pasienter og brukere med høyt bistandsbehov, vedvarende funksjonssvikt, med behov for intensiv habilitering og rehabilitering for å opprettholde sitt funksjonsnivå og/eller motvirke tiltagende negativ utvikling, personer med funksjonsnedsettelse på flere områder og langtidssykemeldte og uføretrygdede.

Anbefalte tiltak for denne gruppen er kompleks og intensiv kommunal habilitering og rehabilitering med høy grad av faglig spesialisering på kommunalt nivå. Tilbud i hjem, barnehage, dagtilbud og skole samt arbeidsrettede tiltak. Tett oppfølging fra tjenester i kommunen, kombinert med ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Pasienter og brukere i denne gruppen har ofte rett på og nytte av Individuell plan og koordinator.

Strategier

For å nå målet med å sikre innbyggere tilbud om tilstrekkelig og riktig rehabilitering, sett i et 12 års perspektiv, skal:

1. kommunen og innbyggerne ha en omforent forståelse for hva rehabilitering er og hva som er riktig rehabiliteringsnivå
2. kommunen satse på hverdagsrehabilitering
3. kommunen etablere et dagrehabiliteringstilbud
4. kommunen samle spisskompetanse og ressurser om spesialisert rehabilitering
5. rehabiliteringstjenestene være kunnskapsbaserte og samhandle rundt brukeren
6. kommunens øke ansatte i helse- og omsorgstjenestenes kompetanse til å vurdere behov for rehabilitering/rehabiliteringspotensiale
7. kommunen ha god samhandling mellom ulike deler av kommunen og spesialisthelsetjenesten
8. kommunen ha gode arenaer for tverrfaglig kartlegging og tverrfaglige møter identifiserer brukere som kan ha nytte av rehabilitering
9. kommunen ha tydelige funksjoner som rehabiliteringskoordinator for voksne og koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering
10. kommunen utnytte de ulike fagressursene i rehabiliteringsarbeidet.
11. kommunen ta i bruk digital løsning for rehabiliteringsplaner

2. Kunnskapsgrunnlag

2.1. Sentrale funn fra kunnskapsoppsummeringen

En kunnskapsoppsummering som er gjennomført av kommunens kompetansesenter i samarbeid med ressurser fra virksomhet for Aktivitet og rehabilitering viser at tverrfaglig strukturert og intensiv døgnbasert rehabilitering i primærhelsetjenesten (i kommunene) er nærmest dobbelt så effektivt som standard rehabilitering i korttids plass på sykehjem hos eldre med funksjonsfall. Funnene viser nesten halvert rehabiliteringstid der tilbudet i kommunen gis som strukturert og intensiv rehabilitering i institusjoner som er tilrettelagt for dette.

I tillegg viser det seg at dagrehabilitering i helsesentre i kommunen er en like bra måte å organisere tjenesten på sammenlignet med at tjenesten gis i hjemmet til bruker.

Når det kommer til organiseringen av hverdagsrehabilitering viser det seg at kommunene i Norge organiserer dette på forskjellige måter.

2.2. Hvilke diagnoser/funksjonsutfordringer som kan ha nytte av rehabilitering, rammer flest?

DALY er et mål på sykdomsbyrden i en befolkning og på effekten av tiltak. DALY er en forkortelse for det engelske disability-adjusted life years og kan oversettes med «leveår justert for funksjonshemming». DALYs kombinerer informasjon om både sykkelighet og dødelighet.

De høyeste DALY tallene omfatter personer med korsrygg- og nakkesmerter, iskemisk hjertesykdom (f. eks hjertekrampe og hjerteinfarkt), sykdommer i hud og underhud, Alzheimer og annen demens, hjerneslag, kreft i luftveiene, migrene, sykdommer i sanseorganer, KOLS og fallskader. Det som finnes av oppsummering av forskning, har sett på forekomst på ulike vis. Tabellen under er et forsøk på å oppsummere, og regne nasjonale tall over til mulige forekomsttall for Drammen. Forutsetningen er at Drammen befolkningen ligner de nasjonale tallene. Noe som vil stemme i det store bildet, men blir kun et estimat. Tallene gir en oversikt over forekomsten i Drammen

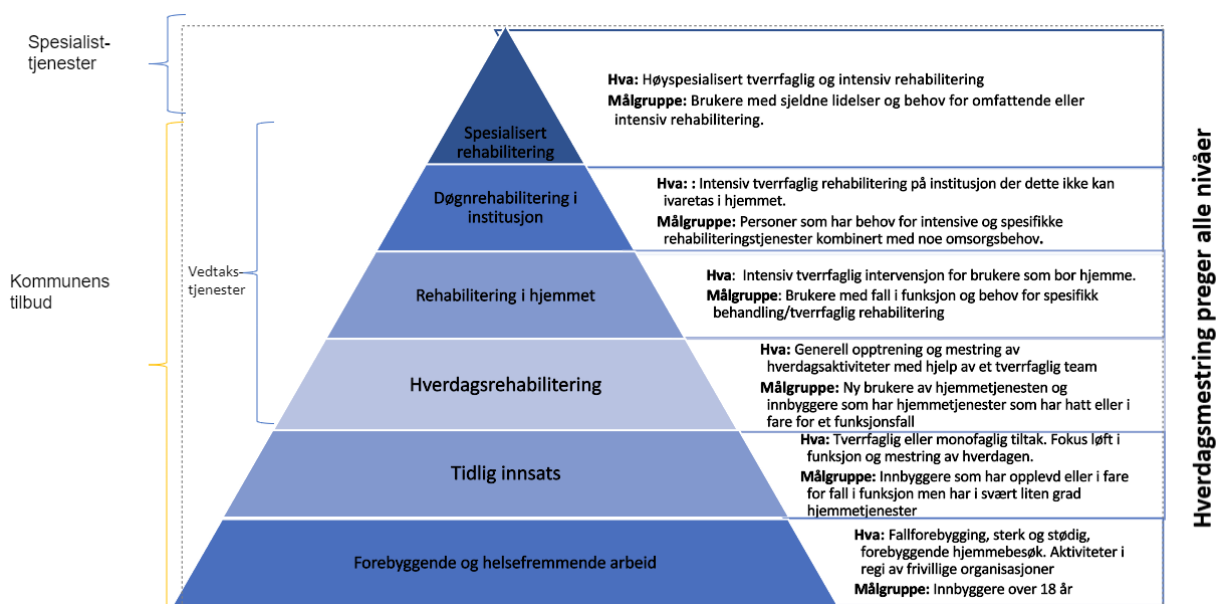
Diagnose	Tall Drammen	Formulering
Ryggplager	16667	Til enhver tid
Hoftebrudd	156	Nye hvert år
Revmatiske lidelser	8000	Rammes i løpet av livet
Hjerteproblemer	1037	Behandles årlig
Hjerneslag	204	Behandles årlig
KOLS med mer	204	Behandles årlig på sykehus
MS	222	Til enhver tid
Parkinson	148	Til enhver tid
Kreft	592	Nye tilfeller i Drammen i 2016

Figur 1 Forekomst av utvalgte diagnoser i Drammen kommune (antall, ulike tidsintervall)

Dette er pasientkategorier som kan ha nytte og effekt av rehabilitering. I hvilken grad de vil ha behov for et systematisk rehabiliteringsløp, vil være en individuell vurdering. Noen vil klare å komme tilbake til god funksjon uten bistand fra helsetjenesten, andre vil ha omfattende behov for spesialisert

rehabilitering. Eksempelvis vil svært mange av hjerneslagpasientene ha behov for spesialisert rehabilitering, mens mange med hoftebrudd vil ha behov for opptrening, men ikke nødvendigvis tverrfaglig rehabilitering.

3. Kommunens tjenestetilbud i dag, med utgangspunkt i rehabiliteringspyramiden



Figur 2 Inndeling av rehabilitering i ulike nivåer (rehabiliteringspyramiden)

Forebyggende og helsefremmende arbeid er strengt tatt ikke en del av et rehabiliteringstilbud, men er likevel «grunnmuren» i kommunens arbeid. Det er viktig å ha et tilstrekkelig og kunnskapsbasert forebyggende arbeid for å redusere forekomsten av funksjonsfall i befolkningen. Dette vil bidra til at kommunen skal kunne ha bærekraftige rehabiliteringstjenester og i siste instans: redusere presset på omsorgstjenesten, frafall i arbeidslivet etc.

Kommunen tilbyr fallforebygging, sterk og stødig, forebyggende hjemmebesøk. I tillegg er det mange aktiviteter i regi av frivillige organisasjoner.

3.1. Tidlig innsats – for innbyggere med mindre omfattende behov

Hva: Tverrfaglig eller monofaglig tiltak. Fokus løft i funksjon og mestring av hverdagen.

Målgruppe: Innbyggere som har opplevd eller i fare for fall i funksjon, men som i få tilfeller har hjemmetjenester

3.2. Hverdagsrehabilitering – for innbyggere med mindre til middels omfattende behov

Hva:	Generell opptrening og mestring av hverdagsaktiviteter med hjelp av et tverrfaglig samarbeid
Målgruppe:	Nye brukere av hjemmetjenesten og innbyggere som har hjemmetjenester som har hatt eller i fare for et funksjonsfall

Hverdagsrehabilitering benyttes per 2021 i mindre grad, og det fattes få vedtak om hverdagsrehabilitering

3.3. Rehabilitering i hjemmet - for brukere med middels omfattende behov

Hva:	Intensiv tverrfaglig intervensjon for brukere som bor hjemme. Behov for tett oppfølging av fagkompetansen til blant annet ergo- / fysioterapi.
Målgruppe:	Brukere med fall i funksjon og behov for spesifikk behandling/tverrfaglig rehabilitering

Drammen kommune har per 2021 to tverrfaglige team som arbeider med hjemmerehabilitering

3.4. Døgnrehabilitering i institusjon – for brukere med omfattende behov

Hva:	Intensiv tverrfaglig rehabilitering på institusjon der dette ikke kan ivaretas i hjemmet.
Målgruppe:	Personer som har behov for intensive og spesifikke rehabiliteringstjenester kombinert med noe omsorgsbehov.

Per i dag har kommunen rehabilitering i institusjon ved Drammen helsehus og ved Bråta helse- og aktivitetssenter. Brukere med behov for rehabilitering kan også være på andre korttidsopphold i kommunen.

3.5. Spesialistrehabilitering

Hva:	Høyspesialisert tverrfaglig og intensiv rehabilitering
Målgruppe:	Brukere med sjeldne lidelser og behov for omfattende eller intensiv rehabilitering.

Spesialisthelsetjenesten ansvar for rehabilitering er mer konkret utformet for enn for kommunene, jfr. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 5. De oppgavene som ikke er definert som spesialisthelsetjeneste, er et kommunalt ansvar.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator¹

Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal:

a) motta meldinger om behov for individuell plan, jf. § 23

sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan.

Pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Vedkommende har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning pasienten og brukeren og pårørende ønsker det.

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, jf. helse- omsorgstjenesteloven § 7-2. Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan.

Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

4.0 Utfordringsbildet og mulighetsrommet

I dette kapitlet beskrives sentrale utfordringer som det er viktig å finne løsninger på for å lykkes med rehabiliteringsarbeidet i kommunen. Det skisseres videre mulige løsninger og anbefalinger. Anbefalingene er sammenfattet i strategiene i kapittel 5

Forskning viser at for å oppnå varig bedring og et «løft» i funksjonsnivå, må treningstiltakene ha et visst nivå av intensitet. Dette, i tillegg til at tiltakene er målrettede og strukturerte, skiller rehabilitering fra tilfeldige og mindre systematiske aktivitetstiltak.

4.1 Samhandling og oppgavefordeling

Erfaringer viser at brukere som har vedtak om midlertidig opphold/korttidsplass på institusjon er greit ivaretatt, i den forstand at samhandlingen mellom aktørene er avklart og hele tilbudet til den enkelte gis på institusjonen.

For brukere som har tjenester i hjemmet og alle aktører bruker samme journalsystem (primært Gerica), ligger muligheten for informasjonsutveksling om den enkelte bruker godt til rette. Det kan likevel oppstå utfordringer med koordinering av tjenestene og samhandling om felles mål. Det er enda større utfordringer der brukere har tjenester fra enheter som benytter ulike journalsystemer. Kommunens journalsystemer er i liten grad tilrettelagt for samhandling på tvers av systemer, og fastleger og avtalefysioterapeuter har mange ulike journalsystemer. Dette gir utfordringer med samhandling og koordinering.

Brukere som har tjenester det ikke er vedtak på, må i praksis ofte koordinere tjenestene selv. Det er ingen automatikk i at de ulike tjenestene er klar over det samlede tilbudet brukeren har. Det kan for eksempel gjelde en bruker som går til en fysioterapeut med kommunal driftsavtale (avtalefysioterapeut), psykolog og har ergoterapitjenester fra kommunen.

Forskriften legger koordineringsrollen til en koordinerende enhet i kommunen. I Drammen kommune er denne funksjonen en av mange funksjoner ved Tjenestetildeling og koordinerende enhet. Erfaring både fra Drammen og mange andre kommuner, viser at det da kan være utfordrende å dekke funksjonen slik den er beskrevet i forskriften.

Anbefaling

Funksjonen Koordinerende enhet for voksne med behov for rehabilitering slik den er regulert i forskrift [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#), knyttes tettere til kommunens rehabiliteringsmiljø.

I tillegg til en styrket Koordinerende enhet, kan det se ut som et behov å ha tydeligere koordinatorroller. Det kan gjøres ved at en av de ressursene som er rundt brukeren blir utpekt som en slik koordinator. Alternativt etableres det en egen rehabiliteringskoordinator med ansvar for koordinering av tiltakene rundt innbyggere over 18 år med rehabiliteringsbehov etter forskriften. Oppgaver knyttet til utarbeidelse av individuell rehabiliteringsplan kan også være aktuelt.

Vedkommende kan være knyttet til en rehabiliteringsavdeling eller til Aktivitet og rehabilitering.

Anbefaling

Etablering av en egen funksjon som rehabiliteringskoordinator. Kunnskapsgrunnlaget viser at kommunen oppleves stor og det er vanskelig å vite hvem man kan og skal samarbeid med når. Det er derfor mest hensiktsmessig med *en* person med dette som spesialfelt.

Programvare til å utarbeide individuelle rehabiliteringsplaner

Det vil være viktig å utarbeide/anskaffe digitale løsninger der man sammen kan utarbeide og ajourføre en individuell rehabiliteringsplan. Det finnes slikt verktøy til individuell plan. Det er ikke hensiktsmessig å utarbeide en fullstendig individuell plan for alle brukere, og de har selv full rett til å takke nei. Det er likevel behov for å skriftliggjøre og dokumentere mål og tiltak, og ikke minst justere tiltak etter endret funksjon. Til det bruket må det være et felles system, som også brukeren eller pårørende har tilgang til.

Anbefaling

Kommunen tar i bruk/anskaffer en digital felles løsning for rehabiliteringsplan, gjerne nettbasert

4.1 Sterke fagmiljøer

4.1.1 Ressurser det er viktig å spille på lag med i et rehabiliteringsforløp

Gjennom et tverrfaglig arbeidsverksted om ble gjennomført høsten 2021, ble det avdekket at mange tjenester som er nødvendig i et helhetlig rehabiliteringsforløp er tilgjengelige i kommunen, men at samhandlingen mellom noen tjenester og fagkompetanser oppleves mangelfulle.

Boligformidling og støtte/veiledning til å endre/tilpasse bolig

Det erfares at det tar lang tid og er ventetid når en bruker har fått funksjonsfall og det er behov for annen bolig.

Boligtjenesten er en tjeneste som ligger under virksomhet Ny start. Her fattes vedtak på tildeling av bolig. Tjenestetildeling og koordinerende enhet har tildeling av tjenester i boliger særskilt tilrettelagt for heldøgns omsorg og boligtjenesten fattet vedtak om boligen. Det kan se ut til at fokus på og hjelp til selv å kjøpe ny bolig, er et svakt punkt. Dette på tross av at de fleste eier en bolig før funksjonsfallet. Ressurser til å se det private markedet og kommunens tilbud under ett, drive aktiv bistand og hjelp ved boligspørsmål, kan være hensiktsmessig både for brukerne og for kommunens økonomi.

Hvordan kommunen kan bistå til at innbyggere selv skaffer seg egnet bolig etter funksjonsfall går ut over mandatet for denne strategien, men anbefales tatt inn i andre planer. Hvordan kommunen kan veilede og støtte til ombygging av eksisterende bolig må være en del av spørsmålet.

Sosionomressurser

Mange brukere vil ha behov for økonomisk støtte, arbeidstiltak, utdanning og annen planlegging av hverdagen. Det oppleves som ressurser til å bistå brukeren på slike områder ikke er tilgjengelige. Det er mulig dette handler om å kjenne til kommunens ressurser, og dermed kan løses gjennom bedre koordinering av tjenestene og ved at rehabiliteringskoordinator har en mer helhetlig oversikt over kommunens tjenestetilbud.

Logoped

Drammen kommune har ett årsverk ansatt logoped, ansatt i virksomhet Aktivitet og rehabilitering, og hovedarbeidsplass Helsehuset. I tillegg er det mange selvstendig næringsdrivende logopeder som behandler i brukernes hjem, finansiert av Helfo.

Ernæring

Det finnes ansatte med ernæringskompetanse i kommunen, men disse brukes i svært liten grad til individuell vurdering.

Anbefaling

Kartlegging av eksisterende kompetanse i kommunen og undersøker muligheten for å kunne nyttiggjøre seg eksisterende fagressurser bedre både i individuelle vurderinger og på systemnivå

4.3 Organisering og innretning av rehabiliteringstilbudet

Veilederen for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator¹, anbefaler at kommunene har et robust og faglig tyngdepunkt for rehabilitering. Et slikt rehabiliteringsmiljø bør kunne være en ressurs for den øvrige helse- og omsorgstjenesten slik at de får tilgang til nødvendig kompetanse når de har behov for det. Det innebærer også at det må være lett å finne fram til kommunens rehabiliteringstjenester og at tjenestene samhandler med andre i kommunen, inkludert fastlegetjenesten.

Hverdagsrehabilitering og tidlig innsats (Brukere med mindre omfattende behov)

Personer med funksjonsfall, og særlig eldre, har etter etablering av hverdagsrehabilitering fått et utvidet tilbud om rehabilitering i eget hjem og nærmiljø.

Mange kommuner gir uttrykk for at de har gode erfaringer². Det er stor entusiasme omkring tilbudet, og det er utviklet en rekke lokale ressurser, verktøy og hjelpemidler. Forskningen som foreligger, peker i retning av positive gevinster for brukerne og kommunene, men resultatene er få og ikke entydige.³

Hverdagsrehabilitering er en intervensjon som skal bidra til sunn aldring. I denne intervensjonen er brukerinvolvering en nøkkelfaktor for et personsentrert utfall, samtidig som hverdagsrehabiliteringen skal baseres på brukerens ønsker og mål

Per i dag er det ikke et systematisk hverdagsrehabiliteringsarbeid i hele kommunen, heller ikke en konkret samforståelse med alle hjemmetjenesteavdelingen om hvordan organisere hverdagsrehabilitering i kommunen.

Mange pasienter (særlig innbyggere med muskel/skjelett skader og –plager samt med neurologiske sykdommer i tidlig fase) er pasienter/brukere hos private aktører: avtalefysioterapeuter, fastlege, samt hos friskliv, NAV med videre.

Vurdering

Kommunens ansatte har mye kunnskap om hverdagsrehabilitering, men arbeidsmodellen ikke like godt forankret og arbeidsformen ikke like godt innarbeidet i alle tjenestene/avdelingene.

Pasienter som ikke har kommunale vedtak eller pasienter hos ansatte fysio og ergoterapeuter, opplever sannsynligvis mindre samhandling mellom de ulike aktørene.

¹ Veileder for Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2015), Helsedirektoratet. Hentet fra [Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator - Helsedirektoratet](#)

² [Oppsummering - Helsebiblioteket.no](#)

³ Se nærmere omtale i Kunnskapsoppsummering rehabiliteringsstrategi 2021, kapittel 3.3.1

Anbefaling

- Reetablere hverdagsrehabilitering som en arbeidsform.
- Rehabiliteringstilbud til brukere med mer diffuse muskel/skjelett plager etc. utarbeides i samarbeid med Vestre Viken. Dette er et arbeid som allerede er i gang.
- LØFT opphold på institusjon kan vurderes: Dette er korttidsopphold med mål om et løft i funksjon. Brukes for brukere der man ser at hverdagsrehabilitering i hjemmet ikke er tilstrekkelig, eller som må ha mer intensitet i perioder for å opprettholde funksjon.

Hjemmerehabilitering og dagrehabilitering (Brukere med middels omfattende behov)

Drammen kommune har et hjemmerehabiliteringstilbud med to hjemmerehabiliteringsteam som arbeider kommuneovergripende.

Kommunen har ikke etablert tilbud om dagrehabilitering

Vurdering

Hjemmerehabiliteringstilbudet vurderes å fungerer bra for brukerne. Tilbudet ivaretar tverrfagligheten og kompetansen de fleste brukerne har behov for. Det er etablert gode ordninger for intern samhandling i teamet, mens samhandling med andre aktører utenfor helsetjenestene er mer utfordrende. Samhandling hjemmetjenesten fungerer i varierende grad.

Tilbudet vurderes å være riktig dimensjonert ut fra dagens brukere. Med utgangspunkt i statistikk over forekomst og erfaringer fra tjenestene vil behovet anslås til å være inntil 35 aktive pasienter til enhver tid for hjemme- og dagrehabilitering samlet.

Anbefaling

- Dagrehabilitering bør etableres som et effektivt tilbud gjennom at flere brukere kan få tilbud med mindre bruk av ressurser, og innbyggerne får større dosering (lengre varighet per økt/sesjon) enn hjemme og kan dra nytte av gruppedynamikken ved å trene sammen med andre. Kan muligens redusere liggedøgn på institusjonsbasert rehabilitering. Bør være samlokalisert med institusjonsbasert rehabilitering.
- Forbedre overgang til vedlikeholdstrening i regi av kommunens frisklivstilbud og frivillig sektor.
- Benytte og videreutvikle koordinator/styrket Koordinerende enhet til å forbedre samhandlingen med andre aktører og sørge for vedtak/tildeling av mestringsskapende og supplerende tjenester som støtter opp under rehabiliteringsforløpet, for eksempel helsetjenester i hjemmet, teknologi, praktisk bistand og botilbud med heldøgns tjenester for kortere eller lengre tid.

Institusjonsbasert rehabilitering (brukere med omfattende behov)

Per i dag har kommunen rehabilitering i institusjon ved Drammen helsehus og ved Bråta helse- og aktivitetssenter. Brukere med behov for rehabilitering kan også være på andre korttidsopphold i kommunen og brukere som har et rehabiliteringstilbud, men som ikke har vedtak om rehabilitering.

Vurdering

Dagens organisering med rehabilitering i institusjon på flere steder i kommunen, er ikke i tråd med hverken forskning eller nasjonale anbefalinger.

Per i dag er det Bråta helse- og aktivitetssenter som i størst grad har fasiliteter som legger godt til rette for å kunne tilby et komplett døgn- og dagrehabiliteringstilbud til kommunes innbyggere. Bråta helse- og aktivitetssenter har svømmebasseng og treningssal, samt gode turområder i nær tilknytning. Selve utformingen av avdelingene er godt tilrettelagt for rehabilitering.

Dimensjonering av institusjonsrehabiliteringstilbudet avhenger av den totale rehabiliteringskapasiteten, inkludert hjemme- / og dagrehabilitering.

For personer med rehabiliteringsopphold vil oppholdets lengde avhenge av andre faktorer, som for eksempel tilgang på egnet/tilrettelagt bolig. Arbeidsfordelingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten påvirker også pågangen på institusjonsrehabilitering i kommunen.

Dagens vedtakspraksis på rehabiliteringsvedtak er at det som hovedregel først fattes vedtak om korttidsopphold og at rehabiliteringsvedtak fattes etter nærmere kartlegging.

- Med utgangspunkt i statistikk over forekomst og erfaringer fra tjenestene anslås behovet til å være rundt 16 plasser.

Anbefaling

Rehabilitering bør samles i en dedikert avdeling og kommunen bør ha effektive rutiner og prosedyrer for kartlegging av pasienter med behov for døgnrehabilitering.

Avdelingen må ha:

- En bemanning/pleiefaktor som gjøre det mulig med aktiv rehabilitering
- Lokaler som egner seg til variert aktivitet/trening
- Tilgang på fast ergoterapeut, fysioterapeut og logopedressurser tilstrekkelig til god nok intensitet på tilbudet