

## Informasjon for henvisende enhet

Kommunalt rehabiliteringsopphold, Nordtun HelseRehab

Denne informasjonen må være gjennomgått av enheter som henviser pasienten til Nordtun.

Vær oppmerksomme på at følgende hovedinformasjon må følge brukeren.

- Vurdert funksjonsnivå
- Vurdert rehabiliteringspotensiale
- Vurdert motivasjon

Dersom brukere søkes inn for avlastning/rekreasjon så informer alltid om dette.

At riktig grunnlag for henvisning blir gitt er viktig i forhold til vår planlegging av tilbudet til brukeren.

## Kriterier for vurdering av rehabiliteringsbehov

1) Forandringer hos personen (fysisk, psykisk, kognitivt)

- Brått fall i funksjonsnivå med mulighet til å gjenvinne funksjon (brudd, ortopedi o.a.)
- Brått fall i funksjonsnivå uten mulighet til å gjenvinne funksjon (eks. alvorlig med tilstand)
- Langsamt fall av funksjonsnivået som følge av kroniske eller progredierende sykdommer (RA, MS)

2) Forandringer i omgivelser

- Nye krav i omgivelser (skole, jobb, hus) som stiller personene ovenfor nye utfordringer og krav
- Forandring i fysisk miljø eller psykososialt miljø

3) Medisinsk diagnose

- Vurder funksjon og muligheter, ikke bare diagnose.

4) Alder

- Behov styrer rehabiliteringsmuligheter, ikke alder.
- Unge har også behov for rehabilitering.

5) Motivasjon

- Brukeren må selv ønske, være motivert for opphold.
- Rett bruker til rett tid.

**SØKNAD OM KOMMUNALT REHABILITERINGSOPPHOLD  
VED NORDTUN HELSEREHAB**

<b>Navn:</b>		<b>Personnummer:</b>	
<b>Adresse:</b>			
<b>Postnummer:</b>	<b>Poststed:</b>	<b>Tlf:</b>	
<b>Henvisningsgrunn/behov for rehabilitering:</b>			
<b>Hoveddiagnose (årsak til oppholdet):</b>			
<b>Når oppsto hoveddiagnosen?</b>			
<b>Bidiagnoser:</b>		<b>Individuell plan:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
<b>Kort sykehistorie:</b>			
<b>Pasientens mål for oppholdet:</b>			
<b>Kryss av områder der sykdom eller skade bidrar vesentlig til å nedsette personens funksjon i det daglige (sett ett eller flere kryss):</b>			
<input type="checkbox"/> Mentale/kognitive funksjoner	<input type="checkbox"/> Respirasjon	<input type="checkbox"/> Ledd- og knokler	
<input type="checkbox"/> Sansefunksjoner	<input type="checkbox"/> Fysisk kondisjon	<input type="checkbox"/> Muskulatur	
<input type="checkbox"/> Smerteplager	<input type="checkbox"/> Fordøyelse og stoffskifte	<input type="checkbox"/> Bevegelsesapparatet	
<input type="checkbox"/> Kretsløp (hjerne/blodkar)	<input type="checkbox"/> Urinveiene	<input type="checkbox"/> Annet	
<b>Behov i tverrfaglig gruppe:</b>			
<input type="checkbox"/> Lege	<input type="checkbox"/> Fysioterapeut	<input type="checkbox"/> Sykepleie	<input type="checkbox"/> Ergoterapeut

<b>Angi personens behov for assistanse i forbindelse med:</b>		
• Spisesituasjon	<input type="checkbox"/> Selvhjulpen	<input type="checkbox"/> Assistansebehov: _____
• Vask og påkledning	<input type="checkbox"/> Selvhjulpen	<input type="checkbox"/> Assistansebehov: _____
• Forflytning	<input type="checkbox"/> Selvhjulpen	<input type="checkbox"/> Assistansebehov: _____
• Toalettbesøk	<input type="checkbox"/> Selvhjulpen	<input type="checkbox"/> Assistansebehov: _____
• Medikamentadm.	<input type="checkbox"/> Selvhjulpen	<input type="checkbox"/> Assistansebehov: _____
<b>Mobilitet innendørs</b>		
• Ved gangfunksjon	<input type="checkbox"/> uten hjelpemiddel	<input type="checkbox"/> med krykker <input type="checkbox"/> med rullator
• Ved bruk av man. rullestol	<input type="checkbox"/> kjører selv	<input type="checkbox"/> med hjelp
• Ved bruk av el. rullestol	<input type="checkbox"/> kjører selv	<input type="checkbox"/> med hjelp
<b>Mobilitet utendørs</b>	<input type="checkbox"/> gange uten hjelpemidler	<input type="checkbox"/> Hjelpemidler
<b>Bosituasjon:</b>	<input type="checkbox"/> eget hjem	<input type="checkbox"/> omsorgsleilighet <input type="checkbox"/> institusjon
<b>Tidligere behandlig/opphold (relevant for henvisningsgrunn):</b>		
<b>Søkers motivasjon for rehabilitering:</b> Dårlig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meget god		
<b>Anbefalt/ønsket tidsperiode og varighet for oppholdet:</b>		
<b>Fastlege :</b>		
<b>Sted/dato:</b>	<b>Henv. instans (signatur/stilling):</b>	<b>Adresse/mail/tlf:</b>

Annen utfyllende, relevant informasjon vedlegges eller skrives her:

Adresse for forsendelse:

Nordtun HelseRehab  
 Nordtunveien 15  
 8170 Engavågen  
 E-post: post@nordtun.no  
 Tlf. 75721300

Vedlegg, som informasjon:

## Ytelser som kommer inn under avtalen med Helse Nord Rhf

### a) Ytelser i avtale med HelseNord:

1. Tinnitus /Menere
2. Hjerneslag
3. Orto – geriatri
4. Generelle brudd
5. Protesekirurgi
6. Amputasjoner
7. Ryggkirurgi
8. Innflammatoriske revmatiske
9. Ikke inflammatoriske revmatikere
10. Operasjoner, bløtdelskirurgi, kreft

### b) Tilstandens alvorlighet

- Prognosetap
- Nedsatt livskvalitet dersom hjelp utsettes

### c) Forventet nytte (dokumentert nytte)

### d) Et rimelig forhold mellom kost – nytte

### e) Kapasitet til enhver tid

For nærmere informasjon se på vår webside:

[www.nordtun.no](http://www.nordtun.no)