



INNOVATIV REHABILITERING

INDRE ØSTFOLD



PROSJEKTRAPPORT

*Forslag til handlingsplan
2017-2020*



HELSEHUSET
INDRE ØSTFOLD MEDISINSKE KOMPETANSESENTER IKS



Forord

Prosjekt «Innovativ rehabilitering i Indre Østfold» har jobbet mot denne leveringen fra mai 2016. Vi har gjennomgått aktuell og tilgjengelig forskning og rapporter, besøkt og snakket med fagmiljøer og kommuner i Østfold og andre steder i Norge. Prosjektet har knyttet til seg gode fagpersonene innen rehabilitering, og samarbeidet tett med Sunnaas sykehus. Tidligere kartlegginger er studert, samtidig som det er gjennomført en ny kartlegging av dagens rehabiliteringstilbud i Indre Østfold.

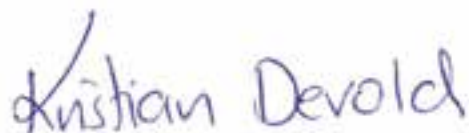
Dette er et innovativt prosjekt. Vi har tenkt nytt og utfordret etablerte tankesett. Personen er sentrum for all aktivitet i rehabiliteringsforløpet. Å bruke teknologi i rehabilitering, samarbeid om en interkommunal rehabilitering i Indre Østfold, bygge nye strukturer sammen og se rehabilitering i lys av hele samfunnet, har vært løftet i vårt prosjekt. Skal vi styrke rehabiliteringen og møte de utfordringene som er identifisert, kan vi ikke gjøre mer av det samme. Vi må tørre å organisere oss på nye måter for å utnytte ressursene bedre. Slik kan vi sikre like tjenester av høy kvalitet til innbyggerne, og møte kommende utfordringer.

Denne rapporten foreslår tiltak for å styrke rehabiliteringen i Indre Østfold. Den største utfordringen er å realisere dette. Derfor har vi laget dette forslaget til handlingsplan for regional rehabilitering 2017-2020. Prosjektet har også utarbeidet en gevinstrealiseringsplan for å gi eierne av Helsehuset IØMK IKS et godt beslutningsgrunnlag. Forankring av og forpliktelse til forslaget til handlingsplan 2017-2020, vil ikke bare være en styrking av rehabiliteringen, men også en måte for eierkommunene å møte fremtidens eldreomsorg på. Summen av besparelsene fra institusjonsopphold og påfølgende år med hjemmebaserte tjenester, kan bli flere millioner kroner årlig. Dette er basert på de som får vedtak om rehabilitering i dag. Tidligere og mer systematisk vurdering av personer som i dag «bare» får kompensierende tjenester, kan også gi økonomiske gevinster. I tillegg kommer kvalitative gevinster som økt livskvalitet, å kunne bo lengre hjemme, økt arbeidsdeltagelse mv. Som en start anbefaler vi følgende oppbygging av et interkommunalt rehabiliteringstilbud: Etablering av senger for intensiv rehabilitering som er bygget opp rundt et tverrfaglig vurderingsteam for å sikre ambulant kompetanse ut til personene som trenger det.

Vi vil takke alle som har deltatt i prosjektet og som har bidratt til denne leveransen.

Del 1 av dette dokumentet er «Forslag til handlingsplan for regional rehabilitering 2017-2020». Del 2 inneholder grunnlaget som forslaget bygger på; nasjonale føringer, prosjektarbeid, prosjektsresultater og gevinstrealiseringsplan.

Askim 18.01.17



Kristian Devold
Daglig leder Helsehuset IØMK IKS



Kari Anne Dehli
Prosjektleder

Takk!

Takk til våre eierkommuner, institusjoner og andre som på ulike måter har bidratt inn i prosjektet i 2016.

Takk til deltakere i arbeidsgruppene:

Maren Lovise Aasen, fysioterapeut, Askim
Vigdis Brødremoen, sykepleier/saksbehandler, Askim
Aase Maren Øiestad Hesleskaug, fagsykepleier/saksbehandler, Askim
Ada Bjerke, fysioterapeut, Eidsberg
Eivind Bjørnstad, prosjektleder Utviklingssenter for hjemmetjenester, Eidsberg
Ina Kristin Blågestad, avdelingssykepleier, Eidsberg
Wenche Hammer, avansert geriatrisk sykepleier, Eidsberg
Carina Kolnes, ergoterapeut, Marker
Pia Rødli, IT-ansvarlig, Spydeberg kommune
Runar Stemme, enhetsleder helse og velferd, Spydeberg
Aslak Aftenstjerne, IKT ansvarlig helse og velferd, Trøgstad

Virksomhetsledere, rådmenn og andre som har deltatt på våre gevinstrealiseringsmøter

Hilde Sørli, rådgiver enhet for teknologi og e-helse, Sunnaas sykehus
Kirsten Sæther, samhandlingssjef, Sunnaas sykehus
Eспен Storeheier, fastlege og overlege, Helsehuset IØMK IKS

Takk til brukerrepresentanter:

Arne Lein, Askim
Unni Hegle, Askim
Ann Kristin Sæther, Trøgstad

Takk til:

Helsedirektoratet ved Sigrunn Gjønnes og hennes kollegaer
Fylkesmannen ved Stein Roger Jørgensen
Ledelse og ansatte i Fjell kommune, Helse Vest

Inger Johansen, forsker og fastlege Larvik
Sykehuset Østfold, samhandlingssjef, Odd Petter Nilsen og kollegaer
Stein Arne Rimehaug, Regional kompetansetjeneste rehabilitering
Svein Brodtkorb, avdelingsleder, Norges handikapforbund
Gunvor Halstvedt, NAV, Askim

Bent-Håkon Lauritzen, rådgiver, Oslo Medtech
Hilde Eide, følgeforsker, Høgskolen i Sørøst-Norge
Kristin Skeide Fuglerud, følgeforsker, Høgskolen i Sørøst-Norge

Imatis AS ved Ingrid Svagård og Jannike Nyiredy
Lørenskog sykehjem, om digital plattform
Fredrikstad kommune, Ulf Harry Evensen m fl
Oslo kommune, Elin Berven, prosjektleder og Silje Thorkildson, prosjektleder
Sveinung Tornås, innovasjonsdirektør, Sunnaas sykehus
Frank Becker, overlege, Sunnaas sykehus
Marit Olsen, prosjektleder BeSlag, Sunnaas sykehus
Kirsten Sæther, prosjekt Kompetanse i kommunene, Sunnaas sykehus
Vitensenteret helse og teknologi, Drammen

Helsehuset IØMK IKS ved styreleder Tove Kreppen Jørgensen, styret, daglig leder Kristian Devold
samt leder Fagstab Heidi Novák.

Prosjektgruppen:

Kristian Devold, daglig leder, Helsehuset IØMK IKS - gruppeleder rehabiliteringsenhet og -team
Alf Stausland Johnsen, kommuneoverlege i Askim - gruppeleder rehabiliteringsforløp
Hilde Orderud, prosjektmedarbeider, Helsehuset IØMK IKS - gruppeleder teknologi
Åsmund Kobbevik, prosjektmedarbeider, Helsehuset IØMK IKS - gruppeleder gevinstrealisering
Irene Teigen Paulsen, prosjektmedarbeider, Helsehuset IØMK IKS
Kari Anne Dehli, prosjektleder, Helsehuset IØMK IKS - gruppeleder småskalatest og teknologi

Innhold

1-1 Forslag til handlingsplan	s	11
1.1 Samfunnsbasert rehabilitering	s	12
1.2 Prosjekt Innovativ rehabilitering i Indre Østfold	s	13
1.3 Prosjektets arbeid i 2016	s	14
1.4 Gevinstrealisering	s	17
1.5 Handlingsplan 2017-2020	s	20
2-1 Nasjonale føringer og dagens situasjon	s	25
2.1.1 Bakgrunn for prosjektet	s	26
2.1.2 Regelverk, krav og føringer for kommunal rehabilitering	s	27
2.1.3 Undersøkelser og forskningsarbeider	s	36
2.1.4 Dagens situasjon	s	38
2.1.5 Referanser	s	49
2-2 Rehabiliteringsforløp	s	51
2.2.1 Sammendrag - Rehabiliteringsforløp	s	52
2.2.2 Innledning	s	53
2.2.3 Temaer	s	54
2.2.4 Forslag til modell for et helhetlig rehabiliteringsforløp	s	63
2.2.5 Forslag til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten	s	67
2.2.6 Utviklingstrekk og behov for forskning	s	67
2.2.7 Viktige tanker og ideer i et fremtidsperspektiv (2020)	s	69
2.2.8 Referanser	s	71
2-3 Rehabiliteringsenhet og ambulant team	s	73
2.3.1 Sammendrag – Rehabiliteringsenhet og ambulant rehabiliteringsteam	s	74
2.3.2 Innledning	s	75
2.3.3 Bakgrunnsstoff	s	76
2.3.4 Dimensjonering, fasiliteter og økonomi	s	79
2.3.5 Litteraturliste	s	85

2-4 Teknologi med sammendrag s 91

2.4.1 Sammendrag - Teknologi i et rehabiliteringsforløp.....s	92
2.4.2 Innledning	94
2.4.3 Begrepsavklaringer.....s	95
2.4.4 Rehabiliteringsteknologi.....s	96
2.4.5 Uprøving av teknologi for småskaletesting.....s	101
2.4.6 Anbefaling av teknologi i forløp 2017-2020	103
2.4.7 Samarbeidspartnere og mulige steder til inspirasjon	106
2.4.8 Idebanken	107
2.4.9 Referanser	115

2-5 Gevinstrealisering.....s 117

2.5.1 Innledning	119
2.5.2 Gevinstrealisering i arbeid med rehabilitering.....s	119
2.5.3 Effekter av rehabilitering.....s	120
2.5.4 Innretning av tjenesten	121
2.5.5 Innsatsfaktorer i kommunal rehabilitering	121
2.5.6 Økonomiske gevinster i hele rehabiliteringsforløpet.....s	123
2.5.7 Satsingsområder i prosjekt Innovativ rehabilitering	124
2.5.8 Prosjekttiltak og realisering av gevinster.....s	125

2-6 Småskaletest

– Test av teknologi, tverrfaglig team og vurderingsrutine.....s 131

2.6.1 Sammendrag - Småskaletest	132
2.6.2 Innledning	133
2.6.3 Problemstilling	134
2.6.4 Fremgangsmåte.....s	134
2.6.5 Tidsplan og frister.....s	138
2.6.6 Evaluering av resultat	138
2.6.7 Konklusjon	148
2.6.8 Referanser	149

2-7 Workshop - Ambulant rehabiliteringsteam s 151

2.7.1 Innledning	152
2.7.2 Deltakere	152
2.7.3 Problemstilling	152
2.7.4 Resultater	154



Del 1

*Forslag til handlingsplan
2017 – 2020*



1

Forslag til handlingsplan

Innhold

- 1.1 Samfunnsbasert rehabilitering
- 1.2 Prosjekt Innovativ rehabilitering i Indre Østfold
- 1.3 Prosjektets arbeid i 2016
- 1.4 Gevinstrealisering
- 1.5 Handlingsplan 2017-2020

1.1 Samfunnsbasert rehabilitering

Rehabilitering må få en større plass i samfunnet i fremtiden. Uten et godt apparat for rehabilitering, vil det bli vanskelig å møte behovene for behandling, pleie og omsorg. Rehabilitering har nær tilknytning til forebygging og mestringsiltak, derfor er det vesentlig at rehabilitering i hovedsak foregår i kommunene; i lokalsamfunnet.

Vi vet at rehabilitering ofte må inneholde aktivitet – fysisk, mentalt og sosialt. Aktivitet kan øke trivsel og meningsinnhold i hverdagen og i en helhetlig livssituasjon. I sykdomsbehandling har det til nå ikke vært lagt stor nok vekt på betydningen av aktivitet. Aktivitet er en egeninnsats. Behandlere kan oppleve det som vanskelig å forvente stor grad av egeninnsats fra en person som er syk og som trenger hjelp for å bli frisk. Dette betyr at ett og samme fagmiljø vanskelig kan kombinere behandling og rehabilitering på en optimal måte.

Pasienten skal gå fra en passiv rolle i et behandlingssystem, til en aktiv og bestemmende rolle i egen rehabiliteringsprosess. Resultatet av en sykdomsbehandling avhenger av et fagmiljø som vet hvordan sykdommen best kan behandles, og som samarbeider godt med pasienten om dette. Resultatet av en rehabilitering avhenger av hvilke mål personen har, og hvilken innsats vedkommende er villig til å yte, samt at fagmiljøet legger til rette for at dette kan skje på beste måte. For å tydeliggjøre dette kaller vi ikke den som er i et rehabiliteringsforløp for pasient; dette er en myndiggjort person, som tar ansvar i prosessen.

Det blir stadig flere som lever med en eller flere kroniske sykdommer. Det er ikke fordi vi blir mer syke, men fordi flere sykdommer kan behandles og holdes under kontroll over mange år. Dessuten blir vi stadig eldre, og mengde kronisk sykdom øker med alderen. Mange mestrer hverdagen og eget liv godt med kronisk sykdom. Funksjonsnivået man kan oppnå, vil først avhenge av hvor godt sykdommen behandles, og deretter av hvor godt rehabiliteringsresultat vedkommende selv og fagmiljøene bidrar til.

Rehabilitering er et svært sammensatt område. Det er mange ulike årsaker til at mennesker opplever funksjonsfall. Det er enda større variasjon i hvilke mål som den enkelte har for sin funksjonsbedring. Lokalsamfunnet er en viktig arena for rehabilitering. Forhold i lokalsamfunnet vil påvirke hvordan en person kan fungere, med eller uten funksjonsreduksjon. Hvis forholdene er lagt godt til rette, kan en funksjonsreduksjon i praksis bety lite i hverdagen som opplevd redusert livskvalitet. Derfor bør mest mulig av et rehabiliteringsforløp skje i lokalsamfunnet, og ressurser i lokalsamfunnet brukes. Dette vil være ressurser som kan være tilgjengelige for personen også etter et avsluttet rehabiliteringsforløp.

Muligheter for å være selvhjulpen i egen hverdag, og eventuelt også være i arbeid til tross for en funksjonsreduksjon, øker betydelig ved riktig og innovativ bruk av ny teknologi. Det forutsetter at fagmiljøet både kjenner til tilgjengelig teknologi, samtidig som løsningene i praksis skal fungere godt og trygt for personen. Noe av teknologien vil understøtte og fremme funksjonsbedringen i et rehabiliteringsforløp, mens annen teknologi også kan være til hjelp på lang sikt.

I fremtiden vil spesialisthelsetjenesten fortsatt ha en sentral og viktig rolle innen rehabilitering. Samtidig ser vi at et økende behov for rehabilitering særlig vil gjelde kommunal rehabilitering – rehabilitering i lokalsamfunnet. Da må kompetanse og ressurser organiseres på nye måter, ofte med regionalt samarbeid.



1.2 Prosjekt Innovativ rehabilitering i Indre Østfold

Bakgrunn for prosjektet

Etter etableringen av Helsehuset IØMK IKS (Helsehuset) i 2012, har det i to omganger vært jobbet frem forslag til hvordan rehabilitering kan etableres ved Helsehuset. Det siste prosjektarbeidet i 2014, identifiserte klare fordeler både faglig og økonomisk for en felles interkommunal rehabilitering. Gruppens arbeid ble avsluttet etter beslutning om endrede økonomiske rammer ved Helsehuset. I Statsbudsjettet for 2016 ble det bevilget 5 mill kr til Helsehuset IØMK IKS til et nasjonalt prosjekt om rehabilitering. I Statsbudsjettet for 2017 får vi ytterligere 5 mill kr. Helsedirektoratet følger opp prosjektet, og det er knyttet følgeforskning til arbeidet. Prosjektet skal ha nasjonal overføringsverdi. Overordnet mål er at prosjektet skal utvikle innovative løsninger for en styrket rehabiliteringstjeneste i Indre Østfold.

Dette dokumentet, del 1 presenterer:

- De nasjonale føringene som ligger på kommunal rehabilitering
- Det arbeidet som har vært gjort i prosjektet i 2016
- De utfordringene som er identifisert i eierkommunene
- Prosjektets forståelse av en helhetlig rehabilitering
- Et forslag til hvordan eierkommunene kan gå sammen om å etablere en styrket interkommunal rehabilitering i et 2017-2020 forløp

Nasjonale rammer

Brukermedvirkning¹

Brukermedvirkning er en vesentlig del av utviklingen av nye helsetjenester. Pasienter, brukere og pårørende skal være like viktige som fagfolk og politikere i endringsarbeid. Deres behov skal inngå i grunnlaget for utviklingen av tjenestene, og kvaliteten på tjenestene skal vurderes også fra pasientenes perspektiv.

Denne brukerinvolveringen bør skje på tre nivå: Individuelt, på gruppenivå og på kommune og samfunnsnivå. På denne måten kan personene det handler om være de sentrale endringsagentene i arbeidet.

Veileder til forskrift for rehabilitering, individuell plan og koordinator²

Denne peker på at kommunen skal bygge opp en tjeneste som kan imøtekomme behov for hele spekteret av pasient- og brukergupper; det forutsetter et tilbud med ulik grad av intensitet, kompleksitet og faglig innhold. Strukturert tverrfaglig og koordinert samarbeid både internt i helsetjenestene og tverrsektorielt, løftes opp som nødvendig for å sikre flyten mellom tjenestene.

Grunnelementer i kommunal rehabilitering:

- Behov for tilgang til spesialisert kompetanse
- Bruk av tverrfaglige ambulante team
- Gode pasientforløp uten tidsavbrudd
- Sikre god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen
- Koordinerende enhet
- Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt
- Tidlig innsats, bruk av individuell plan og
- Fokus på læring og mestring

¹ Mld.St 26 (2014-2015), Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

² Helsedirektoratet: Veileder til forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2015).

Kommunene skal sikre tilbud som bidrar til læring og mestring. Dette omfatter alt fra individuell pasient- og pårørendeopplæring til gruppetilbud og likemannsarbeid. Fagpersonenes rolle er å bidra til å fremme pasientens og brukerens motivasjon og ressurser. En viktig ressurs for kommunene er Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring.

Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering³

I forbindelse med fremleggningen av Statsbudsjettet 2017, kom Opptappingsplanen. Den presiserte en oppgaveforskyvning der mer av rehabiliteringen skal gjøres i kommunen i fremtiden. Spesialisthelsetjenesten skal ikke bygge ned tilbudet før tilsvarende tilbud er bygget opp i kommunene. For kommunene betyr dette et behov for å styrke og bygge opp sin kapasitet og kompetanse for å yte pålagte rehabiliteringsoppgaver. Brukerperspektivet løftes frem; «hva er viktig for deg» er grunnlaget for en god rehabilitering. Valgfrihet, medansvar, samskaping og deltagelse fra personene, sørger for en god forutsetning for treffsikre tjenester og tiltak. Personenes egne mål skal legges til grunn ved utforming av rehabiliteringstiltakene til den enkelte. De lovpålagte samarbeidsavtalene er viktige verktøy for å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Hensiktsmessige tiltak som løftes frem er: Sikring av riktig kompetanse, utvikling av tjenesten og samarbeid om interkommunale løsninger.

Primærhelsetjenestemeldingen⁴

Meldingen beskriver hvordan den kommunale helse og omsorgstjenesten kan utvikles for å møte dagens og fremtidens utfordringer. Den inneholder forslag til hvordan god kvalitet og kompetanse kan legges til rette for en flerfaglig og helhetlig kommunal helsetjeneste. Tidlig kartlegging av behov for rehabilitering, tilgang på riktig tilbud, rett kompetanse, tverrsektorielt arbeid, opplæring av brukere og pårørende, sikre tilstrekkelig kapasitet og sist men ikke minst: Personen er hovedaktøren i prosessen; målet er å bedre personens evne til å mestre eget liv.

1.3 Prosjektets arbeid i 2016

Prosjekt Innovativ rehabilitering i Indre Østfold er et utviklingsprosjekt der Helsehuset IØMK IKS er oppdragstaker. Styret er styringsgruppe, og prosjektet er organisert under Fagstab. Fra mai 2016 ble prosjektleder engasjert. I arbeidsgruppene har det vært bred deltagelse fra eierkommunene og spesialisthelsetjenesten.

Rammer og målsettinger for prosjektet har vært fremmet for eierne i eiermøter, og innholdet i arbeidet har blitt kommunisert på etablerte møteplasser for virksomhetsledere og helsepersonell. Det har vært avholdt egne møter med kommunens administrasjon for å drøfte gevinstrealisering spesielt.

Prosjektarbeidet bygger på de satsningsområdene som er identifisert ved tidligere prosjektarbeid. Innovasjon som tilnærming metode ble vektlagt for å se hvordan dagens løsninger, arbeidsmetoder og strukturer for kommunal rehabilitering kan videreutvikles. Å tenke nytt har vært en viktig drivkraft i prosessen. Bruk av teknologi og de muligheter som det gir, er tatt med som en del av den innovative tilnærmingen.

Følgende hovedområder har blitt vektlagt i arbeidet fra mai til desember 2016:

- Beskrivelse av et helhetlig pasientforløp
- Forslag til tverrfaglig ambulant rehabiliteringsteam
- Forslag til interkommunal rehabiliteringsenhet
- Teknologi i et rehabiliteringsforløp
- Småskalltest
- Kartlegging av dagens situasjon
- Utarbeidelse av gevinstrealiseringsplan

³ Prop. 1 S, Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019).

⁴ Mld.St 26 Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet eller helhet (2014-2015).



Arbeidsoppgavene er løst i tre arbeidsgrupper. I tillegg er det gjennomført en kartlegging av dagens situasjon i eierkommunene og en småskalatest. Det ble også etablert en gevinstrealiseringsgruppe i tett samarbeid med eierkommuner og eksterne rådgivere. Arbeidsgruppene har bestått av brukerrepresentanter, ansatte i prosjektet, fagpersoner fra Helsehuset IØMK IKS sine eierkommuner samt spesialisthelsetjenesten. Gjennom gruppearbeid, workshops, dialogmøter og kontakt med andre rehabiliteringsmiljøer er arbeidsoppgavene løst. Småskalatestperioden ble gjennomført i samarbeid med Virtuell avdeling i hjemmesykepleien Eidsberg kommune.

Vi har innhentet relevant informasjon og erfaringer fra andre prosjekter og utviklingsarbeider. Vi har benyttet tjenstedesign i en workshop for å identifisere hvordan prosjektet kan knytte inn metoder fra tjenstedesign for å sikre brukerfokus og -medvirkning. Det er lagt til rette for medvirkning gjennom brukerrepresentasjon i arbeidsgruppene og bruk av kvalitative intervjuer av deltagere i småskalatesten. I tillegg ble noen prosjekterresultater lagt frem for et stort brukerforum arrangert av Sunnaas sykehus. Deltakelse fra fagpersoner fra eierkommunene, som jobber med rehabilitering, har også gitt et brukerperspektiv.⁵

Resultatene fra disse hovedområdene er grunnlaget for de anbefalingene som presenteres i hovedleveransen i prosjektåret 2016: «Forslag til handlingsplan regional rehabilitering 2017-2020».

Kartleggingsundersøkelsen i eierkommunene speiler de utfordringene som fagfolkene har i daglig arbeid med kommunal rehabilitering. Følgende forslag til styrking ble fremmet:

- Kompetanse, kommunikasjon, ressurser, tid og kapasitet
- Organisering, samarbeid og samhandling på flere nivå
- Hverdagsrehabilitering
- Økt tverrfaglighet og tilgang på andre fagpersoner
- Ambulant rehabiliteringsteam
- Interkommunalt samarbeid
- Helhetlig rehabilitering fra start til mål; strukturert, forutsigbart og målrettet

I Indre Østfold har vi dyktige fagpersoner som yter høy innsats i sitt daglige arbeid med rehabilitering. Forutsetningene for fagpersoner og personen, som er under rehabilitering, er imidlertid ikke optimale. Etableringen av senger for intensiv rehabilitering og et tverrfaglig team, vil kunne svare på mange av de utfordringer og mangler som er avdekket i regionen.

Samtidig vil vi ikke begrense rehabiliteringen til den tjenesten som helsepersonell yter. Prosjektet introduserer derfor begrepet samfunnsbasert rehabilitering. Begrepet favner rammene, aktørene og aktiviteten som inngår i den samlede prosessen. Midt i dette er personen selv, som må myndiggjøres for oppgaven. For å lykkes med rehabilitering er det derfor behov for å se på helsesystemet, helhetstilnærmingen og vise et handlingsrom der kommunene kan skape noe nytt sammen.

Rehabilitering er et felt som er preget av mangfold. Følgende definisjon av rehabilitering er gjeldende i dag ⁶: «*Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede prosesser med klare mål og virkemiddel, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet.*»

Gjennom arbeidet har prosjektet jobbet frem en alternativ definisjon til kommunal rehabilitering som et grunnlag for en felles forståelse for hva kommunal rehabilitering er. Dette er ikke for å endre gjeldende definisjoner, men for å understreke den helhetlige tilnærmingen og få frem tilknytningen mellom personen, helsetjenestene og lokalsamfunnet.

⁵ Fagpersonene representerer her brukere av de verktøyene som jobbes frem i prosjektet for å styrke rehabiliteringen i regionen.

⁶ Helsedirektoratet (2015) Veileder til forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

«Rehabilitering er en prosess for å øke funksjonsnivået slik at man kan mestre hverdagen. Prosessen er tidsavgrenset. Personen skal ut fra forutsetninger og eget ønske ha stor grad av ansvar for og kontroll over mål og innhold i rehabiliteringen, og dette skal skje i nært samarbeid med aktuelle fagmiljøer. Rehabiliteringen skal ta utgangspunkt i personens helhetlige livssituasjon og personens egne mål. Rehabiliteringen bør i størst mulig grad foregå i personens eget lokalsamfunn.»

For å visualisere prosjektets resultater og forslag til en helhetlig tilnærming til rehabilitering, presenterer vi her en systemmodell som viser den samlede rehabiliteringskraften i samfunnet.



Betegnelsen «Samfunnsbasert rehabilitering» er inspirert fra CBR- Community Based Rehabilitation⁷. Den ene sirkelen (lilla) får frem rehabilitering som en del av helsetjenesten. Den andre (grønn) får frem de aktører som inngår i det rehabiliterende lokalsamfunnet. Den sentrale aktøren i rehabilitering er personen selv. Vi bruker ikke betegnelsen pasient. Det er den myndiggjorte personen som vil omsette rehabiliteringsinnsatsen til selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet.

Helsetjenestene omfatter både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Vi har valgt ulike betegnelser på rehabiliteringen alt etter hvilke tjenester det offentlige yter/bør yte:

- Spesialisthelsetjeneste: Spesialisert rehabilitering
- Kommunalt (evt. interkommunalt) rehabiliteringssenter: Intensiv rehabilitering (senger) og Sammensatt rehabilitering (team)
- Pleie- og omsorgstjenesten: Hverdagsrehabilitering

Lokalsamfunnet omfatter alt fra hjemmet, familien og omgangskretsen til offentlige funksjoner, private instanser og frivillige organisasjoner. Nærmiljøet, med natur, infrastruktur og kulturelle tilbud danner en viktig del av rammen. Lokalmiljøets bidrag i rehabiliteringen kan være sammenfallende med det vi kjenner igjen fra arbeidet med folkehelse; det kan kalles det rehabiliterende lokalsamfunnet.

⁷ Definert av WHO (World Health Organisation)



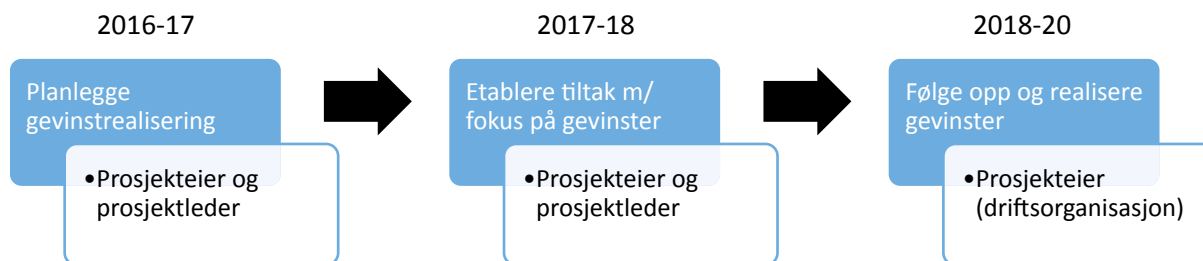
Sentralt i rehabiliteringsforløpet, som en interkommunal funksjon, har vi plassert et tverrfaglig vurderingsteam (TVT). Teamet består av basiskompetanse: Fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier. TVT er nøkkelen i det vi kaller sammensatt rehabilitering og vil trekke veksler på ulike fagprofesjoner. Oppgavene til teamet vil være knyttet til tidlig vurdering, med anbefalinger om rehabiliteringsforløpet, samt veiledning og oppfølging.

TVT er tiltenkt en koordinerende funksjon mellom alle de aktører som på ulike nivåer eller måter skal inngå i den sammensatte rehabiliteringen. Disse aktørene kan både være helsefaglige og samfunnsfaglige funksjoner, og inngå i forskjellige og samtidige faser i et forløp. For å synliggjøre dette er de lagt inn i et overlappende område i figuren.

1.4 Gevinstrealisering

Oppdragsgiver for Prosjekt Innovativ Rehabilitering har som forventning til prosjektet at det skal utvikles effektive måter å organisere og drive rehabilitering på. Å vurdere effektivitet innen rehabilitering er en kompleks øvelse. I en interkommunal sammenheng blir det også et spørsmål om man i praksis makter å realisere mulige gevinster.

Arbeid med gevinstrealisering er i tråd med anbefalingene fra Direktoratet for Økonomistyring (DFØ) som sier at «Gevinstrealisering bør utøves ved ethvert tiltak som innebærer en forandring⁸.» Gevinstrealisering kan defineres som «den prosessen der man planlegger, organiserer og henter ut forventede og eventuelle ikkeforventede gevinster av et prosjekt». På administrative møteplasser med eierne, har prosjektet presentert en rekkefølge for denne prosessen⁹:



For å hente ut gevinster kreves planlegging og analyser i forkant og systematisk oppfølging underveis og i etterkant av prosjektet. Det er viktig at eierne av prosjektet tar ansvar for gevinstrealiseringen. Hovedregelen er at det er linjeorganisasjonen som har ansvar for å følge opp et prosjekt og realisere de forventede gevinstene. I denne sammenhengen er det eierkommunene, som i samarbeid med Helsehuset IØMK IKS, må sikre at gevinster virkeliggjøres. Forankring og forpliktelse ligger som forutsetninger for gevinstrealiseringen.

Effekt kan forstås som «en forandring i tilstand hos brukerne eller i samfunnet som har oppstått som følge av virksomhetens tiltak¹⁰». I vårt arbeid er vi imidlertid også ute etter de gevinster som frigis på grunn av nye måter å innrette virksomheten på. Intensiv trening kan for eksempel føre til at man oppnår funksjonsforbedring på kortere tid. Dette kan medføre et kortere rehabiliteringsforløp.

Kortere forløp på institusjon gir færre liggedøgn. Dersom omfanget av dette er stort nok, kan man gå ned på antall sengeplasser. Reduksjon av sengeplasser vil kunne medføre kutt i driftskostnader til lokaler og personale. Dette er gevinster som kommer i tillegg til bedret funksjonsevne for personen.

⁸ Veileder, Gevinstrealisering – planlegging for å hente ut gevinster av offentlige prosjekter, Direktoratet for Økonomistyring, 2014

⁹ Illustrasjonen nedenfor er justert med hensyn til fremdriften i prosjektet

¹⁰ Se fotnote 8

Innretningen av rehabilitering er avgjørende for personeffekt og behov for kommunale støttetiltak. Som et eksempel på dette kan det vises til et forskningsarbeid¹¹ fra Vestfold hvor det ble funnet store forskjeller i resultat mellom den rehabilitering som foregår ved korttidsrehabiliteringen på sykehjem og rehabiliteringen ved et kommunalt rehabiliteringssenter: Rehabiliteringen ved rehabiliteringssenteret ga pasienten markant høyere funksjon (doblet) på betydelig kortere tid (nesten halve), og behovet for støttetjenester i etterkant ble betraktelig redusert. Personene som fikk intensiv rehabilitering på rehabiliteringssenteret, hadde bedre funksjonsevne enn kontrollgruppen også i målinger tatt halvannet år etter avsluttet rehabiliteringsprosess.

Blant suksesskriteriene angis det at rehabiliteringen i en egen enhet foregår i et stimulerende og støttende miljø, at rehabiliteringsprosessen er tverrfaglig og strukturert, der pasientene/personene får/bruker mer tid til daglig trening. Grunnbemanningen besto av samme fagpersoner (lege, fysioterapeut, ergoterapeut, pleiere), men det var en høyere tetthet av fysio- og ergoterapeuter ved senteret.

I Vestfoldprosjektet ble det gjort beregninger for gjennomsnittskostnad per pasient. Dette gjør at vi kan regne på kostnadsforskjellen mellom rehabilitering ved korttidsavdeling på sykehjem og ved et rehabiliteringssenter. Hvis vi antar tilsvarende effekter for Indre Østfold, forutsetter vi at tilbudet ved våre korttidsavdelinger er sammenlignbare med kontrollkommunene i Vestfold.

I vår region får over 150 personer vedtak om rehabiliteringsplass hvert år¹². Overført vil dette beslaglegge om lag 16 rehabiliteringsplasser ved korttidsavdelingene. Dersom vi legger tjenesten til en dedikert rehabiliteringsenhet, vil det holde med 9 senger fordi produksjonen antas å bli over 75% høyere.

Dette gir følgende regnestykke:

Rehabiliteringsramme	Korttid rehabilitering	Rehabiliteringssenter
Antall senger	16	9
Kostnad avdeling	13 680 000	9 072 000
Kostnad hjemmetjenesten 1 år	17 176 000	9 120 000
Sum	30 856 000	18 192 000

Summen av besparelsene fra institusjonsopphold og påfølgende år med hjemmebaserte tjenester, er over 12 millioner kroner årlig.

Den økonomiske nytteeffekten etter rehabiliteringsoppholdet, speiler kvaliteten ved personens funksjon. Livskvalitet og mestring er forhold som er vanskelig å kvantifisere, men som for den enkelte selv og for pårørende, er av stor verdi. Når rehabiliteringen fører en person tilbake til deltakelse i samfunnet, vil det i seg selv generere effekter av stor samfunnsnytte.

Prosjekt Innovativ Rehabilitering Indre Østfold dreier seg om hele rehabiliteringsforløpet, og har ulike satsingsområder for å favne dette. Men for å kunne skape forbindelse mellom en spesifikk innsats og en gitt effekt, rettes arbeidet med gevinstrealisering mot konkrete tiltak innen rehabilitering: Tverrfaglig Vurderings Team (TVT) og Senger for Intensiv Rehabilitering (SIR).

¹¹ Outcome of primary health care rehabilitation of older disabled people i two different settings, Inger Johansen, 2013

¹² Tall fra IØ kommunenes rehabiliteringsaktivitet de siste tre årene viser variasjoner i antall personer som får vedtak om rehabiliteringsplass og lengden på oppholdet. 150 er et anslag på grunnlag av dette.



SIR vil bli drøftet med utgangspunkt i forskningsresultatene fra Vestfold der dagens rehabilitering ved korttidsplasser på sykehjem sees opp imot senger på en felles enhet. Kommunene vil stå overfor valget om å erstatte ordinære rehabiliteringsplasser ved sykehjem med SIR. Gevinst forutsetter at man legger ned en hel avdeling ved ett eller flere sykehjem. Dette krever at kommunene går sammen om det øvrige korttidstilbudet (korttid, avlastning og evt. palliasjon). For å få et klart bilde av besparelsene må man da regne på kostnadene ved å ha en avdeling stående tom: Fellesutgifter, nattevakt og andre og stordriftsfordeler fordeles på færre senger. FDV-utgifter er løpende.

I de hjemmebaserte tjenestene vil det være redusert behov for bistand til personer som har fått opphold ved SIR. Realisering av gevinst vil være avhengig av omfang og hva slags effekter den enkelte kommune er ute etter.

Det finnes ikke tilsvarende forskning på effekten av å ha et tverrfaglig vurderingsteam som for et kommunalt rehabiliteringssenter. Kartleggingen fra forprosjektet i 2016 viste imidlertid at det er et bredt ønske om et tverrfaglig rehabiliteringsteam i regionen. Gevinster som kommer av TVT vil avhenge av hvilke oppgaver som legges til teamet. Vurdering, koordinering og oppfølging er sentrale stikkord. Så langt er det foreslått oppgaver som vil generere effekter av overveiende kvalitativ art.

En av forventningene til et ambulant team, er at det skal gi tilgang på kompetanse som kommunene ikke har selv. Det er forventet at spesialisthelsetjenesten bidrar med kompetanse. Dette kan blant annet muliggjøres ved bruk av teknologi og videooverføring. Dette vil bety mye for kvaliteten på vurderingene, og gi bedre muligheter for raske avklaringer. Flere konsultasjoner kan gjennomføres på kortere tid.

Å legge frem kvantitative effekter av et tiltak, er av betydning for finansieringen. Dersom teamets tidlige og oppfølgende innsats vil bidra til forkortning av rehabiliteringsforløpet, vil dette også utgjøre en kostnadsbesparelse. Sannsynlighet og omfang for dette er imidlertid ikke kjent. Dersom TVT kan overta oppgaver som i dag ligger i kommunene, vil ressurser kunne overføres. TVT skal være tilknyttet sengeenheten (SIR). Dersom man lykkes med å frigjøre den økonomiske gevinsten som kommer av selve etableringen av SIR, vil man også kunne bidra til å finansiere teamet.

Strategier for gevinstrealisering er nærmere beskrevet i del 2.

1.5 Handlingsplan 2017-2020

For å styrke den kommunale rehabiliteringen foreslår prosjektet en handlingsplan for de neste årene. Sammen kan kommunene bygge en sterkere struktur og utvikle kvaliteten i tjenestene. Fordi denne handlingsplanen forutsetter at Helsehuset LØMK IKS sine eiere fatter vedtak om etablering av interkommunal rehabilitering; må planen revideres i takt med de vedtakene som gjøres.

For å opprette et interkommunalt samarbeid om rehabilitering ved Helsehuset LØMK IKS, foreslår prosjektet at det bygges opp et tverrfaglig vurderingsteam (TVT) og at det opprettes senger for intensiv rehabilitering (SIR).

I tillegg vektlegger prosjektet betydningen av at personen får en sentral rolle og myndighet i egen rehabiliteringsprosess. Lokalsamfunnet skal ha en stor plass i rehabiliteringen; det er her personene bor og skal leve sine liv. Disse anbefalingene er bygget på sentrale føringer som beskriver hva kommunal rehabilitering skal tilby, de utfordringene som beskrives i kartlegginger gjennomført i vår region, de krav som vil komme på kommunal rehabilitering i fremtiden, kunnskapsbasert praksis samt prosjektresultatene fra 2016. I del 2 av dette dokumentet er grunnlagsdokumentene for disse anbefalingene samlet.

2017

Tverrfaglig vurderingsteam (TVT)

Det skal gjennomføres en prøveperiode med et tverrfaglig vurderingsteam i Indre Østfold. Teamet skal arbeide med vurderinger og understøtte oppstarten av rehabilitering.

- Pilotperioden er tenkt fra 01.06.17 og ut året, der ambulant personrettet virksomhet skal skje fra 01.09.17.
- Det skal opprettes en samarbeidsavtale med Sykehuset Østfold.
- Som en del av piloten skal det velges og prøves ut teknologiske verktøy.
- Pilotperioden finansierer teamet fortrinnsvis med prosjektmidler. Eventuelle bidrag fra kommunen skjer etter avtale.
- Kommunale vedtak om etablering av TVT (etter pilotperioden) skjer høsten 2017.

Senger for intensiv rehabilitering (SIR)

Det skal legges frem et forslag til etablering av senger for intensiv rehabilitering (SIR) i Indre Østfold, med mål om etablering i 2018.

- Det skal utformes en avtale mellom kommunene og Helsehuset LØMK IKS.
- I budsjettberegningene for SIR skal kostnadene ved dagens rehabilitering ved sykehjem fremkomme. Beregningene skal vise hvilke kostnader som kan reduseres og/eller omdisponeres i kommunene, og hvilke som ikke/vanskelig kan kuttes.
- Arbeidsgruppen skal foreslå dagtilbud og læring- og mestringstilbud tilknyttet SIR.
- Kommunale vedtak om etablering av SIR skjer høsten 2017.

Det er utviklet egne prosjektplaner for tiltakene, der mandat, sammensetning av arbeidsgruppene og forventninger til leveranse er tydeliggjort.

Brukermedvirkning er sentralt i utforming av tjenestene. Sammen med brukerorganisasjoner, kommunale elderråd og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne, vil prosjektet gi innhold til den «myndiggjorte personen». Myndiggjøring av personen er overordnet for hvordan tjenestene skal innrettes, og skal fremkomme av leveransen. I løpet av 2017 vil prosjektet videreføre arbeidet med samfunnsbasert rehabilitering.



Høsten 2017 revideres handlingsplan for regional rehabilitering 2017-2020. Helsehuset IØMK IKS og kommunene vil etablere en felles arbeidsgruppe for oppgaven. Planen beskriver hvordan innovative tiltak, bruk av teknologi mv. videreføres. Vedtak om etablering av tiltak vil innarbeides.

2018

Gitt vedtak i 2017 vil aktuelle tiltak opprettes i 2018. Oppstartsdato(er) foreslås av prosjektet og fremkommer av vedtak.

Driftsforberedende arbeid må sikre:

- Dagtilbud
- Lærings- og mestringstiltak

Samfunnsbasert rehabilitering og den myndiggjorte personen innarbeides i rehabiliteringsarbeidet.

Revidering av handlingsplan for regional rehabilitering. Videre aktivitet for 2019 og 2020 beskrives. Det søkes om midler for videreføring av prosjektaktivitet med sikte på etablering av et nasjonalt kompetansesenter for rehabilitering.

2019

Bygger på prosjektresultater og tidligere vedtak.
Revidering av handlingsplan for regional rehabilitering.

2020

Bygger på prosjektresultater og tidligere vedtak.
Revidering av handlingsplan for regional rehabilitering.



Del 2

Grunnlag for anbefaling 2017 – 2020

*Nasjonale føringer
Prosjektarbeid og -resultater
Realisering av gevinst*



2.1

Nasjonale føringer og dagens situasjon



Innhold

- 2.1.1 Bakgrunn for prosjektet
- 2.1.2 Regelverk, krav og føringer for kommunal rehabilitering
- 2.1.3 Undersøkelser og forskningsarbeider
- 2.1.4 Dagens situasjon
- 2.1.5 Referanser

2.1.1 Bakgrunn for prosjektet

Helsehuset IØMK IKS

Helsehuset - Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS, (Helsehuset IØMK IKS) er et interkommunalt selskap. Selskapet ble opprettet i 2012 og eies av syv kommuner; Askim, Eidsberg, Hobøl, Marker, Skiptvet, Spydeberg og Trøgstad med til sammen ca. 51.000 innbyggere. Selskapet ble etablert etter anbefaling fra et treårig samhandlingsprosjekt mellom Indre Østfold og Sykehuset Østfold.

Representantskapet er øverste besluttsende organ, og består av ordførere samt en annen valgt representant fra alle eierkommunene.

I dag består selskapet av:

- Døgnetenheten med 10 senger for kommunale akutte døgnplasser og utskrivingsklare pasienter
- Legevakt og legevaktsentral
- Fagstab og Samfunnsmedisin

Helsehuset IØMK IKS - visjon

Selskapet er et tverrfaglig medisinsk kompetansesenter som utvikler og gir helsetilbud til innbyggerne i samarbeid med kommunene og spesialisthelsetjenesten. Selskapet yter sine tjenester i henhold til gjeldende regelverk i samarbeid med og på vegne av, eierkommunene. Selskapet skal være ledende innen fagutvikling for sine fagområder, og ha utstrakt samhandling og ressursutnyttelse internt mellom tjenesteområder for å sikre optimale synergier og effektiv drift.

Forprosjekt rehabilitering 2014

I 2014 ble det startet et rehabiliteringsprosjekt ved Helsehuset IØMK IKS. Prosjektgruppen hadde som mål å se på den eventuelle faglige og økonomiske gevinsten av å etablere en rehabiliteringsavdeling ved Helsehuset IØMK IKS i samhandling med de syv eierkommunene. Grunnet budsjettprosesser og endrede rammer for selskapet, ble prosjektet avviklet og prosjektgruppen kunne ikke fullføre sitt mandat

Det ble likevel utarbeidet en sluttrapport, og delrapporten presenterer noe av den forskningen og litteraturen som finnes innen rehabiliteringsfeltet. De gjennomførte en enkel rehabiliteringskartlegging blant virksomhetslederne i eierkommunene. Kartleggingen viste at det var forskjellig innhold og tilbud innen rehabilitering i kommunene, samt ulik sammensetning av ressurser. Det var eksempelvis flere kommuner som ikke hadde ergoterapeut. Det ble etterlyst en avklaring omkring hvilke oppgaver kommunen faktisk skal ivareta i fremtiden. Virksomhetslederne ga uttrykk for at de ikke har noen ressurser å avse ved en eventuell opprettelse av en rehabiliteringsenhet ved Helsehuset IØMK IKS. Det ble presisert at kommunene må avse midler til rehabilitering på Helsehuset IØMK IKS om rehabiliteringen skal være bærekraftig og av økende kvalitet. Kommunene uttrykte et behov for økt kompetanse.

«Dette vil være en særdeles viktig prosess og helt avgjørende for om man vil kunne lykkes med å etablere en rehabiliteringsavdeling under IØMK. Det vil være kritisk at det finnes en forankring helt fra øverste administrative og politiske nivå ned til hver enhet i kommunene for at dette skal kunne gjennomføres. Kommunene og dens beslutningstakere på alle nivåer må inkluderes og følge eierskap til denne prosessen og under oppstart av en avdeling.» s. 20, Rehabiliteringsgruppens delrapport. Fremlagt for eiermøtet den 23. mars 2015. Helsehuset IØMK IKS, 2015.



Vurdering og anbefaling fra prosjektgruppen er at samhandling mellom de ulike nivåene må styrkes, og at flere oppgaver bør overføres til kommunene og der igjennom gi nærhet til behandling og rehabilitering for brukeren. I tillegg mener gruppen at de syv eierkommunene vil profittere på en egen rehabiliteringsavdeling ved Helsehuset IØMK IKS. Det anbefales en størrelse på 20 plasser. De mener at det vil være en faglig styrke for avdelingen, hvis man driver kompleks rehabilitering med mulighet for salg av plasser, men sier samtidig at dette må utredes videre. Gruppen anbefaler at arbeidet fortsetter med mål om å etablere en rehabiliteringsavdeling under Helsehuset IØMK IKS. Utfordringen som er beskrevet er forankringsprosessen mot kommunene da de er organisert ulikt og er av ulik størrelse. Prosjektgruppen anbefaler samtidig at kommunene må utfordres på hva de kan avstå av ressurser for å etablere en slik avdeling ved Helsehuset IØMK IKS (Helsehuset IØMK IKS, 2015. Rehabiliteringsgruppens delrapport).

Etableringen av prosjekt Innovativ rehabilitering i Indre Østfold

Etter etableringen av Helsehuset IØMK IKS i 2012 har det i to omganger vært jobbet frem forslag til hvordan rehabilitering kan etableres ved Helsehuset IØMK IKS. Det siste prosjektarbeidet i 2014 identifiserte klare fordeler både faglig og økonomisk for en felles interkommunal rehabilitering.

I Statsbudsjettet for 2016 ble det bevilget 5 mill kr til Helsehuset IØMK IKS til et nasjonalt prosjekt om rehabilitering. I Statsbudsjettet for 2017 får vi ytterligere 5 mill kr. Helsedirektoratet følger opp prosjektet, og det er knyttet følgeforskning til arbeidet. Prosjektet skal ha nasjonal overføringsverdi.

Habilitering og rehabilitering har lenge vært sett på som helse- og omsorgstjenestens svakeste områder, på tross av tverrpolitisk ønske om løft. Eldre med brått eller gradvis fall av funksjon representerer det største mulighetsområdet, ettersom det brukes svært store ressurser til kompenserende bistand og pleie (Primærhelsetjenestemeldingen). Et godt rehabiliteringstilbud etter utskrivning fra sykehus vil redusere antallet reinnleggelser, øke overlevelsen, bedre funksjonsnivået og redusere hjelpebehovet (Garåsen m.fl. 2008). Den vanligste formen for kommunal rehabilitering i dag er rehabiliteringsplasser i sykehjem. For slike tilbud har Statens helsetilsyn påpekt betydelige mangler. Forskning viser at det både er mer kostnadseffektivt og gir bedre resultat for pasientene å gi tilbud i kommunal rehabiliteringsinstitusjon fremfor som enkeltplasser i sykehjem (Johansen m.fl. 2012).

Overordnet mål for dette prosjektet er å utvikle innovative løsninger for en styrket rehabiliteringstjeneste i Indre Østfold.

2.1.2 Regelverk, krav og føringer for kommunal rehabilitering

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Forskriften trådte i kraft 2012.

«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 tjenesten tilbys og ytes

- 1. ut fra et pasient og bruker perspektiv*
- 2. i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø*
- 3. samordnet, tverrfaglig og planmessig*
- 4. i en for pasientens og brukerens meningsfylt sammenheng.»*

Veileder om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator

Veilederen gir utdypende forklaringer til hvordan lov og forskrift skal forstås. I tillegg inneholder denne temaer som ikke er omtalt i forskriften, men som er sentrale for tjenestområdet habilitering og rehabilitering. Føringer som er beskrevet i Stortingsmelding om primærhelsetjenesten (St.meld 26, 2014-2015), er også lagt til grunn for anbefalinger i veilederen.

Målet med veilederen er at den skal hjelpe ledere og fagfolk til å arbeide bedre sammen om rehabilitering, habilitering, læring og mestring og koordinering. Med denne ønsker Helsedirektoratet å bidra til felles forståelse og enhetlig veiledning om sentrale spørsmål både knyttet til innhold i tjenestene og samhandling.

Det nasjonale målet om at habilitering og rehabilitering skal styrkes er et sentralt grunnlag for anbefalinger i veilederen. I dette ligger også en vektlegging av tjenester som fremmer og understøtter pasientens og brukerens innsats i å gjenvinne og opprettholde best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse. Samarbeid med familie og sosialt nettverk er viktig.

Krav til hva rehabiliteringstilbudet i kommunen skal inneholde

«Kommunen må sikre et differensiert tilbud som inneholder funksjonstrening, tilrettelegging og læringstilbud som dekker behovet til kommunens innbyggere. Dette bør blant annet omfatte:

- *døgnbasert tilbud i institusjon*
- *dagtilbud*
- *tilbud i brukerens hjem*
- *tilbud integrert i barnehage, skole, dagtilbud og arbeid*
- *lærings- og mestringstilbud*
- *hjelpemidler*

Kommunen skal ha en synlig og lett tilgjengelig koordinerende enhet med tilstrekkelig bemanning og kompetanse. I tillegg må kommunen sikre system for tverrfaglig utredning og kartlegging av behov.

Det anbefales at kommunen sikrer et faglig tyngdepunkt med grunnleggende basiskompetanse innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering» (Veileder om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator s. 30-31).

Rehabilitering framfor kompenserende hjelp

«Tiltak som kan bistå personen i å gjenvinne funksjons- og mestringsevne skal prioriteres framfor kompenserende hjelp dersom det er mulig. Vedkommendes totalsituasjon, ressurser, potensial og mål må inngå i vurderingen.

Helse- og omsorgstjenesten skal forebygge, behandle og legge til rette for den enkeltes mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne, jfr helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1, nr 1» (ibid s. 33-34).

Tjenestetilbudet for habilitering og rehabilitering

Et faglig tyngdepunkt

Veilederen beskriver fordeler ved å sikre et faglig tyngdepunkt for habilitering og rehabilitering:

«Det anbefales at kommunen sikrer et faglig tyngdepunkt for sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet som kan være drivere for kommunenes arbeid på feltet. I tillegg til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, kan dette knyttes til tjenesteytende enheter og/eller team. En slik organisering antas å fremme god utnyttelse av den samlede tverrfaglige kompetansen. Et faglig tyngdepunkt vil også sikre bedre forvaltning av kompetanse som kommunene tilføres gjennom veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Det faglige tyngdepunktet bør være en ressurs for den øvrige helse- og omsorgstjenesten slik at de får tilgang til habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse i kommunen når de trenger det» (ibid s. 39).



Kommunen skal imøtekomme behov for hele spekteret av pasient- og brukergrupper, og det forutsettes tilbud med ulik grad av intensitet, kompleksitet og faglig innhold. Viktige faktorer i tjenestetilbudet er:

- Behov for intensitet
- Behov for samtidighet i tjenestetilbudet/kompleksitet
- Behov for fagkompetanse/spesialisert kompetanse

En slik tilnærming kan også være hensiktsmessig for å differensiere mellom ulike tilbud i kommunene» (ibid s. 39).

Tverrfaglige ambulante team

«Tverrfaglige team er sentrale i både kartlegging og utredning av behov og i planlegging og gjennomføring av et koordinert tilbud til hjemmeboende. Teamene bør benyttes som ressurs og veiledere for øvrige tjenester. De bør også ha en sentral rolle i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten og andre sektorer» (ibid s. 43).

Teamene bør utgå fra kommunens faglige tyngdepunkt for habilitering og rehabilitering. Fleksibel oppgavedeling bør tilstrebes samtidig som spisskompetanse hos den enkelte ivaretas.

Rehabilitering i institusjon i kommunen

«Det anbefales at kommunene sikrer døgntilbud innen rehabilitering innen to kategorier:

- Generell, enkel, døgnrehabilitering gjennom korttidsplasser i sykehjem
- Intensivt tilbud i kommunal eller interkommunal rehabiliteringsinstitusjon/rehabiliteringsavdeling

Erfaringer tilsier at kommunal rehabiliteringsinstitusjon bør ha et befolkningsgrunnlag på fra 40 – 60 000 innbyggere for å sikre et økonomisk og faglig grunnlag for driften. Dette er blant anbefalingene i rapporten «Rehabilitering Midt-Norge 2014». For mange kommuner innebærer dette behov for interkommunalt samarbeid.

Forskning på effekt av rehabilitering i kommunal rehabiliteringsinstitusjon sammenlignet med ved korttidsplasser i sykehjem, viser at det førstnevnte er mer kostnadseffektivt for kommunen og gir bedre resultat for pasientene. Studien omfatter 300 personer over 65 år med hjerneslag, lårhalsbrudd eller kroniske lidelser.

«Pasientene som fikk tilbud i kommunal rehabiliteringsinstitusjon økte funksjonsevnen med nær det dobbelte på halvparten av tiden sammenlignet med korttidsplass i sykehjem. De hadde også mindre behov for tjenester etter oppholdet. Inger Johansen m. fl 2012» (ibid s. 44-45).

Pasientforløp i habilitering og rehabilitering

Veilederen beskriver et helhetlig pasientforløp som en sammenhengende beskrivelse av pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode, med det formål å hindre uønskede tidsavbrudd mellom ulike aktørers oppgave- og ansvarsområder i tjenestekjeden, der samhandling og koordinering må binde tjenestene sammen. Det pekes også på at en slik utvikling krever systematisk arbeid over tid, i tett samarbeid med pasienter, brukere og pårørende.

«Utvikling av gode pasientforløp krever systematisk arbeid over tid. Gjennom tverrfaglige analyser og kontinuerlig forbedringsarbeid, i tett samarbeid med pasienter, brukere og pårørende, utvikles felles praksis og konsensus om kriterier for gode pasientforløp. Arbeidet er sentralt i det målrettede kvalitetsarbeidet og bør være et samarbeidsområde mellom helseforetak og kommuner i utarbeidelsen av de lovpålagte samarbeidsavtalene» (ibid, s. 63).

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen og i spesialisthelsetjenesten

«Det må sikres god lederforankring av koordinering og samhandling, helt fra øverste ledelse i organisasjonen og ned til utøvende ledd» (ibid, s. 71).

Kontaktpunkt for samhandling mellom helseforetak og kommuner

«Koordinerende enheter i helseforetak og kommuner er faste gjensidige kontaktpunkt for tverrfaglig samarbeid. Samarbeidet bør omfatte informasjonsutveksling, kompetanseutvikling og dialog om sentrale utviklingsområder. Enhetene har en sentral rolle i den interne samhandlingen. For kommunen er samarbeidet innad i helse- og omsorgstjenesten og med fastlegene og andre sektorer sentralt» (ibid s. 72).

Individuell plan og koordinator

Veilederen beskriver formålet med individuell plan og koordinator til å være:

- *«Sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud*
- *Sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse*
- *Styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende*
- *Styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer» (ibid s. 83).*

Koordinator er definert til å være:

«en tjenesteyter som skal sikre nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet samt framdrift i arbeidet med individuell plan» (ibid s. 83).

Pasientens og brukerens medvirkning i planprosessen

Det er tjenestemottakerens mål, ressurser og helhetlige behov for tjenester som skal danne grunnlag for valg og prioritering av tiltak i planen.

«Individuell plan er en strukturert arbeidsprosess hvor tjenester fra ulike fag, nivåer og sektorer ses i sammenheng og innrettes slik at pasient og bruker kan bli i stand til å nå sine mål. Pasientens, brukerens og eventuelt pårørendes medvirkning og innflytelse i planprosessen er derfor avgjørende» (ibid s. 85).

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen var retningsgivende for å gi helsetjenesten et fokus på og større innsats på forebygging framfor bare å reparere, tidlig innsats - framfor sen innsats, samarbeid, samt å flytte tjenester nærmere der folk bor. En gradvis innføring med start 1. januar 2012 (St. Meld. Nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, Rett behandling – til rett tid – på rett sted, 19.06.2009).

Det pekes blant annet på:

«Mange helse- og omsorgsoppgaver vil til enhver tid ligge i grenseland mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og må løses ut fra lokale forhold hvor nødvendig faglig kompetanse er hovednøkklene.» (ibid s. 15, kap. 3.3.3).

«Det er en ambisjon at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON).» (ibid s. 26, kap. 3.3.3).

Det legges til grunn fra regjeringen at kommunene selv må finne fram til egnede samarbeidsformer for å sikre at ressurser og kompetanse utnyttes på best mulig måte (ibid, kap. 3.3.3.1).

«Tidlig avdekking av funksjonssvikt og umiddelbar igangsetting av rehabiliteringstiltak i kommunehelsetjenesten kan bedre den enkeltes funksjon og mestring, redusere eller utsette sykemelding, redusere behov for pleie- og omsorgstjenester, institusjonsplasser eller spesialisthelsetjeneste.» (ibid s. 62, kap. 6.4.3).



«En stor andel pasienter som utskrives tidlig fra sykehus, har behov for et rehabiliteringstilbud parallelt med at de har et pleiebehov. En del kommuner tilbyr disse pasientene hjemmesykepleie eller plass i institusjon, men uten samtidig å gi tilbud om fysioterapi og ergoterapi. Flere kommuner har rehabiliteringsplasser på sykehjem. For at dette skal være reelle rehabiliteringstilbud slik det er definert i forskriften, bør behovet for tverrfaglighet gjenspeiles i personalets kompetanse.» (ibid s. 62, kap. 6.4.3).

«En viktig tilbakemelding fra brukerne, er at koordinering av tjenestene ikke fungerer godt nok.» (ibid s. 63, kap. 6.4.3).

Primærhelsetjenestemeldingen

Regjeringens melding om fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Meld. St. 26 2014 – 2015), gir uttrykk for den politiske viljen til å forbedre den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De ønsker å skape pasientens helsetjeneste med pasientens behov i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten: «Ingen beslutninger om meg, tas uten meg». Meldingen sier også at kommunene må gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester der brukeren bor, og at en større andel av tjenesten leveres i kommunene.

For habilitering og rehabilitering peker primærhelsemeldingen på behov for å avklare hva som er nødvendige og forsvarlige habiliterings- og rehabiliteringstjenester for de store målgruppene, og tydeliggjøring av ansvarsdeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Det er et ønske om å samle flere rehabiliteringsoppgaver som i dag ivaretas i spesialisthelsetjenesten, i større og mer kompetente kommuner i forbindelse med kommunereformen. Spørsmålet om behov for rehabilitering må stilles ved utskriving fra sykehus, ved konsultasjoner hos fastlegen, ved sykmelding og ved alle situasjoner der helse- og omsorgstjenesten møter brukere som har redusert funksjons- og mestringsevne. Når behovene er avdekket, må ledere og personell i tjenestene vite hvordan disse behovene kan dekkes på en god og kunnskapsbasert måte og tilbudene må finnes. Det handler om organisering, arbeidsmetoder og helse- og sosialpersonell med rett kompetanse og tverrsektorielt samarbeid. Opplæring av brukere og pårørende er avgjørende for å mestre livet med sykdom eller funksjonsnedsettelse. Det er nødvendig å tydeliggjøre kommunens plikt til å sørge for denne opplæringen. Endelig må det sikres at kapasiteten er tilstrekkelig. Personen er hovedaktøren i prosessen, og målet er å bedre personens evne til å mestre eget liv (ibid s. 104).

Status og utfordringer

Kommunene er pålagt å opprette en koordinerende enhet. Brukere med behov for komplekse, langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys en koordinator.

Primærhelsetjenestemeldingen sier at det er behov for både økt kapasitet, økt kompetanse, nye tilbud og bedre organisering innen rehabilitering.

De gir følgende eksempler på store pasientgrupper med rehabiliteringsbehov:

- Personer som har gjennomgått hjerneslag
- Personer med nevrologiske lidelser eller hjerneskader
- Personer med syn- og eller hørseltap
- Personer med brudd og andre skader
- Personer med langvarige eller kroniske sykdommer, f.eks. kols, diabetes, hjerte-kar-sykdom, kreft og reumatiske lidelser
- Personer med sosiale problemer, atferdsproblemer, psykiske lidelser og rusproblemer
- Eldre med sammensatt sykdomsbilde og funksjonstap
- Personer med muskel-skjelettplager som står i fare for å falle ut av arbeidslivet

I kommunen vil rehabilitering utenfor institusjon alltid være den mest sentrale delen av rehabiliteringstilbudet. Oftest settes det sammen flerfaglige team rundt brukeren utfra brukerens behov, f.eks. ansvarsgrupper. Enkelte kommuner har etablert egne rehabiliteringsteam, samlokalisert de mest sentrale fagpersonene og eventuelt organisert de mest sentrale tjenestene i egne rehabiliteringsenheter.

Flere aktører har pekt på at en av de største utfordringene er at kapasiteten og kompetansen i tjenestene ikke er god nok. Dette gir manglende helhetlig tilbud, lange ventetider og fører til mange brudd i forløpene som har betydelige konsekvenser for brukere og pårørende. Det får også konsekvenser i form av for lav intensitet på funksjonstreningen, og tjenestene blir dermed lite virkningsfulle.

Mange kommuner mangler deler av den grunnleggende basiskompetansen for å gi et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Dette rammer flere grupper. Det er lang ventetid på behandling hos fysioterapeut.

Rehabiliteringstilbudet til mennesker med psykiske helseproblemer varierer mye fra kommune til kommune. Pasienter med kroniske sykdommer som opplever akutte forverrelser, vil ha stor nytte av mer systematisk og intens rehabilitering, men får det ofte ikke.

Ungdom med behov for tilbud tilpasset livssituasjon og alder, får ikke dekket sine tjenester.

Tilbud til eldre med brått eller gradvis fall av funksjon varierer mellom kommunen. Denne gruppen vil øke sterkt de neste årene. Dette representerer kanskje den største rehabiliteringsmessige utfordringen.

Primærhelsemeldingen peker på at overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene er sårbar. Videre nevnes at brukere med behov for mange tjenester samtidig, opplever svikt i koordinering av tjenestene. Dette nevnes særlig for barn og unge. For personer i yrkesaktiv alder som har mulighet til å oppnå full eller delvis arbeidsevne, må det helhetlige rehabiliteringsforløpet inneholde tiltak for å komme tilbake i arbeid.

Hvordan sikre et godt habilitering og rehabiliteringstilbud?

Primærhelsetjenestemeldingen sier at god ledelse, kompetanse, kunnskapsbaserte arbeidsformer, effektiv organisering og tilstrekkelig kapasitet, er forutsetninger for å sikre et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Av særlig betydning for rehabilitering er at kommunene innehar kompetanse innen sosial og fysisk rehabilitering og spesialpedagogikk (ibid s. 107).

Etablering av primærhelseteam vil gi større mulighet til å ivareta opplærings- og oppfølgingsbehov enn i dag, særlig pasienter med kroniske sykdommer. En forutsetning for et godt tilbud er også at helse- og sosialpersonell har evnen til å identifisere behovene og har kunnskap om hva som er effektive tiltak. Stille spørsmålet om denne personen trenger habilitering eller rehabilitering, og hvilke tjenester som må involveres for at brukeren skal oppnå bedret funksjons- og mestringssevne.

En stor og økende gruppe med rehabiliteringsbehov er eldre med sammensatte sykdommer og tilstander med funksjonstap. Denne gruppen har behov både for en forebyggende innsats og for en strukturert rehabiliteringsinnsats etter episoder med funksjonstap. Mange kommuner innfører hverdagsrehabilitering som en del av sitt tjenestetilbud for å møte dette behovet.

Alle kommuner bør også ha tilbud om rehabilitering i institusjon, enten i egen kommune eller i samarbeid med andre. Brukere kan ha behov for intensivt opplegg. Noen kan ha behov for gjentatte innleggelser for å løfte funksjonsnivået ved progredierende sykdom. Tett samarbeid med pårørende og tett samarbeid mellom institusjon og hjemmetjenestene er suksessfaktor. Resultatet av rehabiliteringen er bedre desto nærmere hjemmet tilbudet blir gitt. Dette gjør interkommunale tilbud mer utfordrende.



Koordinator er en viktig person for brukerne for å sikre at tjenestene blir samordnet og tilpasset den enkeltes behov og for at brukermedvirkning blir ivaretatt gjennom forløpet.

Pasient- og pårørendeopplæring

Pasient- og pårørendeopplæring bør inngå i et helhetlig forløp for brukere, pasienter og deres pårørende, på tvers av nivåene i helse- og omsorgstjenesten. Opplæringstilbudet for de fleste vanlige tilstander bør gis i kommunen.

Pasienter og brukere gir uttrykk for at det kommunale tilbudet i dag er mangelfullt. Flertallet av kommunene har ikke et strukturert og systematisk opplæringstilbud. Opplæring skjer som oftest som del av individuelt tilbud hos lege, fysioterapeut eller andre. Kommunene er enig i at det er viktig at pasient og pårørendeopplæring settes i system, men anser ikke at dette i dag inngår i deres ansvar (ibid s.109).

Frisklivstilbud er en form for brukeropplæring for ulike grupper av personer med økt risiko for eller begynnende utvikling av sykdom. Flere har etablert dette som interkommunalt tilbud.

Erfaringer viser at lærings- og mestringstiltak som startes opp i sykehus ikke uten videre videreføres i kommunen. Dermed kan effekten av igangsatte tilbud i sykehus utebli. For å sikre nødvendig pasient- og pårørendeopplæring vil regjeringen tydeliggjøre kommunens plikt til å drive pasient- og pårørendeopplæring i helse og omsorgstjenesteloven. Interkommunale gruppetilbud bør etableres når det er små kommuner. Se også kapittel om veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.

Opptrappingsplanen

I opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019, som er en del av regjeringens statsbudsjett for 2017, ønsker regjeringen å bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt rehabiliteringstilbud til innbyggerne. Planen skal bidra til å styrke brukerperspektivet og bedre kvaliteten i tjenesten, og er i hovedsak rettet mot kommunene hvor brukerne bor. Derfor er det også et mål at kommunene på sikt overtar flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten.

Opptrappingsplanen gir en oversikt over hovedutfordringene på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet, og fastlegger kortsiktige og langsiktige strategier og tiltak for å møte disse.

Innovativ rehabilitering i Indre Østfold er et av prosjektene som er tildelt midler som eget prosjekt i opptrappingsplanen, omtalt som Askim - prosjektet, sitat:

«Nasjonalt prosjekt kommunal rehabilitering – Askim-prosjektet

Helsehuset Indre Østfold har ved stortingsbehandlingen av Prop. 1 S (2015–2016) jf. Innstilling 11 S. (2015–2016) mottatt 5 mill. kroner i 2016 for å utarbeide et prosjekt med formål å styrke rehabiliteringstilbudet i Indre Østfold. Prosjektet har som målsetting å utvikle og benytte innovative løsninger som understøtter og effektiviserer arbeidsprosesser på rehabiliteringsfeltet. Prosjektet er et viktig bidrag i å styrke rehabiliteringstilbudet i Indre Østfold og utvikle sammenhengende og helhetlige forløp i samhandling med spesialisthelsetjenesten. Det er satt krav til følgeevaluering som dokumenterer kunnskap og erfaringer som har overføringsverdi til andre. Det skal legges vekt på at tiltakene skal bidra til å styrke rehabiliteringstilbudet i kommunene i samsvar med de politiske målene om at en større del av rehabilitering på sikt skal overtas av kommunene. Utprøvingen skal bidra til å realisere faglige krav og anbefalinger nedfelt i Helsedirektoratets veileder for området. Bevilgningen på 5 mill. kroner foreslås videreført under kap. 762, post 60. (Regjeringen.no, s. 277, kap 8, Prop 1S, 2016-2017 Forslag til Statsbudsjett).

Samhandlingsreformen understreket at hovedtyngden av habilitering og rehabiliteringsinnsatsen skal skje der innbyggerne bor. Økt kompetanse og kapasitet til å ivareta dette ansvaret, løftes frem som en viktig forutsetning for å løse oppgaven (ibid s. 277).

Strategier og tiltak

«Hva er viktig for deg?»; en god rehabilitering og habilitering skal alltid starte med dette spørsmålet. Dette gir større valgfrihet for den enkelte og legger til rette for medansvar, samskaping og deltakelse. Dette gir, i tillegg til en positiv rehabiliterende effekt, gode forutsetninger for mer treffsikre tjenester og tiltak. Det er personens egne mål for eget liv som skal legges til grunn ved utforming av rehabiliteringstilbudet til den enkelte.

Godt samarbeid med brukerorganisasjoner er viktig da dette anses som en underbrukt ressurs (ibid s. 289).

For å oppnå helhetlige pasientforløp trengs det nye løsninger og arbeidsformer. Nye arbeidsformer og en vridning av innsatsen i tjenestene til kommunene, vil kreve at spesialisthelsetjenesten støtter og veileder kommunene.

Å utrede rehabiliteringspotensialet tidlig ved tap av funksjon nevnes spesielt:

«Regjeringen vil derfor vurdere om det er behov for å endre eller presisere lovgivningen slik at rehabiliteringspotensialet alltid skal utredes før det tilstås kompenserende tiltak og tjenester. Det kan være et viktig grep for å vri etterspørselen og få til en helt nødvendig omstilling med større vekt på habilitering og rehabilitering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I første omgang vil regjeringen i eget rundskriv anbefale kommunene å utrede rehabiliteringsbehov og- muligheter, før det settes i verk tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne.» (ibid, s. 295).

Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene kan være utfordrende. Personer med behov for mange tjenester opplever svikt i koordinering av tjenestene mellom nivåene. Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene om helhetlige og gode behandlingsforløp har vært et av de sentrale målene med Samhandlingsreformen. De lovpålagte samarbeidsavtalene er viktige verktøy for å styrke samhandlingen. Helsetilsynet har avdekket en alvorlig svikt i informasjonsflyten mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

*«En utfordring for samhandlingen er at ansvars og oppgavedelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten mange steder oppleves som uklar.»
«Helsedirektoratet anbefaler et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt både i helseforetak og kommuner som kan være pådrivere for kommunens og helseforetakets arbeid på feltet.» (ibid, s. 287).*

For en utfyllende oversikt over hele innholdet i opptrappingsplanen; se kap 8, Proposisjon 1S, 2016-2017 Forslag til Statsbudsjett.

Samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten

Juridiske rammer for ansvarsforholdet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten

Lovforarbeidene sier at kommunene skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester som ikke er spesialisthelsetjeneste, jfr helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Spesialisthelsetjenesten har tilsvarende sørge-for-ansvar for å yte nødvendige spesialisthelsetjenester, i og utenfor institusjon, jfr spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Kommunene og spesialisthelsetjenesten kan organisere tjenestetilbudet ut fra lokale forutsetninger og behov. Kommunens sørge-for-ansvar grenser opp mot spesialisthelsetjenestens ansvar.

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav til samarbeidsavtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten jfr § 6-2. Loven konkretiserer gjennom 11 opplistede punkter hva avtalene minimum skal inneholde. Blant annet skal det beskrives:



1. Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for, og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre.
2. Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2).

I tillegg skal avtalen omfatte retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter med behov for kommunale tjenester, og retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, faglige nettverk og hospitering. Dette er viktige områder innen rehabilitering som også utdypes i Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler som ble utgitt i 2011. Veilederen konkretiserer blant annet samarbeid mellom koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i henholdsvis kommuner og helseforetak, ambulant virksomhet, arbeid med individuell plan og hjelpemidler.

Avklaring av ansvar og oppgaver må jevnlig være på dagsorden i samarbeidet mellom helseforetak og kommuner. De lovpålagte samarbeidsavtalene skal gjennomgås årlig med tanke på oppdateringer, jfr helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5.

Kommunene og spesialisthelsetjenesten kan enten yte tilbudet selv eller inngå avtale med eksempelvis private institusjoner (veileder om habilitering og rehabilitering osv. s. 62).

Implementering av samarbeidsavtaler

Veilederen påpeker at kommuner og helseforetak må sikre implementering av samarbeidsavtalene, og at avtalenes innhold må være kjent for dem det er relevant for og innarbeides i daglig praksis. Dette bør tydeliggjøres som et ansvar for både ledere og ansatte (ibid, s. 69).

Innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, er følgende tjenesteavtaler de mest sentrale:

- Tjenesteavtale 1: Avklaring av ansvar og oppgaver mellom helseforetak og kommuner
- Tjenesteavtalene 2, 3 og 5: Retningslinjer for samarbeid om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Tjenesteavtale 6 og 7: Samarbeid om kompetanse og forskning

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en vesentlig del av utviklingen av nye helsetjenester. Primærhelsetjenestemeldingen (Meld. St. 26, Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet) omtaler brukermedvirkning i eget kapittel, s. 46 - 49.

«Fremtidens tjenester skal utvikles sammen med pasienter, brukere og deres pårørende. Brukerne skal få større innflytelse over egen hverdag, gjennom mer valgfrihet og et større mangfold av tilbud. Målet er å skape tjenester som bidrar til at hver enkelt tjenestemottaker får ivarettatt sine grunnleggende behov og mulighet til å leve et aktivt og godt liv i fellesskap med andre. Dette innebærer å ta i bruk brukernes ressurser på nye måter, med økt fokus på mestring og den enkeltes erfaringskompetanse som grunnlag for utvikling av tjenestene.

Pasient- og brukerrettighetsloven inneholder prinsippet om brukermedvirkning. Målet er derfor å styre praksis slik at dette blir etterlevd. Pasienter, brukere og pårørende skal være like viktige som fagfolk og politikere i endringsarbeidet som skal skje de kommende år. Det pekes på at pasientene og brukernes behov skal inngå i grunnlaget for utviklingen av tjenestene, og kvaliteten på tjenestene skal vurderes også fra pasientenes perspektiv. Pasienten kan på denne måten være helse- og omsorgstjenestens viktigste endringsagenter.

Primærhelsetjenestemeldingen sier at brukerinvolvering bør skje på minst tre nivå:

- «Individuelt når det gjelder valgfrihet og innflytelse over egen helse og tjenestetilbud
- På gruppenivå når det gjelder å møte, bistå og stå sammen med andre pasienter/brukere i samme situasjon
- På kommune- og samfunnsnivå gjennom brukerrepresentasjon» (ibid s. 46).

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 4, stiller krav til kommunen og regionalt helseforetak at den enkelte pasient og bruker kan medvirke ved planlegging, utforming, utøving og evaluering av eget rehabiliteringstilbud i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven. Videre at kommunen og det regionale helseforetaket bør legge til rette for at pasient- og brukerrepresentanter deltar i planlegging, utvikling og evaluering av rehabiliteringsvirksomheten.

Respekten for det enkelte menneskets selvbestemmelse, rettsikkerhet og autonomi er grunnlaget for pasient- og brukermedvirkning. Forventninger og kunnskap om medvirkning bør tydeliggjøres i dialogen mellom personen og tjenestene. Pasient og bruker må involveres i valg og vurderinger gjennom hele forløpet og sikres fortløpende informasjon (Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, s. 17).

Læring og mestring

Læring og mestring omfatter alt fra individuell pasient- og pårørendeopplæring til gruppetilbud og likemannsarbeid. Metodikken har en spennvidde fra overføring av kunnskap fra fagpersoner til pasienter og brukere, og til mestringstilbud der fag- og erfaringskompetanse er sidestilt. Fagpersonens rolle er å bidra til å fremme pasient og brukers motivasjon og ressurser (ibid s. 25).

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse har som mål å bidra til økt kvalitet på lærings- og mestringstjenester gjennom forskning, utvikling, kommunikasjon og formidling. De er en viktig ressurs for både spesialisthelsetjenesten og kommunene (ibid s. 25).

2.1.3 Undersøkelser og forskningsarbeider

Nedenfor er det samlet noen undersøkelser og forskningsarbeider som blant annet primærhelsetjenestemeldingen viser til.

Effekt av tilbud – noen studier

Et godt rehabiliteringstilbud etter utskrivning fra sykehus vil redusere antallet reinnleggelser, øke overlevelsen, bedre funksjonsnivået og redusere hjelpebehovet (Garåsen m fl 2008).

En kartlegging av rehabiliteringstilbudet i norske kommuner viser at 15% har egen kommunal rehabiliteringsinstitusjon og i underkant av 7% har samarbeid gjennom interkommunal rehabiliteringsinstitusjon. Ut over dette gis det meste av tilbudet gjennom øremerkede plasser og rehabiliteringsavdelinger i sykehjem (Rambøll 2014, vist til i primærhelsetjenestemeldingen).

En kunnskapsoppsummering viser at det er solid grunnlag for å si at behandling og rehabilitering i egne slagenheter gir lavere dødelighet sammenlignet med andre måter å organisere slagrehabilitering på. Pasienter som rehabiliteres i slagenheter er også oftere selvhjulpne i egen bolig ett år etter at slag inntraff, enn slagpasienter som får andre tilbud (Gjerberg E et al, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008).

Prosjektet HjemRehabilitering i Bærum kommune ble avsluttet i 2002, og var en satsing på hjemmebasert rehabilitering som strategi for å møte et økende pleie- og omsorgsbehov hos gruppen eldre og funksjonshemmede. Det ble etablert et team av fysio- og ergoterapeuter som ga tilbud i



brukerens hjem. Kostnadsanalyser viste et effektiviseringspotensial på 6,3 millioner for en gruppe på 50 brukere. Innsparing av institusjonsplasser var et sentralt element i beregningen. Prosjektet erfarte behov for bredere fagkompetanse i teamet (Bærum kommune, Prosjekt HjemRehabilitering, Investert tid gir resultater, 2003).

Forskning viser at de beste rehabiliteringsresultatene for enkelte brukergrupper oppnås hjemme. Behandling og rehabilitering i brukerens hjem gir også størst pasienttilfredshet (s 105, kap 21.1, St.meld.nr.26, primærhelsetjenestemeldingen).

For rehabiliteringsavdelinger i sykehjem har Statens helsetilsyn påpekt betydelige mangler. Forskning viser at det både er mer kostnadseffektivt og gir bedre resultat for pasientene å gi tilbud i kommunal rehabiliteringsinstitusjon fremfor som enkeltplasser i sykehjem (Johansen l m.fl. 2012).

Effekt av rehabilitering i eget kommunalt rehabiliteringssenter versus korttidsplasser i sykehjem **Om studiet til lege og forsker Inger Johansen**

Siden dette arbeidet er svært sentralt for rehabiliteringsprosjektet i Indre Østfold, gjengis et sammendrag som er publisert 31.05.2013 i forbindelse med hennes doktordisputas innen allmennmedisin:

«Eldre pasienter oppnådde vesentlig høyere økning i sin selvhjulpenhet på nesten halvparten av tiden ved rehabilitering i eget kommunalt rehabiliteringssenter, sammenliknet med i korttidsplasser på sykehjem. Dette kommer frem i et doktorgradsstudium gjennomført av lege og forsker Inger Johansen ved Avdeling for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo. Forskjellen i selvhjulpenhet mellom de to pasientgruppene var fortsatt tilstede 18 måneder etter rehabiliteringen. Pasientene som var rehabilitert i egen kommunal enhet trengte mindre hjemmetjenester og tilbragte færre dager i korttidsplasser på sykehjem etter rehabiliteringen. Andelen som bodde i omsorgsleilighet eller på sykehjem økte ikke i løpet av observasjonstiden, mens den doblet seg hos pasientene som ble rehabilitert i korttidsplasser på sykehjem. Blant pasientene over 80 år hadde 10% fast sykehjemsplass etter 18 måneder, av de som var rehabilitert i eget senter, mens tallet i sammenligningsgruppen var 15%. Kostnadene for rehabilitering og omsorgstjenester var 40% lavere i gruppen fra rehabiliteringssenteret. Studien ble gjennomført ved Larvik kommunes rehabiliteringssenter og i seks andre kommuner i Vestfold, som har rehabilitering i korttidsplasser i sykehjem. 300 pasienter >65 år ble rekruttert. Halvparten kom hjemmefra og halvparten direkte fra sykehus, etter hjerneslag, lårhalsbrudd, kroniske sykdommer eller funksjonssvikt pga aldring. Samhandlingsreformen gir kommunene mer ansvar for helsetjenestene. Økningen i antallet eldre og korte sykehusopphold fører til at stadig flere eldre skrives ut før de er selvhjulpne nok til å fungere i eget hjem. Stadig flere hjemmeboende eldre trenger effektiv rehabilitering for å kunne fortsette å bo hjemme med størst mulig grad av selvhjulpenhet og livskvalitet. Denne studien beskriver en effektiv rehabiliteringsmodell for eldre som trenger institusjonsbasert rehabilitering i kommunene» (UiO, Disputas Inger Johansen – allmennmedisin – Sammendrag, 31.05.2013 (<https://www.med.uio.no/helsam/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2013/johansen-inger.html>))

Effekt av hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er en: tidsavgrenset, intensiv og målrettet rehabilitering i hjem og nærmiljø, rettet mot personer som har opplevd et funksjonsfall, og der terapeuter, sykepleiere og ansatte i hjemmetjenesten i kommunen samarbeider og bistår personen med trening og tilrettelegging av hverdagsaktiviteter som er viktige for personen selv. En randomisert kontrollert studie der effekt av hverdagsrehabilitering for hjemmeboende eldre med funksjonsfall, sammenliknet med standard tjenester (når det gjelder utførelse av daglige aktiviteter, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet) har sett på effekter etter 3 og 6 måneder. Hverdagsrehabilitering bedret ikke fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet, mer enn ordinære tjenester, men ga større framgang i utførelse og tilfredshet

i egenoppgitte aktivitetsproblemer (COPM) enn ordinære tjenester. Kost-effektstudien viste både lavere kostnader og større egenoppgitt bedring og tilfredshet i et seks måneders perspektiv, sammenlignet med ordinære tjenester. Det er usikkerhet knyttet til om satsingen innebærer en styrking av det totale rehabiliteringstilbudet i kommunene (forelesning Oddvar Førland med henvisning til Vossastudien Kjerstad & Tuntland 2016).

Satsingen på hverdagsrehabilitering kan tolkes som et uttrykk for en sterkere investeringstankegang i kommunene. Dette kan føre til at brukergrupper som ikke gir «avkastning» i form av økt mestring og selvhjelpenhet, blir nedprioritert i kommunene. (Senter for omsorgsforskning vest, 2016, Oddvar Førland).

2.1.4 Dagens situasjon

I dette kapitlet gis en oversikt over undersøkelser og kartlegginger som er gjennomført i Helse Sør-Øst, Østfold og i Helsehuset IØMK IKS sine eierkommuner. I prosjektet er det gjennomført egne kartleggingsundersøkelser som omhandler rehabiliteringstilbudet i kommunene, og som etterspør hvilke utfordringer det er ved dagens tilbud og hvilke ønsker helsepersonell har for et godt rehabiliteringstilbud i eierkommunene.

Det totale innbyggertallet i eierkommunene for første kvartal 2016 er 50.824, og i Østfold er det et totalt innbyggertall på 289.867 ifølge Statistisk sentralbyrå.

Spørreundersøkelse RKR Helse Sør-Øst

I 2015 ble det gjennomført en spørreundersøkelse om rehabilitering i kommuner og bydeler i Helse Sør-Øst regionen av Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR) i Helse Sør-Øst ved Stein Arne Rimehaug.

Grunndata hentet fra IPLOS, NPR kubene og innvilgede søknader for fastlege hentet fra RKE, viste at det var større variasjon innen rehabilitering enn andre tjenester. I Østfold viser tallene ca 2,2 kommunale rehabiliteringsopphold per 1000 innbyggere.

Det var totalt 187 kommuner og bydeler innen Helse Sør-Øst regionene som deltok i undersøkelsen, der kommunestørrelsen varierte fra små kommuner med innbyggere under 15 000 og store kommuner/bydeler med innbyggere over 30 000 innbyggere. Minimum 6 kommuner fra hvert fylke/ sykehusområde var med i undersøkelsen. Ingen av eierkommunene i vårt prosjekt, deltok i undersøkelsen, men det er sannsynlig at flere av funnene er overførbare til rehabiliteringssituasjonen i Helsehuset IØMK IKS sine eierkommuner.

Resultatene fra undersøkelsen viste at i de små kommunene så er det 25% som ikke har ergoterapeut, og i 80% av kommunene finnes det ikke logoped. Avtalefysioterapeut finnes i ca 85% av de små kommunene, men de deltar i rehabilitering i bare 45% av kommunene. Sosionom finnes i ca 70% av småkommunene, men deltar i rehabilitering i bare ca 40%.

Det uttrykkes et behov for veiledning og opplæring fra spesialisthelsetjenesten på alle områder, men spesielt innen lungerehabilitering, kreft, progredierende nevrologi, hjerneskade og for enkeltindivider med spesiell problemstilling.



Når det gjelder rehabilitering i kommunal institusjon så har kommuner med i gjennomsnitt 5 000 innbyggere et snitt på 0,5 plasser per 1 000 innbygger. Antall plasser til rehabilitering i kommunal institusjon per 1 000 innbyggere er synkende når innbyggertallet i kommunen øker. Rehabilitering i kommunal institusjon innebærer et tverrfaglig tilbud med minimum fysioterapi og ergoterapi 5 dager i uken, og tilgang til logoped m.m. ved behov. Undersøkelsen viser at uansett kommunestørrelse, så har kommunen enten ingen rehabiliteringsenhet, eller så har de en med 8-15 plasser.

Undersøkelsen viser at få små kommuner har oppsøkende rehabiliteringsteam sammenlignet med mellomstore og store kommuner. Uavhengig av kommunenes størrelse så er tendensen at kommunen enten ikke har et rehabiliteringsteam, eller så har den et team med tre ansatte. Tilbudene er som regel ikke dimensjonert i forhold til folketall.

Ca 90% av små kommuner beskriver at koordinerende enhet svarer på spørsmål fra individer, mens ca 80% videreformidler henvendelser som ikke krever vedtak, til for eksempel fysioterapeut eller friskliv. Ca 60% av koordinerende enhet i småkommunene fatter vedtak, mens ca 75% av koordinerende enhet i småkommunene innhenter tjenstedata og har oversikt over behov og tilbud.

Det vises til RKR Helse Sør-Øst og Stein Arne Rimehaug for videre detaljer og informasjon vedrørende denne undersøkelsen.

Kartlegging gjennomført av Sykehuset Østfold

I 2015 gjennomførte Sykehuset Østfold en kartlegging av rehabiliteringstilbud i kommunene i Østfold som en del av et prosjekt for å etablere en rehabiliteringsenhet ved sykehuset. Kartleggingen viste at bare to av de syv eierkommunene har øremerkede stillinger til rehabilitering på sykehjem. Alle kommunene har et tverrfaglig rehabiliteringstilbud. I tillegg ser det ut til å variere mellom kommunene hvor noen skiller på plasser øremerket rehabilitering døgnoophold, mens andre ikke skiller mellom korttidsopphold på sykehjem med vurdering fra fysioterapeut og/ eller ergoterapeut og rehabilitering døgnoophold. Ingen av eierkommunene tilbyr rehabiliteringsopphold i annen kommune.

Det er kun en av Helsehuset IØMK IKS sien eierkommuner som oppgir at de har ambulerende oppsøkende rehabiliteringsteam. Seks av Helsehusets syv eierkommuner beskriver at de har hjemmebasert trening og oppfølging med fysioterapeut og ergoterapeut. Ingen av kommunene rapporterte i denne undersøkelsen at de tilbyr hverdagsrehabilitering. Halvparten av kommunene har tilbud om dagsenter for voksne/ eldre med gruppetrening ledet av fysioterapeut. To av kommunene oppgir at de har treningsgrupper med tverrfaglig opptrening.

I kommentarfeltet i undersøkelsen etterlyses det blant annet mer kompetanse og bedre rutiner omkring rehabilitering.

Det vises til Sykehuset Østfold ved Samhandlingsavdelingen for utfyllende informasjon omkring denne kartleggingen av rehabilitering i kommunene.

Kartlegging av rehabiliteringstilbudet i eierkommunene - helsepersonell

Prosjektet har gjennomført to kartleggingsundersøkelser våren 2016; en blant kommunenes helsepersonell og en blant kommunenes fastleger.

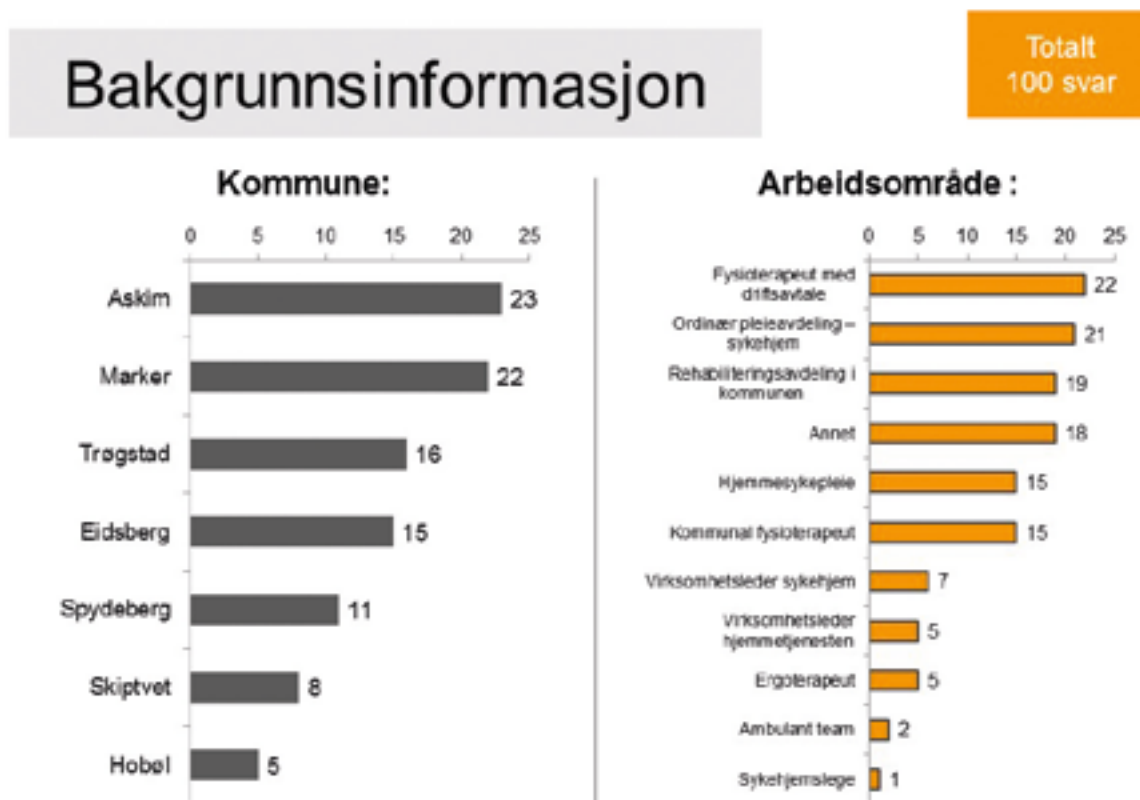
Her omtales kartleggingen blant helsepersonell. Denne kartleggingsundersøkelsen gikk til virksomhetsledere, ansatte ved sykehjem, ansatte i hjemmetjenesten, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykehjemsleger og tildelingskontoret. I denne kartleggingen hadde vi totalt 100 respondenter. Alle personalkategorier deltok og alle eierkommuner er representert.

Oversikten figur 1 viser respondentenes fordeling på kommuner og arbeidsområde. Alle virksomhetslederne for sykehjemmene har svart. Fra Askim og Marker er det stor deltakelse av personell fra ordinær pleieavdeling og fra hjemmesykepleien. Rehabiliteringsavdelingene er også godt representert. Av fagpersoner utenfor sykehjemmet, er det stor deltakelse fra fysioterapeuter, både kommunalt ansatte og de med driftsavtale.

Spørreskjemaet var stort og inneholdt spørsmål som det var forventet at mange ikke kunne svare på. Vi valgte likevel å ha bare ett spørreskjema. Dette har medført at vi har en til tider stor prosent som har svart «vet ikke».

Vi fikk god respons på spørsmålene «Hva slags rehabiliteringstilbud skulle du ønske man kunne tilby?» og «Hvilke utfordringer oppleves som de største ved dagens rehabiliteringstilbud?». Dette var svært viktige spørsmål for prosjektarbeidet, og dette var spørsmål som alle kunne besvare og gi innspill til, fra sitt ståsted.

I denne fremstillingen omtales kun hovedtrekkene i resultatene, uten å inndele etter kommune eller arbeidsområde.



Figur 1. Fordeling av respondenter på kommune og arbeidsområde



Hvem får tilbud/ får ikke tilbud om rehabilitering i kommunen?

Respondentene ble bedt om å angi hvem som får / ikke får et rehabiliteringstilbud i kommunen. I utgangspunktet var dette inndelt etter om det var et døgnopphold eller om det var tilbud av annen karakter. Her er døgntilbud/ annet enn døgntilbud slått i sammen.

Svaralternativene er listet i tabell 1 sammen med svarene for hvilke grupper som får et rehabiliteringstilbud i kommunen / ikke får et rehabiliteringstilbud i kommunen. I denne tabellen er det ikke skilt på om rehabiliteringstilbudet er et døgnopphold eller annet enn døgnopphold.

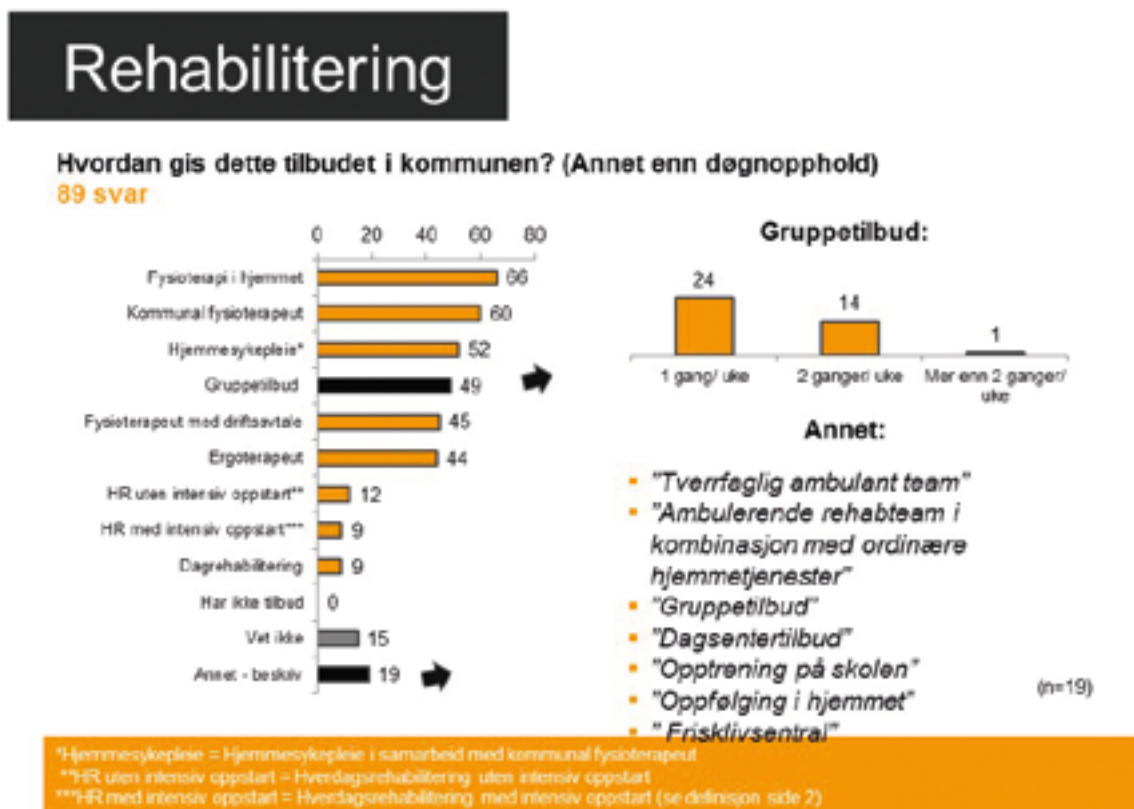
Tabell 1. Oversikt over hvem som får/ ikke får et tilbud i kommunen

Svaralternativer	Får tilbud om rehabilitering	Får ikke tilbud om rehabilitering
Personer med:	Personer med:	Personer med:
Hjerneslag	Hjerneslag	
Nevrologiske lidelser	Nevrologiske lidelser	
Større ortopediske inngrep	Større ortopediske inngrep	
KOLS	KOLS	
Hjerte-kar-sykdom	Hjerte-kar-sykdom	
Kreft	Kreft	
Eldre med sammensatte sykdommer og funksjonstap	Eldre med sammensatte sykdommer og funksjonstap	
Reumatiske lidelser	Reumatiske lidelser	
Diabetes		Diabetes
Muskel- og skjelettplager som står i fare for å falle ut av arbeidslivet		Muskel- og skjelettplager som står i fare for å falle ut av arbeidslivet
Barn og unge med nyoppstått funksjonssvikt		Barn og unge med nyoppstått funksjonssvikt
Psykiske lidelser		Psykiske lidelser
Rusproblematikk		Rusproblematikk
Andre		

Personer med diabetes og reumatiske lidelser, nevnes både til å få og ikke få et tilbud. Det er også variasjoner i besvarelsene fra de ulike kommunene.

Rehabiliteringstilbud som ikke er døgnopphold

Rehabiliteringstilbudet i kommunen utover det som er døgnopphold, ser hovedsakelig ut til å gis ved: Fysioterapi i hjemmet eller som kommunal fysioterapeut/ fysio med driftsavtale, hjemmesykepleie og gruppetilbud. Tilbud om ergoterapeut nevnes også av ca halvparten av respondentene. Det er få som svarer at hverdagsrehabilitering med/uten intensiv oppstart og dagrehabilitering er tilbud i kommunene, se figur 2.



Figur 2. Rehabiliteringstilbud i kommunen – annet enn døgnopphold

Hvordan fanger man opp de som trenger rehabilitering?

Respondentene har oppgitt at man fanger opp de som skal tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved et behov for rehabilitering, hovedsakelig via;

- Henvendelser fra pasienter/brukere og pårørende og fra fastlege
- Melding fra spesialisthelsetjenesten og hjelpeapparatet ute og inne
- Melding fra fysioterapeut og Helsehuset
- Private rehabiliteringsinstitusjoner

Rutiner for å stille spørsmål om personen trenger rehabilitering

Det er få (14 av 95) respondenter som svarer at det eksisterer rutiner for å stille spørsmål om personen trenger rehabilitering.



Organisering av koordinerende enhet

Ut fra besvarelser om koordinerende enhet i kommunen, ser begrepet ut til å være noe ukjent blant helsepersonell i kommunene.

Hvem fatter vedtak om at personen skal få et rehabiliteringstilbud

De som fatter vedtak om et rehabiliteringstilbud, beskrives til å være inntaksteam/ tverrfaglige team ofte bestående av: sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, lege og saksbehandler. Andre faggrupper som nevnes er: helsesøster, vernepleier, pasientkoordinator og ledere.

Eldre med sammensatt sykdomsbilde

Respondentene (ca 65%) har krysset for at tilbudene til eldre med sammensatt sykdomsbilde er hjemmesykepleie, korttid/avlastning og fysioterapi i hjemmet. Ca 60% har krysset for rehabiliteringsopphold og gruppeopphold, gruppetilbud og kommunal fysioterapeut. Noen kommuner har andre tiltak som dagsenter, ambulant rehabiliteringsteam og virtuell avdeling.

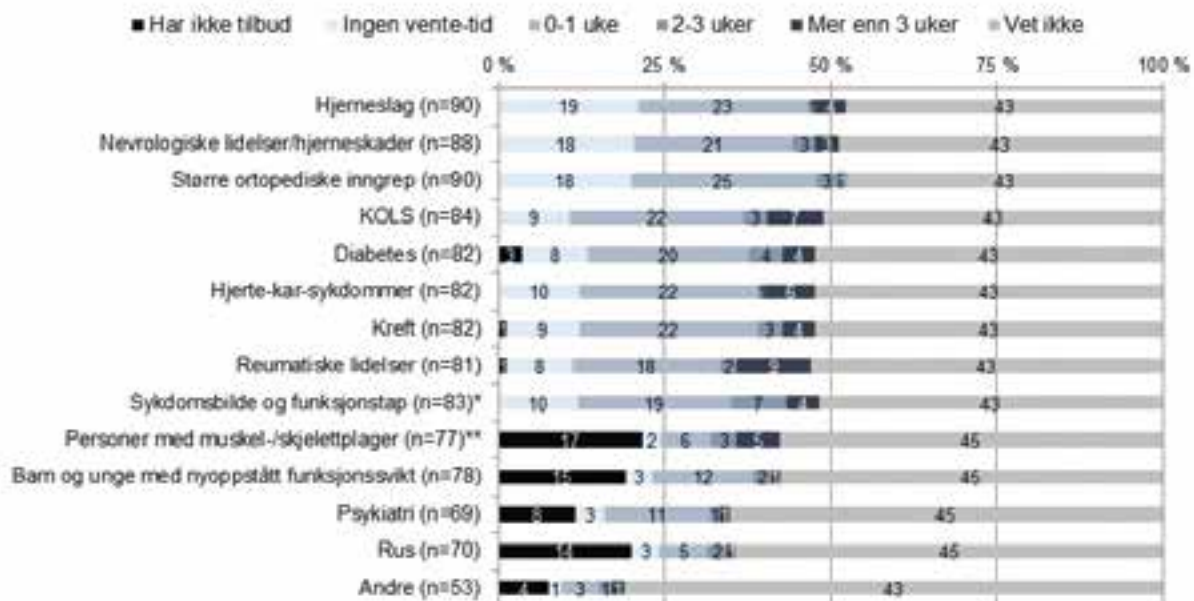
Tilbudet om rehabilitering oppfattes å være ulikt i de ulike kommuner. Det pekes også på at det er en utfordring å ha korttid/rehabilitering/avlastning samlet i en felles avdeling. Tilbudet om rehabilitering drukner i enkelte tilfeller i annen pleie.

Ventetid for rehabilitering

Ventetiden ved kommunal rehabilitering anslås for de ulike gruppene til hovedsakelig å være fra ingen ventetid til innenfor en uke. For noen grupper oppgis ventetid til mer enn 3 uker. Det er positivt at det er flere som får et tilbud i løpet av en uke. Tid er en avgjørende faktor i et rehabiliteringsforløp, og det er viktig å sette i gang koordinerte tiltak tidlig i et forløp for et godt resultat. Se figur 3 for ventetid.

Ventetid ved kommunal rehabilitering

Oppgi hvor lenge pasienten/brukeren må vente før rehabilitering iverksettes etter at søknad/henvisning er sendt.



Sykdomsbilde og funksjonstap * = Eldre med sammensatt sykdomsbilde og funksjonstap

Personer med muskel-/skjelettplager** = Personer med muskel-/skjelettplager som står i fare for å falle ut av arbeidslivet

Figur 3. Ventetid ved kommunal rehabilitering

Utfordringer i kommunene

Respondentene ble bedt om å beskrive hva de opplever som de største utfordringene ved dagens rehabiliteringstilbud i egen kommune. Vi fikk svar fra 66 deltakere. Utsagnene er ikke delt på arbeidsområde eller kommune, men er systematisert og kategorisert under følgende temaer:

- Kommunikasjon mellom behandlere – forankring ledelse og personale – kompetanse (25)
- Ressurser til arbeidet i hjemmetjenesten og til andre – tid og kapasitet – bemanning (24)
- Systemnivå – organisering – rutiner – samarbeid – samhandling (21)
- Tilgang til andre faggrupper og andre tilbud (15)
- Organisering av tilbud – ventetid – gruppetilbud – skyss – fasiliteter (11)
- Tilgang til opphold i spesialisthelsetjenesten (1)

(Tallene i parentes angir antall som har gitt kommentarer innenfor denne kategorien svar).

Nedenfor følger noe sitater fra respondentene som peker på disse utfordringene:

«Små og sårbare fagmiljøer, mangler ergoterapeut, sosionom o.l.»

«Rehabavd blir «spist opp» av andre pasientgrupper, bla palliative pasienter, som har et helt annet fokus enn det en rehab.pasient trenger.»

«Lite pleiepersonell som har kunnskap om rehabilitering. Få plasser på sykehjem til heldøgn. Ingen eller liten kapasitet til rehabilitering i hjemmet eller grupper.»

«Lite samarbeid, kommunikasjon, helhetstenkning mellom institusjoner.»

«Til tider kan manglende samhandling mellom helsepersonell og fysio være en utfordring. Ansatte ser det ikke som en primær oppgave å opprettholde funksjonsnivå. ADL blir hovedfokus.»

«Noe mangelfull «spesialisert» kompetanse innenfor rehabfeltet.»

«Mangel på ergo – mangel på systematisk arbeid med pasienter med rehab.behov (manglende vilje sentralt i kommunen til å ta utfordringer med organisering, planverk etc) – manglende tverrfaglig arbeid – manglende fasiliteter for døgnrehab (per i dag bare som en del av sykehjemmet) – mangel på ambulant team.»

Utfordringer ved dagens rehabiliteringstilbud i kommunene

Det pekes på utfordringer i/ innen:

- Forankring av rehabiliteringsfeltet i kommunen både blant helsepersonell og administrativt
- Kompetanse og kommunikasjon
- Ressurser, tid og kapasitet
- Organisering, samarbeid og samhandling på flere nivåer



Ønsketilbud for rehabilitering

Respondentene ble bedt om å beskrive – hvis de kunne tenke helt fritt – hva slags rehabiliteringstilbud de skulle ønske man kunne tilby. Vi fikk beskrivelser fra 62 deltakere. Utsagnene er ikke delt på arbeidsområde eller kommune, men er systematisert og kategorisert under følgende temaer:

- Hverdagsrehabilitering - økte ressurser i hjemmesykepleien – tverrfaglig – virtuell avdeling (28)
- En egen rehabiliteringsenhet – ambulant team – interkommunalt samarbeid – spesialisert – vurdering av behov (21)
- Aktivitetstilbud og trimtilbud for ulike grupper – rus, psykiatri, barn og unge, eldre med funksjonshemming og demens – vanntrening – bevisstgjøring av betydningen av aktivitet (14)
- En helhetlig tankegang om rehabiliteringsforløp – alt fra start til mål – struktur og forutsigbarhet, tverrfaglighet, egnede lokaler, målrettet og målbart, attraktivt og realistisk, tidsbegrenset – oppfylle lovens krav (13)
- Mer fysio og ergo i hjemmetjenesten - lettere tilgang til fysio også på kveld – flere avtaler for fysio i kommunen (7)
- Ymse utsagn: det som personen ønsker selv – bedre oppfølging av demente unge/gamle – bedre info – mer opplæring – politisk vilje til å satse – raskt tilbud (7)

(Tallene i parentes angir antall som har gitt kommentarer innenfor denne kategorien svar).

Noen utsagn som beskriver ønsketilbudene, sitat:

«Et sted/avdeling som jobbet utelukkende med rehabilitering uten å konkurrere med pleie og omsorgspasienter.»

«Jeg skulle ønske et rehabiliteringstilbud hvor motivasjon og helhet var i fokus. Et samarbeid mellom alle hvor pasienten/brukeren står i sentrum. Først oppfølging og kartlegging + trening på et rehabiliteringsopphold, deretter tett oppfølging i overgang til hjemmet, så til en mer selvstendig rehabilitering.»

«Hverdagsrehabilitering er meget viktig, men er avhengig av ressurser og nok hender.»

«Tilbud om en rehabilitering med tverrfaglig tilnærming til hjemmeboende. Tilbud om treningsgrupper. Dagrehabilitering, Læring og mestringscenter. Ambulante tjenester og hverdagsrehabilitering. Videreutvikle virtuell avdeling.»

«En helhetlig rehabilitering med aktivt tverrfaglig samarbeid.»

«Et forutsigbart, målbart tilbud, med god struktur som ALLE har eierskap til.»

«Mer en til en pleie og oppfølging. Mer ergo: tid til spill, kognitiv trening etc.»

«Tilpasset rehabilitering for hver pasient i hjemmet.»

Ønsketilbud

Fagpersoner peker på ønske om:

- Hverdagsrehabilitering og økte ressurser til hjemmesykepleien
- En egen rehabiliteringsenhet med ambulant team og vurdering av behov for rehabilitering
- Behov for aktivitetstilbud og bevisstgjøring av aktivitetens betydning
- En helhetlig tankegang om rehabiliteringsforløp, alt fra start til mål som er strukturert, forutsigbart og målrettet
- Mer fysio og ergo også på kveld

Kartleggingsundersøkelse av rehabiliteringstilbudet i eierkommunene - fastleger

Vi hadde også en egen kartleggingsundersøkelsen blant fastleger og kommuneoverleger. Vi fikk til sammen 15 svar, representert ved fastleger og kommuneoverleger i 6 av 7 eierkommuner, der 10 av skjemaene var fullført. Svarprosenten er lav ca (25%) og resultatene må derfor tolkes med varsomhet.

Hvem får tilbud/ får ikke tilbud om rehabilitering i kommunen?

Respondentene ble bedt om å angi hvem som får / får ikke et rehabiliteringstilbud i kommunen. I utgangspunktet var dette inndelt etter om det var et døgnopphold eller om det var tilbud av annen karakter. Her er døgntilbud/ annet enn døgntilbud slått i sammen.

Svaralternativene er listet i tabell 2 sammen med svarene for hvilke grupper som får et rehabiliteringstilbud i kommunen / får ikke et rehabiliteringstilbud i kommunen. I denne tabellen er det ikke skilt på om rehabiliteringstilbudet er et døgnopphold eller annet enn døgnopphold.

Tabell 2. Oversikt over hvem som får/ ikke får et tilbud i kommunen vurdert av fastlegene

Svaralternativer	Får tilbud om rehabilitering	Får ikke tilbud om rehabilitering
Personer med:	Personer med:	Personer med:
Hjerneslag	Hjerneslag	
Nevrologiske lidelser	Nevrologiske lidelser	
Større ortopediske inngrep	Større ortopediske inngrep	
KOLS	KOLS	
Hjerte-kar-sykdom	Hjerte-kar-sykdom	
Kreft	Kreft	
Eldre med sammensatte sykdommer og funksjonstap	Eldre med sammensatte sykdommer og funksjonstap	
Reumatiske lidelser	Reumatiske lidelser	
Diabetes		Diabetes
Muskel- og skjelettplager som står i fare for å falle ut av arbeidslivet		Muskel- og skjelettplager som står i fare for å falle ut av arbeidslivet
Barn og unge med nyoppstått funksjonssvikt		Barn og unge med nyoppstått funksjonssvikt
Psykiske lidelser		Psykiske lidelser
Rusproblematikk	Rusproblematikk	Rusproblematikk
Andre		



Vurdering av kommunens «døgntilbud» og «annet enn døgntilbud»

Døgntilbud

Kommunens rehabiliteringstilbud ble vurdert som overveiende «godt» og «middels godt» for:

- Større ortopediske inngrep
- Kreft
- Hjerneslag
- Eldre med sammensatt sykdomsbilde og funksjonstap

Ingen av gruppene fikk beskrevet tilbudet som «mindre godt».

Annet enn døgntilbud

Kommunens rehabiliteringstilbud ble vurdert som overveiende «godt» og «middels godt» for:

- Hjerneslag, nevrologiske lidelser/hjerneskader, større ortopediske inngrep, KOLS, kreft, reumatiske lidelser, psykiatri og rus.

Kommunens rehabiliteringstilbud ble vurdert som overveiende «mindre godt» for:

- Personer med muskel-/skjelettplager som er i ferd med å falle ut av arbeidslivet
- Barn med nyoppstått funksjonssvikt (resten (50%) svarer «vet ikke»)

Tilbudet som gis til eldre med sammensatt sykdomsbilde og funksjonstap

Fastlegene oppgir at dette tilbudet ser hovedsakelig ut til å være:

- Hjemmesykepleie
- Fysioterapi i hjemmet, kommunal fysioterapeut eller fysioterapeut med driftsavtale
- Ergoterapeut
- Korttid avlastning

Fastlegens rolle, henvisning av pasienter og rutiner for epikriser

Fastlegens rolle for å sikre pasienter et godt rehabiliteringstilbud i dagens situasjon, oppfattes som «viktig» eller «svært viktig».

Ca 65% av fastlegene henviser mer enn 5 pasienter per måned til rehabilitering i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Praktiske rutiner for henvisning til rehabilitering i kommunen og til spesialisthelsetjenesten vurderes som «gode» og «middels».

Fastlegene vurderer spesialisthelsetjenesten til å ha gode/ middels gode rutiner for å sende epikriser etter rehabiliteringstiltak, mens dette fungerer dårligere fra kommunehelsetjenesten. Svaralternativene var: «gode», «middels» og «dårlige».

Fastlegene svarer at rehabiliteringstilbudet har blitt dårligere for sine pasienter etter at rehabiliteringstilbudet på Sykehuset Østfold ble lagt ned.

Ni av ti fastleger mener å ha pasienter som burde ha fått et rehabiliteringstilbud eller som har fått et rehabiliteringstilbud som ikke anses som tilfredsstillende. Dette beskrives å gjelde særlig pasienter med; hjerneslag og mindre hjerneskader, hjerteinfarkt, muskel-/skjelettplager, bruddskader og funksjonssvikt hos eldre.

Rangering av fem ulike rehabiliteringstilbud

Respondentene ble bedt om å rangere følgende fem ulike rehabiliteringstilbud:

1. Fortsette med nåværende modell
2. Videreutvikle nåværende modell med økt kompetanse og kapasitet
3. Økt bruk av privat rehabiliteringsinstitusjoner (Bakke, Jeløya, Cato-senteret etc)
4. Etablere et rehabiliteringssenter for våre kommuner ved Helsehuset, og flytte rehabiliteringsplasser dit
5. Etablere et rehabiliteringssenter for våre kommuner ved Helsehuset, og flytte rehabiliteringsplasser dit. I tillegg ha dagbehandling og ambulante team med base på Helsehuset

Alternativ 5 ble rangert som det beste alternativet for rehabiliteringstilbudet.

Hvem tar initiativ til at det gjøres en vurdering av behov for rehabilitering

Respondentene ble bedt om å oppgi ut fra nevnte svaralternativer, hvem som tar initiativ til at det gjøres en vurdering av behov for rehabilitering. Svaralternativer: «Spesialisthelsetjenesten», «Fastlegen», «Rehabiliteringsteam», «Bestillerkontor», «Personene selv/Pårørende».

Det oppgis at det er overveiende «Spesialisthelsetjenesten» og «Personene selv/Pårørende», deretter «Fastlege» som tar initiativ til at det gjøres en vurdering av behov for rehabilitering.

Bruk av individuell plan

Fastlegene oppgir at individuell plan har vært benyttet «For noen få» som del av et rehabiliteringsopplegg.

Kjennskap til koordinerende enhet

Ni av ti fastleger kjenner til at det er en koordinerende enhet i kommunen.

Utfordringer – det som særlig vanskeliggjør at pasienten får et godt rehabiliteringsforløp

Opplevd utfordring – det største problemet som særlig vanskeliggjør et godt rehabiliteringsforløp for pasientene, er knyttet til: forankring på ulike nivåer, kompetanse, ressurser, kapasitet, bemanning, systemnivå, organisering, tilgang til andre faggrupper og mangel på helhetlige forløp.

Hva som fungerer godt samlet sett – slik at pasientene får et godt rehabiliteringstilbud i dag

Fastlegene ble bedt om å beskrive hva de samlet sett opplever fungerer godt - slik at pasientene får et godt rehabiliteringstilbud i dag. Innholdet i kommentarene er: Engasjement fra enkeltansatte, mange fornøyd med sykehjemmet som rehabiliteringsarena, tverrfaglig samarbeid, kommunalt rehabiliteringsteam, private fysioterapeuter og private institusjoner. Én har vanskelig for å se at det foreligger et godt tilbud i dag.



2.1.5 Referanser

Helsehuset IØMK IKS, 2015. Rehabiliteringsgruppens delrapport. Fremlagt for eiermøtet den 23. mars 2015.

Garåsen H. m.fl. 2008. Long-term patients' outcomes after intermediate care at a community hospital for elderly patients: 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36 (2): 197-204.

Johansen I. m.fl. 2012. Structured community – based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard primary health care rehabilitation-an open comparative study. *Disability and Rehabilitation*, 34 (24): 2039-46.

Visjon Helsehuset – selskapsstrategi. Hentet fra internett 10.01.2017.

<http://www.iomk.no/helsehusets-strategi.295840.no.html>

Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator. Hentet fra internett 27.10.2016: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Hentet fra internett 27.10.2016:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet fra internett

27.10.2016: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Hentet fra internett 27.10.2016:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Merknad til Forskriften om habilitering og rehabilitering. Hentet fra internett 27.10.2016:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/merknader-til-forskriften-om-habiliterin/id106906/>

Proposisjon 1S (2016-2017). Proposisjon til Stortinget. Forslag til statsbudsjett. For budsjettåret 2017, Statsbudsjettet. Det Kongelige Finansdepartement.

Regjeringen.no. Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019. Hentet fra internett

10.11.2016: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019/id2517920/>

Riksrevisjonen (2012). Undersøkelse om rehabilitering. Hentet fra internett 27.10.2016:

<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/rehabilitering.aspx>

Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/ helseforetak. Nasjonal veileder. Hentet fra internett 27.10.2016:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samhandlingsreformen---lovpalagte-samarb/id661886/>

St.meld.nr. 47 Samhandlingsreformen (2008-2009). Hentet fra internett 27.10.2016:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Gjerberg E et al, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008. (<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/organisering-av-fysikalsk-medisin-og-rehabilitering-i-sykehus>)

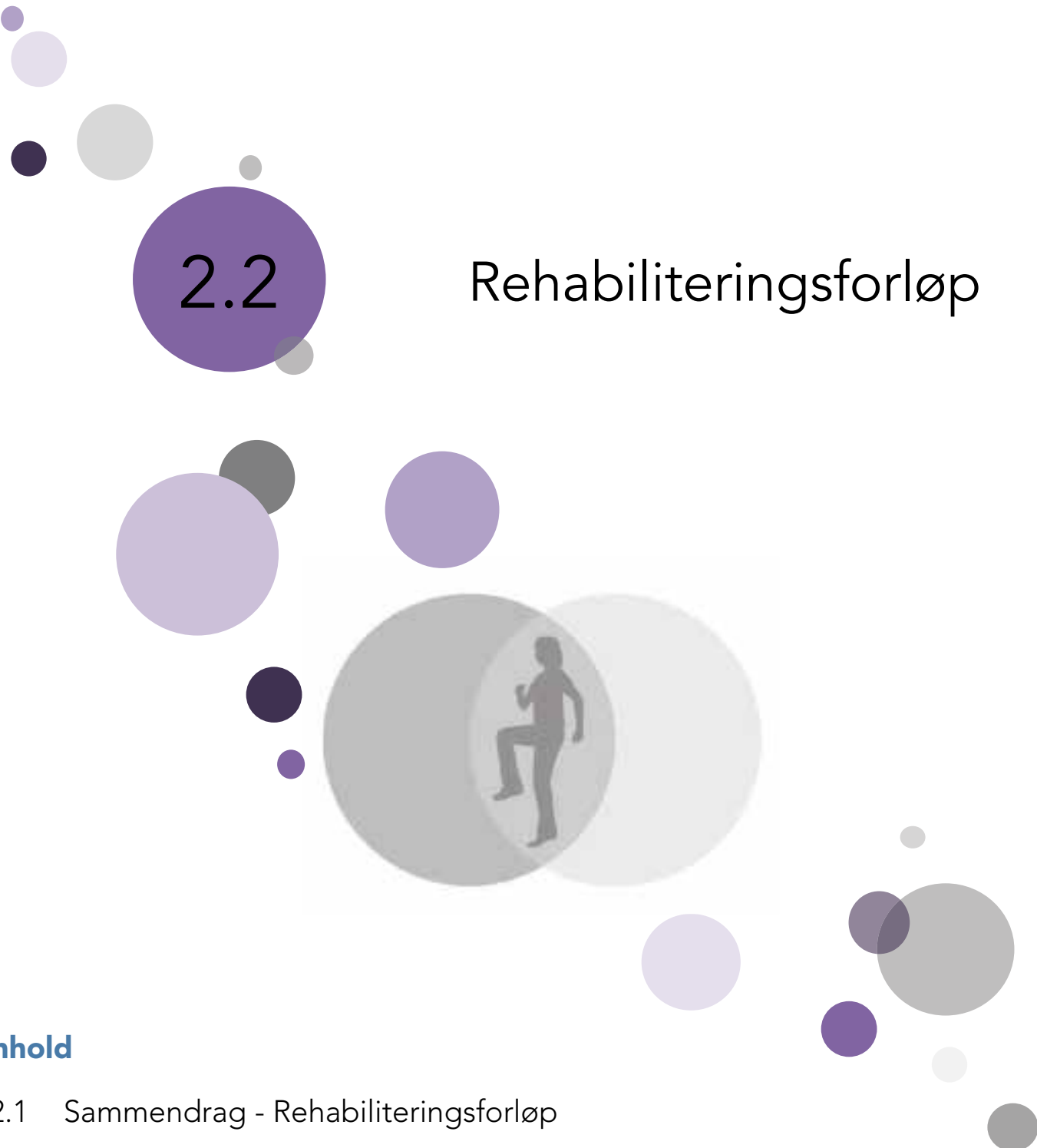
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/organisering-av-fysikalsk-medisin-og-rehabilitering-i-sykehus>

Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak, Nasjonal veileder

2011. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>

Spørreundersøkelse RKR Helse Sør-Øst, 2015. Det vises til RKR Helse Sør-Øst og Stein Arne Rimehaug for videre detaljer og informasjon vedrørende denne undersøkelsen.

Kartlegging gjennomført av Sykehuset Østfold, 2015. Det vises til Sykehuset Østfold for utfyllende informasjon omkring denne kartleggingen av rehabilitering i kommunene. E-post korrespondanse med Jon Jæger Gåsvatn, 30.11.16



2.2

Rehabiliteringsforløp



Innhold

- 2.2.1 Sammendrag - Rehabiliteringsforløp
- 2.2.2 Innledning
- 2.2.3 Temaer
- 2.2.4 Forslag til modell for et helhetlig rehabiliteringsforløp
- 2.2.5 Forslag til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten
- 2.2.6 Utviklingstrekk og behov for forskning
- 2.2.7 Viktige tanker og ideer i et fremtidsperspektiv (2020)
- 2.2.8 Referanser

2.2.1 Sammendrag - Rehabiliteringsforløp

Arbeidsoppgaver

1. Utarbeide forslag til et innovativt rehabiliteringsforløp der pasienten står i sentrum.
2. Utarbeide forslag til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i forhold til ansvar og roller i pasientenes rehabiliteringsforløp.
3. Foreslå mulige forskningsprosjekter som kan videreutvikle dagens kunnskap om kommunal rehabilitering.

Utdrag av temaer som har vært drøftet i forbindelse med tilnærmingen til et forslag for innovativ rehabilitering: definisjon av kommunal rehabilitering, tilnærming til rehabilitering med utgangspunkt i WHO's community based rehabilitation (CBR), rehabilitering som sirkler som bygges lag på lag ut i fra personens behov, myndiggjøring av personen, rehabilitering for å komme i arbeid, fastlegens rolle, primærhelseteam og finansieringsmodeller.

Forslag til et innovativt rehabiliteringsforløp der pasienten står i sentrum

Gruppens forslag til definisjon av rehabilitering understreker viktige deler av hvordan man mener kommunal rehabilitering kan fungere. Myndiggjøring av personen vil være et sentralt prinsipp. Dette understreker en overgang fra passiv mottaker av medisinsk behandling, til aktivt å skulle være den sentrale aktøren. Uavhengig av hvilken form for rehabilitering som er aktuell for personen, mener gruppen det er avgjørende at kommunal rehabilitering tidligst mulig inneholder en grundig og tverrfaglig utredning og vurdering av rehabiliteringsbehov og forslag til tiltak. Dette skal skje med stor grad av deltakelse fra personen selv. Gruppen mener at den sentrale og viktigste funksjonen i et rehabiliteringssenter, vil være et tverrfaglig team for utredning og vurdering. Teamet må ha en kjernefunksjon og i tillegg ha tilgang til en bred tverrfaglig kompetanse både fra spesialisthelsetjenesten og fra lokalsamfunnet. Hensikten med rehabilitering er å bedre funksjonsnivået og at det har et innhold som personen selv mener er viktig. Det er utarbeidet en modell som viser et forløp der ulike instanser kan henvise til/ kontakte vurderingsteamet. Dette settes sammen tilpasset problemstillingene hos den enkelte, men en definert kjernegruppe bør alltid inngå i teamet. Det utarbeides målplan og forslag til rehabiliteringstiltak sammen med personen. Dette er tilpasset personens funksjonsnivå. Ofte kan det være nødvendig med en tilbakesløyfe til vurderingsteamet, blant annet for eventuell justering /utvikling av nye mål. Det bør være bedring av funksjonen som i stor grad bestemmer rammebetingelser og innhold i rehabiliteringen, i mindre grad tidsbestemte vedtak for definerte perioder med ulike rehabiliteringstiltak.

Forslag til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i forhold til ansvar og roller i pasientenes rehabiliteringsforløp

Gjennom drøftingsmøter med SØ Kalnes har prosjektet fremmet ønsker for videre samarbeid. Det er avklart nytt møtepunkt for videre dialog. Prosjektet ønsker å diskutere muligheten for at SØ kan bistå med kompetanse inn i et ambulant team /vurderingsenhet ved behov.

Forslag til mulige forskningsprosjekter som kan videreutvikle dagens kunnskap om kommunal rehabilitering

Det er behov for å kartlegge behovet for rehabilitering i Indre Østfold. Det er behov for et verktøy som kan være med å avgjøre rehabiliteringsbehovet i en befolkning og ned på individnivå. I dette prosjektet vil det være viktig å opprettholde den etablerte kontakten med WHO for å kunne dra nytte av deres kunnskap og kompetanse på CBR. Sammen med WHO vil man kunne utarbeide en «vestlig CBR modell». Når dette er gjort, bør man kunne starte et prosjekt der man ser på muligheten for mer tradisjonell forskning med en randomisert blindet studie som vil kunne bidra til å belyse både kost-/ nytte, effektivitet, nytte for individet, og om mulig øke kunnskapen om nye rehabiliteringsforløp.



2.2.2 Innledning

Arbeidsoppgaver for gruppe 1 - rehabiliteringsforløp

Følgende arbeidsoppgaver er definert for gruppe 1 – rehabiliteringsforløp:

1. Utarbeide forslag til et innovativt rehabiliteringsforløp der pasienten står i sentrum.
2. Utarbeide forslag til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i forhold til ansvar og roller i pasientenes rehabiliteringsforløp.
3. Foreslå mulige forskningsprosjekter som kan videreutvikle dagens kunnskap om kommunal rehabilitering.

Gruppemedlemmer og møter

Arbeidsgruppen har bestått av følgende representanter:

- Alf Stausland Johnsen, gruppeleder, kommuneoverlege Askim
- Ada Bjerke, fysioterapeut, Eidsberg
- Arne Lein, brukerrepresentant, Askim
- Espen Storeheier, fastlege og overlege Helsehuset
- Kirsten Sæther, samhandlingssjef, Sunnaas sykehus
- Runar Stemme, virksomhetsleder/avdelingsleder, Spydeberg
- Vigdis Brødremoen, sykepleier, Askim
- Wenche Hammer, avansert geriatrisk sykepleier, Eidsberg
- Irene Teigen Paulsen, prosjektmedarbeider/ernæringsfysiolog, Helsehuset IØMK IKS

Antall møter og deltakelse

Det har til sammen vært avholdt 18 møter i perioden 11. mai til 30. november 2016. Innledningsvis et orienteringsmøte, et heldagsmøte og deretter arbeidsmøter omtrent en gang i uken i nevnte periode. Det har vært avholdt to storgruppemøter hhv 24. august og 23. november. Arbeidsgruppen har bestått av deltakere som har representert følgende miljøer: kommunenes hjemmetjeneste, kommunefysioterapeuter, fastlegene, kommuneoverlegene, sykehjem, spesialisthelsetjenesten og brukere. Selv om alle har tilstrebet å komme både på arbeidsgruppe-møter og storgruppemøter, har vi naturlig nok hatt noen forfall. To av deltakere gikk over i prosjektgruppen for småskalatesten i perioden september til november.

Arbeidsmetode og arbeidsprosess

Gruppens hovedoppgave har vært å tenke nytt om rehabiliteringsforløp. Gruppeleder valgte derfor å benytte en åpen tilnærming der hensikten var å tenke så fritt som mulig uten – i den grad det var mulig – å la tradisjonell rehabilitering og de systemene vi er bundet av i dag, prege tankegangen.

Gruppedeltakerne har utfordret hverandre med åpne spørsmål og tankesprang, og det har vært en god og åpen prosess. Gruppen svarer nå på arbeidsoppgavene som ble tildelt, ut ifra der vi er i prosessen. Forslagene som beskrives er utgangspunkt som det skal arbeides videre med for å vurdere om de er gjennomførbare, og som skal testes ut for å videreutvikle modellene som beskrives.

Vi har benyttet følgende metoder i tilnærmingen til vårt oppdrag:

- Møter med diskusjon og refleksjon med åpne spørsmål
- Drøfting og definisjon av begreper
- Vurdering av metoder som kan være aktuelle for oss – innhenting av informasjon, tilnærminger og metoder fra andre kommuner og andre land
- Videreutvikling av egne tanker i en modell

2.2.3 Temaer

Nedenfor listes de fleste temaer og problemstillinger som gruppen har arbeidet med i perioden fra mai til og med november i 2016. Deretter gis det en beskrivelse av disse. Selve svarene på arbeidsoppgavene, er beskrevet senere i denne sluttrapporten og mer omfattende der, men er også nevnt i noen grad i det som omhandles nedenfor.

Liste over temaer som gruppen har arbeidet med i perioden

- Avklaring av mandatet – en avgrensning opp mot rus og psykiatri og habilitering
- Tilnærming til hvordan vi selv ville ønsket vårt eget rehabiliteringsforløp
- Kritiske punkter i rehabiliteringsforløpet
- Hva betyr begrepet rehabilitering for pasientene
- Avklaring av hva som er kommunal rehabilitering – en arbeidsdefinisjon for gruppen
- Arbeid med definisjon av pasient/bruker/person
- Innvandrere og rehabilitering
- Tilnærming til rehabilitering med utgangspunkt i Community Based Rehabilitation (WHO)
- Bruk av tjenestedesign for å utarbeide individuelle forløp
- Tilnærming til rehabilitering som sirkler som bygges lag for lag ut i fra personens behov
- Kan personen være sin egen koordinator/koordinerende enhet?
- Myndiggjøring av personen
- Rehabilitering for å komme i arbeid
- Fastlegens rolle i rehabiliteringen og samhandling med et eventuelt primærhelseteam
- Hverdagsrehabilitering – avklaringer/diskusjoner
- Finansieringsmodeller
- Kompetanseløft 2020
- Mulige prosjekter i prosjektet
- Kommuner å se til/ kontakte for innhold i kommunal rehabilitering
- Andre land med helsesystemer av interesse for prosjektet

Beskrivelse av temaer – gruppen har arbeidet med i tilknytning til oppdraget

Avklaring av mandat og avgrensning av pasientgruppene som det skal beskrives et rehabiliteringsforløp for - opp mot rus og psykiatri og habilitering

I utgangspunktet har kommunen plikt til å tilby nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. I dette prosjektet ser man det som hensiktsmessig å avgrense pasientgruppene man skal beskrive et rehabiliteringsforløp for

Avgrensning av pasientgrupper det skal beskrives et rehabiliteringsforløp for

«Pasienter med rus eller psykiatriproblematikk inkluderes hvis somatikk er utgangspunktet for behov for rehabilitering».

Hvis derimot rus eller psykiatri er utgangspunktet for behov for rehabilitering, inkluderes de ikke i beskrivelsen av rehabiliteringsforløpet i dette prosjektet. Habilitering blir heller ikke omtalt.

Tilnærming til hvordan vi selv ville ønsket vårt eget rehabiliteringsforløp

Deltakerne i gruppen har beskrevet et rehabiliteringsforløp med utgangspunkt i hvordan de selv ville ønsket å oppleve et forløp etter gitt sykdom. Dette var et tankeeksperiment for å lokke fram nye måter å tenke på, og for å starte tilnærmingen til rehabilitering fra andre innfallsvinkler.

Deltakerne kunne tenke helt utenfor eksisterende rammer. Punktene som kom fram har fungert som et bakgrunnsteppe som vi har hatt med oss videre i arbeidet med et forløp.



Kritiske punkter i rehabiliteringsforløpet

- Vi har definert kritiske punkter i rehabiliteringen til å være:
- Utskrivelse fra sykehus – hvor personen utskrives til, og om personen får en reell og helhetlig vurdering av behov for rehabilitering før utskriving
- Kommunen har ofte ikke et godt nok tilbud til dem som kommer hjem rett fra sykehus eller etter et rehabiliteringsopphold. (Kartlegging av rehabiliteringstilbudet, SØ, 2015)
- Flere grupper blir ikke fanget opp i kommunene til å ha et rehabiliteringsbehov eller kommunen har ikke et tilbud til dem f.eks. barn og unge med nyoppstått funksjonssvikt, personer med muskel og skjelettplager som står i fare for å falle ut av arbeidslivet (Kartleggingsundersøkelsen i eierkommunene blant helsepersonell, prosjekt «Innovativ rehabilitering i Indre Østfold, 2016).
- Koordinator/ koordinerende enhet

Hva betyr begrepet rehabilitering for pasientene

De i gruppen som har kontakt med pasienter, gjorde en miniundersøkelse der de spurte noen av sine pasienter: «Hva betyr begrepet rehabilitering for deg?»

Kort oppsummert forstår personene at rehabilitering er fysioterapi. Det gis inntrykk av at det dreier seg om å bli behandlet/ få behandling uten alltid å skulle bidra med størst mulig egeninnsats. Dette er ikke sammenfallende med hva prosjektgruppen/ helsevesenet legger i begrepet.

Avklaring av begrepet kommunal rehabilitering – en arbeidsdefinisjon

Gruppen fant tidlig behov for å avklare hvordan vi forstår begrepet kommunal rehabilitering. Dette for at vi skal ha en felles forståelse for hva vi mener ligger i begrepet. Ikke fordi man nødvendigvis skal endre gjeldende definisjoner. Gruppen mener også det er viktig å beskrive hva vi ikke opplever som rehabilitering, dette er ikke sluttført.

Kommunal rehabilitering skal ikke stå faglig tilbake i forhold til spesialisert rehabilitering. Den skal være faglig sterk og omfatte flere dimensjoner/ aspekter enn det spesialisert rehabilitering som regel har mulighet til å gjøre.

Forslag til definisjon av kommunal rehabilitering:

Rehabilitering er en prosess for å øke funksjonsnivået slik at man kan mestre hverdagen. Prosessen er tidsavgrenset. Personen skal ut fra forutsetninger og eget ønske ha stor grad av ansvar for og kontroll over mål og innhold i rehabiliteringen, og dette skal skje i nært samarbeid med aktuelle fagmiljøer. Rehabiliteringen skal ta utgangspunkt i personens helhetlige livssituasjon og personens egne mål. Rehabiliteringen bør i størst mulig grad foregå i personens eget lokalsamfunn.

Arbeid med definisjon - pasient/bruker/person

Gruppen har diskutert hvilket begrep vi skal benytte; pasient/bruker/person m.fl.

Pasient betyr: den som lider. Dette er ikke alltid dekkende og oppfattes som passiviserende i en rehabiliteringsprosess (<https://sml.snl.no/pasient>).

Bruker betyr: en person som får eller ønsker hjelp omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven, og den hjelpen som mottas eller ønskes er ikke tradisjonell helsehjelp (<https://snl.no/bruker>).

Person betyr: en karakter, en rolle, et individ. Begrepet «person» mener vi ligger nært den funksjonen du har i egen rehabilitering (<https://snl.no/person%2Ffilosofi>).

Ut i fra beskrivelsen til ordenes opprinnelse, mener vi person er mest dekkende. Vi velger å bruke begrepet person for å underbygge forståelsen av hva rehabilitering skal være.

Innvandrere og rehabilitering

Det er stilt spørsmål ved om dette er et område som vi bør utrede nærmere. Temaet tas med i videre arbeid.

Arbeid med prosedyrer som benyttes

Gruppen ønsker å se på prosedyrer innen rehabilitering som benyttes, om de er forskningsbasert, erfaringsbasert eller annet. Dette tas med i videre arbeid.

Tilnærming til rehabilitering med utgangspunkt i Community Based Rehabilitation (WHO)

Gruppen har arbeidet mye med å utforske rehabilitering i annet enn silo-tenkning og lineære forløp. Noe av grunntanken har vært at forutsetningene for rehabilitering henger sammen med mange ulike forhold i samfunnet. Dette har vært tilnærmingen som har ledet fram til forslaget om en helhetlig modell for rehabilitering.

Vi vil forsøke å beskrive lokalsamfunnet i et rehabiliteringsperspektiv; rehabilitering for å komme i jobb, i utdanning, tilegne seg ny kompetanse og lokalsamfunnet som et sted å utfolde seg. Rehabilitering må komme i rett rekkefølge og man må se helheten rundt mennesket, f.eks. behov for bolig.

Workshop om CBR-modellen

Rehabilitering ut i fra et helhetlig perspektiv som inkluderer omgivelsene/ lokalsamfunnet, var tema for en workshop i august som gruppen tok initiativ til og hadde ansvaret for. I et community based rehabilitation (CBR) – perspektiv, er helse ett av fem områder innen rehabilitering. De fire andre er; utdanning, levekår, sosiale roller og empowerment.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44405/9/9789241548052_introductory_eng.pdf.

Hensikten med workshopen var å undersøke om CBR-modellen kan være overførbart til Norge, eller om vi kan overføre noen elementer. Hvordan vi kan nyttiggjøre oss grunntankene i modellen i vår tenkemåte rundt et rehabiliteringsforløp, med utgangspunkt i at CBR-modellen har en helt annen tilnærming enn tradisjonell rehabiliteringstankegang. For arbeidsgruppen var det viktig å ta de andre prosjektdeltakerne med i de samme tankebanene, sikre samme forståelse for alle prosjektgruppene. I forkant av møtet ble det sendt ut informasjon om CBR og arbeidsgruppens foreløpige forslag til definisjon av kommunal rehabilitering.

I workshopen drøftet deltakerne problemstillinger, med utgangspunktet i hvilken grad følgende kan være mulig:

- Vi går inn for CBR fullt og helt – vi kan ikke fortsette med rehabilitering slik det gjøres i dag
- Vi har dagens modell og supplerer innholdet med noe av tankegangen fra CBR
- Ja takk, begge deler, avhengig av problemstillingen hos personen.

Resultat av drøftingene om CBR i workshopen

I workshopen fikk gruppen gehør for at CBR i stor grad kan supplere, berike og skape et annet rehabiliteringsforløp enn det som har vært til nå, men modellen kan ikke kopieres fullt ut i de fleste situasjoner. Deltakerne hadde felles forståelse for at samfunns-/ lokalsamfunnsperspektivet ikke skal stå på vent til personen er ferdig medisinsk rehabilitert. Ønske for modellen er at forløpet for den enkelte må starte med en helhetlig vurdering der alle aspekter vurderes, og de som gjør vurderingen må ha myndighet til å fatte vedtak. Deltakerne oppfattet CBR modellen som spennende og som en stor utvidelse av rehabiliteringsperspektivet. Det ble oppfattet som viktig at alle hadde hørt det samme for å kunne forenes i en helhetlig modell. Det er ønskelig å teste ut CBR-modellen - lokalsamfunnsmatrisen. I tillegg ble det foreslått en egen brukergruppe – et ekspertpanel – for bedre brukerstyring.

Møte med representant fra WHO

Etter workshopen ble det startet et arbeid for å få til et samarbeid med WHO som har hatt planer om å utvikle CBR til å fungere i vestlige land. Svein Brodtkorb (Norges Handikapforbund) la til rette for et møte med WHO's leder for re- og habilitering Alarcos Cezia. Hun fattet stor interesse for dette prosjektet og skisserte mulighet for at WHO kan bidra med kompetanse og representasjon



inn i prosjektet. WHO har lenge hatt ønske om å overføre modellen til land med et godt utviklet helsevesen, så dette ses også på som en verdi for WHO. En konferanse i Geneve i februar 2017, er nevnt som en mulig arena for at dette kan tas opp. I første omgang er det nå laget en engelsk kortversjon av prosjektet som er sendt WHO.

Bruk av tjenstedesign for å utarbeide individuelle forløp

I nevnte workshop hadde vi en gjennomgang av tjenstedesign som metode, og vi ønsket å se på hvordan tjenstedesign kunne knyttes sammen med et rehabiliteringsforløp i et CBR - perspektiv. Det ble tatt utgangspunkt i følgende spørsmål:

- Hvordan sikre at vi bygger tjenester på den enkeltes premisser?
- Hvordan involvere pårørende og frivillige tettere inn i prosessen?
- Hva skjer når den planlagte rehabiliteringsperioden er ferdig?

Deltakerne fikk en innføring i begrepet tjenstedesign, og en oppsummering av hovedinnholdet i begrepet. Deltakerne var positive til bruk av tjenstedesign og ga uttrykk for at dette er en viktig metodikk for å utforme et rehabiliteringsforløp der personen er sentrum. Det ble gitt forslag til videre bruk av tjenstedesign i form av å teste modeller der beslutningspunktene er nærmere brukeren. Deltakerne drøftet hvordan lokalsamfunnet kunne være utgangspunktet og hvordan man kan tenke tjenstedesign i den forbindelse. Deltakerne landet på at dette nærmet seg en individuell plan (IP). Videre ble det drøftet om personen kan være sin egen koordinator/ koordinerende enhet, se eget punkt om dette.

Følgende innspill til videre arbeid:

- Tilbud og tjenester som finnes i kommunen/lokalsamfunnet må beskrives
- For å skreddersy tjenester generelt og for at rehabilitering for personen skal skje på en god måte, vil vedtakskontoret / hele systemet utfordres og finne at vi sitter i siloer!
- Starten for de fleste vil være en intensiv periode med medisinsk rehabilitering
- Designe samfunnet så det er rehabiliteringsvennlig

Tilnærming til rehabilitering som sirkler som bygges lag på lag ut i fra personens behov

«Man tenker seg en kjerne med medisinsk rehabilitering, så utvider man sirklene ut i fra målene som personen ønsker å oppnå som handler om å leve et selvstendig liv. Arealet i sirklene beskriver personens funksjon. Man må konstruere sirklene for hver enkelt person (individuell plan). Tenke lokalsamfunn med en kjerneoppgave. For eksempel hvis et av målene ved rehabilitering er at man skal kunne dra på fisketur, så kan lokalsamfunnets ressurser/frivillighet benyttes for å nå målet». Dette er utgangspunktet for uttegning av modell for et helhetlig rehabiliteringsforløp, se side 63.

Kan personen være sin egen koordinator/koordinerende enhet?

Arbeidet med individuell plan og organiseringen av koordinator eller koordinerende enhet varierer mye mellom kommunene, både i kvalitet og kapasitet. Gruppen ønsker å se på hvordan personen i noen tilfeller, kan fungere som sin egen koordinator/koordinerende enhet, om dette er en mulighet og eventuelt hvordan dette skal fungere. Denne problemstillingen ble drøftet i workshopen, og det ble foreslått å jobbe videre med en modell som er å tydeliggjøre den enkeltes ansvar for egen rehabilitering. Alternativt kan det kan være et valg, at personen selv kan velge å være sin egen koordinerende enhet. Det oppfattes som interessant å se på brukerstyrt personlig assistent (BPA) som et utgangspunkt for løsningen innen rehabilitering.

Motargumenter som kom opp i workshopen, var spørsmål om hvilken vedtaksmyndighet man har om man selv er sin egen koordinerende enhet, og at brukere /pårørende blir belastet med koordinatorrollen og bruker tiden sin på det / at de må sloss mot systemet. Det ble understreket at man her tenker at personen skal fylle funksjonen som koordinator/koordinerende enhet med

betydelig tilrettelegging fra fagmiljøene. Man mener også at formelt å være sin egen koordinerende enhet, vil gi større grad av myndiggjøring. Gruppen har tatt innspillene fra workshopen med seg i det videre arbeidet.

Myndiggjøring av personen - og kunnskap om hva som virker i rehabilitering

Gruppen mener at personen må ansvarliggjøres/myndiggjøres i større grad. Dette gir et større eierskap til egen prosess. Det er personen selv som skal gjøre valg, ut i fra et samvalgkonsept.

Vi må tydeliggjøre kunnskapen om og betydningen av egeninnsats. Vi må tørre å bli enda tydeligere på at egeninnsats er avgjørende.

En kunnskapsoverføring til befolkningen og profesjonelle aktører er nødvendig for at innholdet skal være gjenkjennelig når fagpersoner løfter tema om egeninnsats. Det er her nødvendig med kompetanseheving både i befolkningen og hos helsepersonell. De pårørende må involveres i større grad. Vurderingsteamet /ART-teamet må inneha kompetanse og rutiner for å styrke denne bevisstgjøringen.

Det er diskutert prosjekter som kan se nærmere på hva som ville skje om folk fikk bestemme reahbileringsforløpet sitt selv. Om det f eks ville bli overforbruk av tjenester, se eget avsnitt om mulige prosjekter side 62.

Rehabilitering for å komme i arbeid

Å komme tilbake i arbeid er en viktig del av rehabiliteringen for mange. Gruppen har diskutert hvordan man kan få NAV med i dette arbeidet og hvordan de kan bli koblet på tidlig i prosessen.

NAV er per i dag ikke med i noen av gruppene, men de deltok i workshopen der community based rehabilitation (CBR) var tema. Gruppen har tilbakemeldinger fra NAV lokalt at de er positive til måten vi prøver å tenke rehabilitering på. For å knytte NAV tidlig inn i rehabiliteringsprosessen, er det behov for en jobbspesialist i vurderingsteamet/det tverrfaglig teamet. Det er signaler allerede nå at dette er mulig å få til i neste år. Det må være individuelt tilpassede forløp.

I en av eierkommunene foregår det blant annet et samarbeidsprosjekt med NAV, et IPS-prosjekt. (IPS er en kunnskapsbasert oppfølgingsmetode som går ut på å hjelpe personer med psykiske lidelser til å komme i og beholde ordinært, lønnet arbeid. Styringsgruppen i dette prosjektet er interessert i kontakt med prosjekt «Innovativ rehabilitering i Indre Østfold».

Gruppen har også diskutert at NAV har fått et annet mandat, jfr Meld. St. 33 (2015–2016) NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet. Dette setter nye krav til stønadsmottakere, og det kan være fare for at de som ikke passer inn i mønsteret som NAV setter, faller ut. Dette oppleves som en stor utfordring. Gruppen stiller spørsmål ved om hva som kan bli konsekvensen av de prosessene som NAV nå har iverksatt. Arbeidsgruppen ønsker å jobbe videre med dette temaet.

I rehabiliteringsforståelsen er det viktig å hente inn arbeidsperspektivet. Vi vil rehabilitere folk tilbake til arbeid og opplevelse av mestringsfølelse.

I Nederland er arbeidsgiver en medansvarlig aktør ved sykdom og rehabilitering, samtidig er det lav arbeidsledighet. Arbeidsgiver må i egeninteresse finne gode løsninger. Gruppen vil utforske hva som skjer i Nederland og hvilke erfaringer de har.

Teknologi er et viktig perspektiv for arbeidsrehabilitering. Det er mye teknologi som er nyttig eller kan muliggjøre at folk kan være i jobb. Teknologigruppa tar det med videre i sin tilnærming.



Fastlegens rolle i rehabiliteringen samhandling med et eventuelt primærhelseteam
Gruppen har hatt en kort drøfting rundt fastlegens rolle og i hvilken grad man skal bygge rehabiliteringen rundt fastlegen. Gruppen mener at fastlegen er svært viktig og bør delta i større grad enn det som er tilfellet i dag. Det bør være en sentral funksjon for fastlegen å tenke rehabilitering og igangsette tiltak. Vurdering av medisinske årsaker til redusert funksjon er lettere tilgjengelig når legen er en del av teamet, og denne kunnskapen er en forutsetning for hvilket ambisjonsnivå som er mulig for pasienten. Fastlegens rolle vil avhenge av type pasient. Akuttsykehuset fanger ofte ikke opp at rehabilitering og medisinsk vurderingskompetanse er nødvendig.

Primærhelsemeldingen beskriver hvordan man kan bygge team rundt fastlegene, primærhelseteam.

Gruppen foreslår å prøve ut modeller med tverrfaglig team som skal understøtte en CBR-modell. Tverrfagligheten må opprettholdes og vektlegges som en vesentlig del av teamet.

I CBR-modellen er en av oppgavene å få personen tilbake til arbeidslivet. Det er stilt spørsmål ved hvor mange team man skal lage. For rehabilitering kan samhandling mellom team i stor grad være at samme fagperson deltar i flere team. Dette utforskes videre.

Hverdagsrehabilitering – avklaringer/diskusjoner

Begrepet hverdagsrehabilitering har vært tatt opp til drøfting/diskusjon i flere møter, uten at gruppen har fått landet dette. Man er bekymret for at hverdagsrehabilitering skal bli en løsning, der det egentlig skulle vært gitt et annet tilbud. Hverdagsrehabilitering oppfattes av gruppen som intensive og systematiske tiltak innen pleie- og omsorgstjenesten. Man finner lite forskning på hverdagsrehabilitering versus annen rehabilitering ved søk i databaser. Rapport over modeller for hverdagsrehabilitering i norske kommuner, ser på hverdagsrehabilitering uten å sammenligne annen rehabilitering. Hverdagsrehabilitering løser ikke alt behov for kommunal rehabilitering, men er en del av den. Man stiller seg også spørsmålet om hverdagsrehabilitering heller skulle defineres som hverdagsmestring siden dette er så nært knyttet til pleie- og omsorgstjenesten.

Gruppen har hatt ønske om å invitere fagpersoner med kompetanse på hverdagsrehabilitering til et møte i arbeidsgruppa for diskusjon og for å løfte disse problemstillingene. Dette har vi ikke rukket i perioden, men gruppen mener det er viktig med en avklaring her.

Finansieringsmodeller

Det må utredes i hvilken grad dagens nasjonale finansieringsmodeller understøtter at kommunen skal ta ansvar for en større del av rehabiliteringen. Det er nødvendig å få en god oversikt over dagens finansieringsmodeller og forstå hvordan ressursene beveger seg mellom systemene. Det har vært pekt på følgende kommuner/organer/institusjoner/andre land som aktuelle å kontakte for andre finansieringsmodeller:

- Oslo kommune – For alternativ finansieringsmodell for rehabilitering
- KS – Eventuelt kunne utfordre dem på hvordan de ser for seg at finansieringen bør være ut fra gitte forutsetninger for rehabilitering. Undersøke om finansiering er nevnt i KS' innspill i forbindelse med oppgavefordelingen mellom kommune/ spesialisthelsetjeneste
- Politisk leder i HOD - Om de har sett på hvordan finansieringssystemet skal konstrueres i forbindelse med opptrappingsplanen
- Senter for omsorgsforskning – Gjøvik, som forsker på oppfølging av samhandlingsreformen, lokalmedisinske sentra, KAD og hvordan samhandlingsreformen har fungert i praksis
- Finland – Kommunene er bestiller til sykehus og institusjoner. Finland bruker mindre ressurser generelt på helsetjenester og oppnår i praksis minst like gode resultater, og har andre finansieringsmodeller
- Ålborg i Danmark har vært nevnt som et sted der de utvikler mye, undersøke hva de har av finansieringsmodeller

Interkommunalt ansvar for hele rehabiliteringstjenesten

Det er en spennende tanke ut i fra et helhetssperspektiv, å utforske om man interkommunalt kan ta ansvaret for hele rehabiliteringsforløpet, se side 61. Eksempelvis i Finland ligger vurderingen for bruk av spesialisthelsetjenesten på kommunenivå. Ressursmessig har Finland mindre utgifter til rehabilitering per innbygger enn Norge, og Finland er annerledes organisert enn vårt helsevesen, sitat:

«I Finland, liksom i Norge, er kommunehelsetjenesten skattefinansiert, men det er en viktig forskjell; i Finland står kommunen for den offentlige finansieringen, nøye koplet opp mot planlegging og drift, og med felles linjeledelse av alle helsearbeidere inkludert legene.
[\(<https://sykepleien.no/forskning/2016/06/kommunehelsetjenesten-i-finland>\)](https://sykepleien.no/forskning/2016/06/kommunehelsetjenesten-i-finland).

Kompetanseløft – overføring av midler

Det er behov for nødvendig breddekompetanse når det gjelder rehabilitering. Våre kommuner etterspør bedre kompetanse ut til kommunene (Kartleggingsundersøkelsen i kommunene 2016). I opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering, vises det til kompetanseløftet 2020.

«Gjennom Kompetanseløftet 2020 er det satt i verk flere tiltak som skal bidra til å øke kompetansen i tjenesten generelt og innenfor rehabilitering og habilitering spesielt. Gjennom et kommunalt innovasjons- og kompetansetilskudd kan kommunene søke på midler til grunn-, videre- og etterutdanning og til nybrotts- og utviklingsarbeid bl.a. for å bedre forebygging, aktivitet, egenmestring og rehabilitering.

I statsbudsjettet for 2017 forslås det en samlet bevilgning på 365,9 mill kroner til kompetanse- og innovasjonstilskuddet. Gruppen har diskutert hvordan vi kan utvikle undervisningen rundt rehabiliteringsfeltet overfor våre eierkommuner, og at det i den forbindelse er behov for å knytte seg opp til et høgskolemiljø. Både for et samarbeid, utvikling av kompetanse og for overføring av kompetanse til kommunene.

Prosjektet har kontakt med Sunnaas sykehus som blant annet arbeider med en opplæringspakken for kommunene i rehabilitering, et e-læringsprosjekt. Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) har et masterstudium for rehabilitering og habilitering, <http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Master/Rehabilitering-og-habilitering>. Det må vurderes om det er aktuelt å knytte seg opp mot HiOA. Vi er også kjent med at HiOA har et prosjekt om universell utforming – fysisk utforming av miljø. NTNU har et masterstudium for funksjonshemming og samfunn, <http://www.ntnu.no/studier/mfunksam>. Vi vil arbeide videre med hvordan vi kan benytte oss av kompetanseløftet for 2020.

Mulige delprosjekter i prosjektet

Kartlegging av rehabiliteringsbehov i en befolkning WHO – CBR som utgangspunkt for en finansieringsmodell

WHO har arbeidet med å utvikle verktøy for å kartlegge hva som er behovet for rehabilitering i en befolkningsgruppe (muntlig meddelelse fra Alarcos Cezina i møte 17.10.16). Behov for kartlegging av dette beskrives nærmere i forskningsdelen, se side 67.

Hvis man gjør denne kartleggingen, må man for noen pasientgrupper, undersøke hva som vil være samfunnsøkonomiske konsekvenser av dette. Ut fra en slik kartlegging kan man estimere kostnader til rehabilitering. Disse midlene kunne så overføres til Helsehuset for drift av rehabilitering inkludert tjenester man eventuelt må kjøpe fra spesialisthelsetjenesten.



Utpøving av CBR på en gruppe –personer med muskel- og skjelettlidelser

Gruppen har diskutert om personer med muskel- og skjelettlidelser kan være en diagnosegruppe man kan prøve ut CBR-modellen. Her vil arbeidsrelatert rehabilitering være svært aktuelt.

«Samlet sett er muskel- og skjelettsykdommer den diagnosegruppen som «plager flest og koster mest», selv om de fleste tilstandene ikke medfører betydelig overdødelighet (Lærum, 2013). I Norge er diagnosegruppen muskel- og skjelettsykdommer de vanligste årsakene til sykefravær og uførhet (NAV statistikknotat 2012)». (<https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/muskel--og-skjelettsykdommer-og--pl/#mange-rammes-store-kostnader>).

Dette er en gruppe som får lite systematisk og helhetlig behandling, trenger utredning og som det sannsynligvis vil være samfunnsøkonomisk gunstig å gi et godt rehabiliteringstilbud. Kartleggingsundersøkelsene fra kommunene viser at denne gruppen ikke har et tilfredsstillende tilbud i kommunene, og nevnes som en gruppe som burde hatt et tilbud (Kartleggingsundersøkelsen blant helsepersonell i eierkommune i Indre Østfold 2016 og Kartleggingsundersøkelsen blant fastleger i eierkommunene i Indre Østfold 2016). Personer med en smertediagnose og lettere psykiske lidelser kan også være aktuelle som en inngang til en pilot (symptomdiagnose). Prosjektet «Raskere tilbake» som kan være nøkkelen tilbake til arbeidslivet for arbeidstakere som er sykmeldt eller står i fare for å bli det, har vært nevnt i den forbindelse. (<https://www.helse-sorost.no/vart-oppdrag/vare-hovedoppgaver/behandling/raskere-tilbake>).

CBR - modellen skiller ikke mellom mestring og behandling - alt er et rehabiliteringstiltak. Vi har diskutert dilemmaet med å velge en diagnosegruppe, siden man da vrir på prosjektet som i utgangspunktet tenker funksjon og ikke lidelse/diagnose. Vi ser imidlertid for oss at dette blir en pilot for å teste ut CBR-modellen, og at det skal bygges videre på erfaringer fra dette inn i prosjektet. Det er diskutert at i utvelgelsen av en gruppe, må man vurdere om dette faktisk er en gruppe som er egnet for uttesting i forhold til hvilket resultat man kan forvente å få. Prosjektet hadde i utgangspunktet sett for seg at «eldre med funksjonsfall» ville være en gruppe uten særlig tilbud. Kartleggingen i våre eierkommuner viser at denne gruppen ser ut til å få et tilbud både som et døgnopphold og som andre tilbud i kommunene. (Kartleggingsundersøkelsen blant helsepersonell i eierkommune i Indre Østfold 2016). En annen gruppe som har vært nevnt for pilot er hjerneslag.

Det må arbeides videre med å lage en felles struktur for rehabiliteringsforløpet som kan passe for flest mulig pasientgrupper. Symptomdiagnose kan være en inngang til rehabilitering, se modell for helhetlig forløp side 63.

Inger Johansen, forsker og fastlege i Larvik, deltar i et forskningsprosjekt for å utvikle kvalitetsindikatorer for å bedømme kvaliteten på rehabiliteringen, og vi vil få muligheten til å benytte hennes arbeid videre i prosjektet.

Teste en finansieringsmodell - Indre Østfold være en pilot – motta alle midlene til rehabilitering?

Gruppen har drøftet hvordan Indre Østfold kan være en pilot for å teste ut en alternativ finansieringsmodell. Regionen har en egnet befolkning med ca 50 000 innbyggere. Vi tenker oss et langsiktig prosjekt i et 5 -10 års perspektiv, der kommunen mottar alle midlene som er budsjettert til rehabilitering - som øremerkede midler. Momenter som blir viktig i en slik modell er: Helhetsperspektivet, - ut fra en CBR-modell, forankring - kommunalt/ interkommunalt, organisering - flytte noe ut av kommunene, bruk av diagnoserelaterte grupper (DRG), behov for en tredje kode for rehabilitering, utvelgelse av en aktuell gruppe – f.eks. eldre med funksjonsfall, behov for samfunnsøkonomisk tilnærming. Vi tenker at man tar utgangspunkt i den foreslåtte rehabiliteringsmodellen for Helsehuset.

Utkast til en modell for å bestemme forløp og finansieringsmodell for dette forløpet

Vi har skissert en modell for å sikre at personer blir vurdert for behov for rehabilitering, se kapittel om helhetlig rehabilitering. Alle som skrives ut fra sykehus/ Helsehuset, og alle som fastlegen/ primærhelseteamet eventuelt andre mener har behov for rehabilitering, skal via en vurderingsenhet på Helsehuset/ ambulant rehabiliteringsteam (ART) som har beslutningsmyndighet til å lage et helhetlig rehabiliteringsforløp. De som pålegges en utgift (SØ/andre), må ha deltatt i vurderingen. Det gjøres en klinisk vurdering i samarbeid med dem som har/har hatt ansvaret for personen. Gruppen konkluderte med at det er ønskelig å teste ut et prosjekt for behovsstyrt rehabilitering.

Utpøving av et brukerstyrt tilbud - Hvis personen fikk bestemme over bruk av tilbud

Gruppen har diskutert om man kunne la innholdet i rehabiliteringen være brukerstyrt. Teste ut hvordan tilbudene ville bli benyttet om personene fikk velge selv ut i fra noen gitte forutsetninger og med gode rutiner for samvalg (en prosess der pasient og helsepersonell sammen kommer frem til og tar beslutninger om undersøkelses- og behandlingsmetoder). Se på om de hadde brukt flere tjenester enn andre, om resultatet ble bedre mm. Dette vil være en måte å teste ut et brukerstyrt tilbud.

Arbeid mot sentrale aktører for drahjelp i endring av rehabiliteringsforståelse

Gruppen har diskutert om man bør kontakte KS for å undersøke om de ønsker å samarbeide om pilotprosjekter for å bidra til å utvikle rehabiliteringskompetansen og kapasiteten i kommunene, og hvordan man kan arbeide sentralt for å fremme en bredere forståelse av innholdet i kommunal rehabilitering.

Eksempler på kommuner som kan være interessante å kontakte – for tanker om hva kommunal rehabilitering er i ferd med å bli

Fjell kommune vest for Bergen, samarbeider med tre nabokommuner og etablerer et nytt lokalmedisinsk senter. De har etablert en helselandsby, arbeider med prosjektet «sjef i eget liv» og samarbeider med lokalmiljøet. Prosjektet har besøkt Fjell kommune.

Nedenfor listes flere eksempler på kommuner som er interessante å se nærmere på for prosjektet.

Sandefjord – De ser på sammenhengen mellom det som skjer i hjemmetjenesten og det lokale Helsehuset. Det er ukjent om de har definert spesielt hva de tenker om kommunal rehabilitering. De starter opp fra nyttår 2017 med legevakst og egen rehabiliteringsavdeling. Det er avklart at de kan ta imot besøk. De kan være verdt å kontakte for de som skal utrede en rehabiliteringsavdeling.

Hallingdal - Hallinghelse – Det skal lages en rehabiliteringsplan for alle seks Hallingdalkommunene. De har bygget nytt «Sjukestugu» som er et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Folkehelse / Læring og mestringssenter inngår som del av planen for rehabilitering.

Drammen og Fredrikstad har også arbeidet med gode løsninger for kommunal rehabilitering.

Oslo – Har sett på innovative forslag der kommunen selv skal vurdere behov for rehabilitering og styre bruk av all rehabilitering. At det er kommunen som vurderer om personen skal til spesialisthelsetjenesten eller kommunen. Dette er sammenfallende med tanker i gruppen.

Helsesystemer i andre land som kan være interessante for oss?

I Nederland foregår en stor del av rehabiliteringen i hjemmet. Helsesystemet er annerledes, og det kunne vært interessant å se på denne modellen og hvordan de jobber. Hvis så mye er hjemmebasert, har de et bredt perspektiv på rehabilitering. Se også avsnitt om rehabilitering og arbeid som også viser til Nederland.

Finland har organisert helsetjenester mer på samme måte som gruppen tenker. Rehabilitering er mer en del av kommunepakken, de ser på rehabilitering mer som en integrert del i helsetilbudet i kommunen.

I Tyskland (Hamburg) og Spania (Valencia) er det interessante regioner der nye finansieringsmodeller blant annet har ført til omfattende satsing på forebygging.



2.2.4 Forslag til modell for et helhetlig rehabiliteringsforløp

Gruppens forslag til definisjon av rehabilitering understreker viktige deler av hvordan man mener kommunal rehabilitering kan fungere. Myndiggjøring av personen, eventuelt slik at man kan være sin egen koordinator/koordinerende enhet, vil være et sentralt prinsipp. Dette understreker en overgang fra passiv mottaker av medisinsk behandling, til aktivt å skulle være den sentrale aktøren. Det må utredes nærmere hvilken kompetanse fagmiljøene trenger for å kunne bidra til en slik modell. Det vil være store individuelle forskjeller mht. bruk av en slik tilnærming, og det må være opp til den enkelte om man ønsker en slik løsning eller ikke. For mange vil graden av deltakelse i beslutninger om innholdet i eget rehabiliteringsforløp, kunne øke underveis.

I tillegg legges det stor vekt på at mest mulig av rehabiliteringen bør skje i lokalsamfunnet.

Inndeling av rehabilitering:

- Rehabilitering knyttet til diagnose og medisinsk behandlingsforløp i kommune- og/eller spesialisthelsetjenesten
- Hverdagsrehabilitering – hverdagsmestring
- CBR – Community Based Rehabilitation (WHO)
- Kombinasjoner av disse typene rehabilitering

Uansett hvilken form for rehabilitering som kan bli aktuell, mener gruppen det er avgjørende viktig at kommunal rehabilitering tidligst mulig inneholder en grundig og tverrfaglig utredning og vurdering av rehabiliteringsbehov og forslag til tiltak. Dette skal skje med stor grad av deltakelse fra personen selv.

Andre arbeidsgrupper i prosjektet har utredet innhold og omfang av et mulig interkommunalt rehabiliteringssenter. Gruppen mener at den sentrale og viktigste funksjonen i et slikt senter, vil være et tverrfaglig team for utredning og vurdering. Teamet må ha en kjernefunksjon, i tillegg tilknyttet en bred tverrfaglig kompetanse både fra spesialisthelsetjenesten og fra lokalsamfunnet.

Forslag til innhold/funksjon for et rehabiliteringssenter:

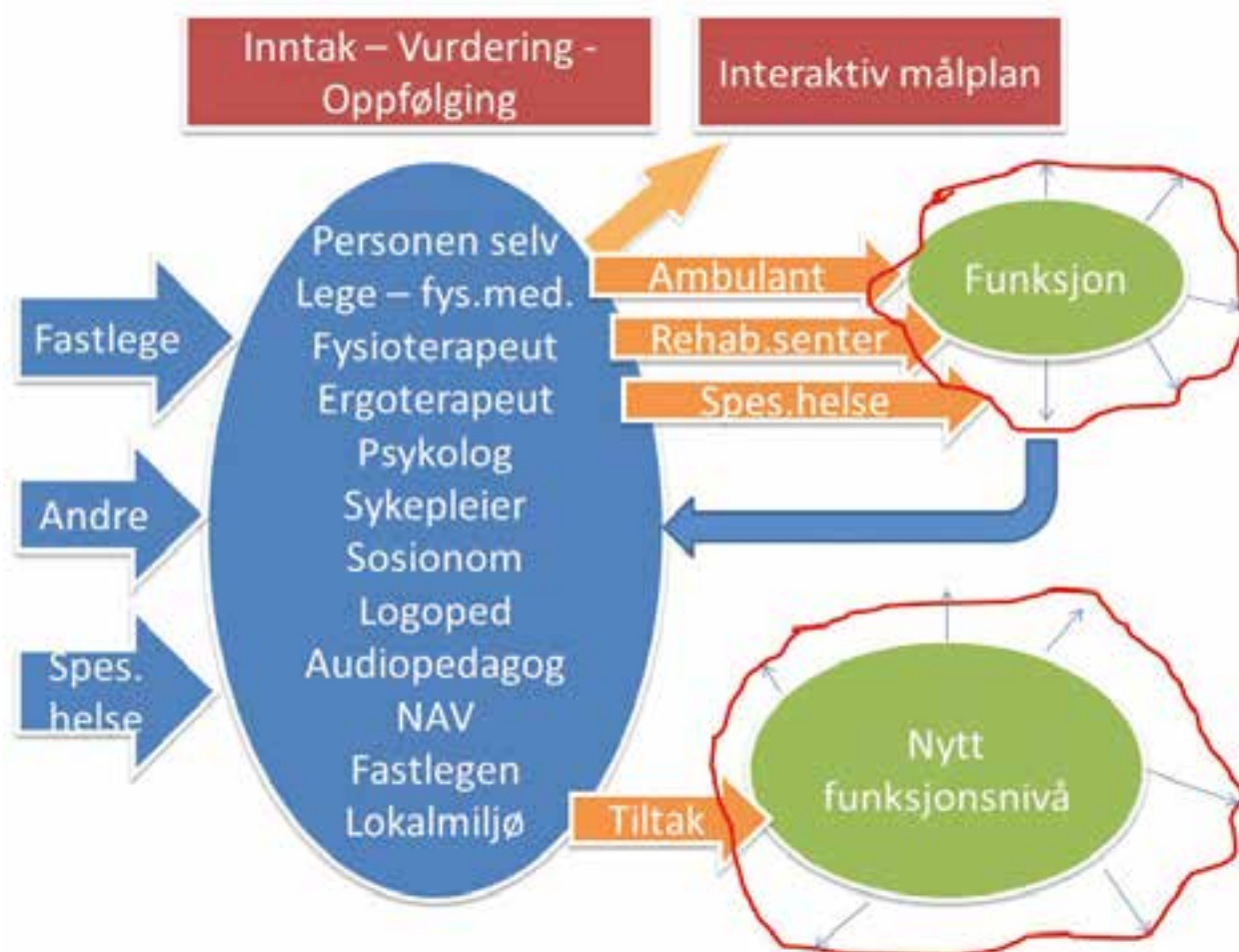
- Nødvendig befolkningsgrunnlag (30 000 – 50 000), men bevart lokal plassering og funksjon
- Utredningsenhet med bredt sammensatt tverrfaglig team
- Ambulant rehabilitering
- Dag/polikliniske tilbud
- Inneliggende personer for perioder med spesielt tilpasset og intensiv rehabilitering
- Kompetanseutvikling regionalt

Utredningene kan skje:

- Hjemme hos personen
- Dagtid/poliklinisk ved rehabiliteringssenteret
- Innlagt rehabiliteringssenteret
- Innlagt spesialisthelsetjenesten

Sammen med personen skal teamet avklare om personen kan og ønsker å være sin egen koordinator, og hva dette vil bety i det enkelte rehabiliteringsforløpet. Man skal utarbeide personens målplan for rehabiliteringen, og planlegge et helhetlig forløp – eventuelt også med tiltak innen spesialisthelsetjenesten. Teamet skal også ha spesiell oppmerksomhet rettet mot bruk av rehabiliteringsteknologi som del av forløpet. Se sluttrapport fra gruppe 3 om teknologi.

Ofte fremstilles et rehabiliteringsforløp som en lineær utvikling langs en tidsakse. Vedtak om rehabiliteringstiltak er også tidsbestemte, en angitt varighet. Gruppen mener en slik mekanisk produksjonsmodell for rehabilitering er lite egnet for å fremstille utviklingen i funksjonsnivå hos den enkelte. Hensikten med rehabilitering er å bedre funksjonsnivået og med det innholdet som personen selv mener er viktigst. Gruppen mener dette bedre kan fremstilles sirkulært, dvs. at funksjonsnivået angis som en sirkel, og arealet av sirkelen øker etter hvert som funksjonsnivået øker. Utvidelsen av sirkelarealet vil som regel skje asynkront for de ulike delene av funksjonsbeskrivelsen.



Modellen viser et forløp der ulike instanser kan henvise til vurderingsteamet, dette bør være en lavterskelfunksjon. Sannsynligvis bør også personen selv kunne ta kontakt. Gruppen mener at for henvisninger som ikke kommer fra fastlegen, bør teamet ta kontakt med fastlegen for medisinske tilleggsopplysninger. Dette er viktig for å kunne vurdere grunnlaget for å starte rehabilitering og hvilke medisinske problemstillinger man må ta hensyn til. Dette vil også understøtte fastlegens integrerende funksjon.

Vurderingsteamet settes sammen tilpasset problemstillingene hos den enkelte, en definert kjernegruppe bør alltid inngå i teamet (listen i modellen er ikke uttømmende). Det utarbeides målplan og forslag til rehabiliteringstiltak. Dette er tilpasset personens funksjonsnivå, og det angis mål for bedret funksjonsnivå, i modellen vist som en utvidelse av arealet som symboliserer funksjonen. Ofte kan det være nødvendig med en tilbakesløyfe til vurderingsteamet, bl.a. for eventuell justering / utvikling av nye mål.

Det bør være bedring av funksjonen som i stor grad bestemmer rammebetingelser og innhold i rehabiliteringen, i mindre grad tidsbestemte vedtak for definerte perioder med ulike rehabiliteringstiltak.

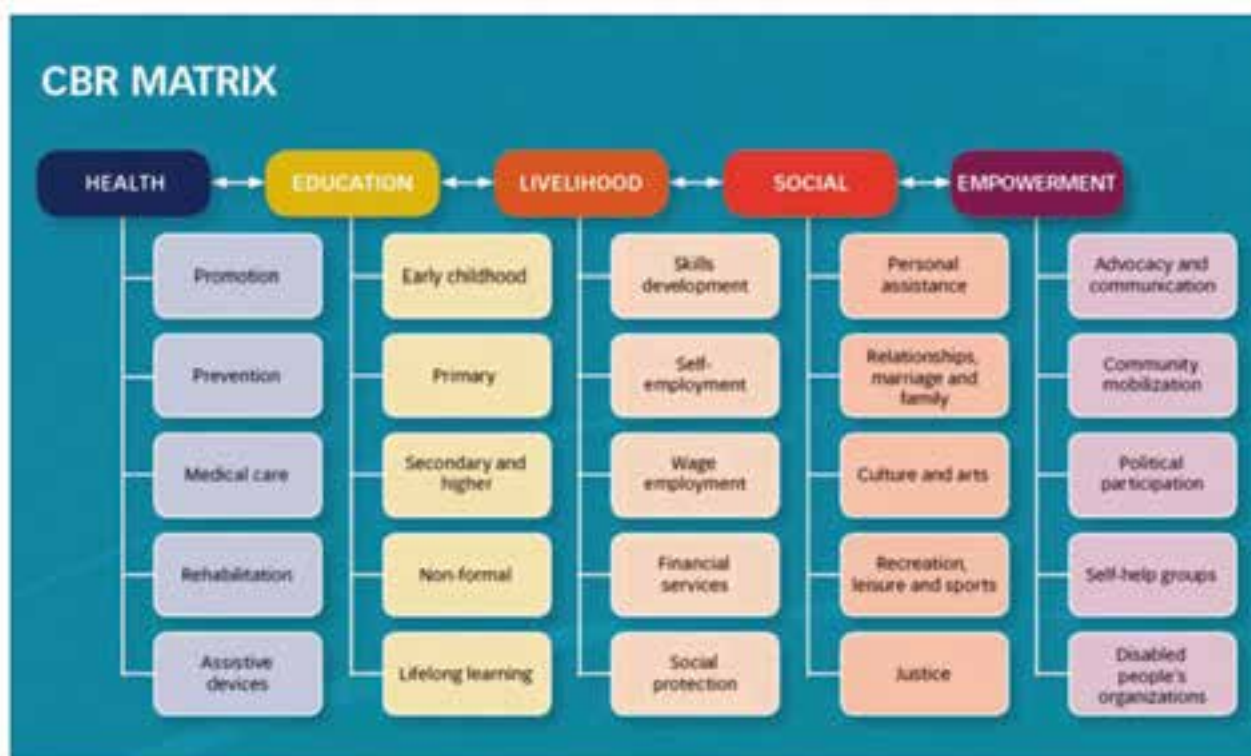


Community based rehabilitation (CBR) og International classification of function (ICF)

Community based rehabilitation

WHO sin model for Community Based Rehabilitation (CBR) legger til grunn at det er mange av elementene i lokalsamfunnet som er delaktige i å gjøre et liv med funksjonsnedsettelse til et godt liv.

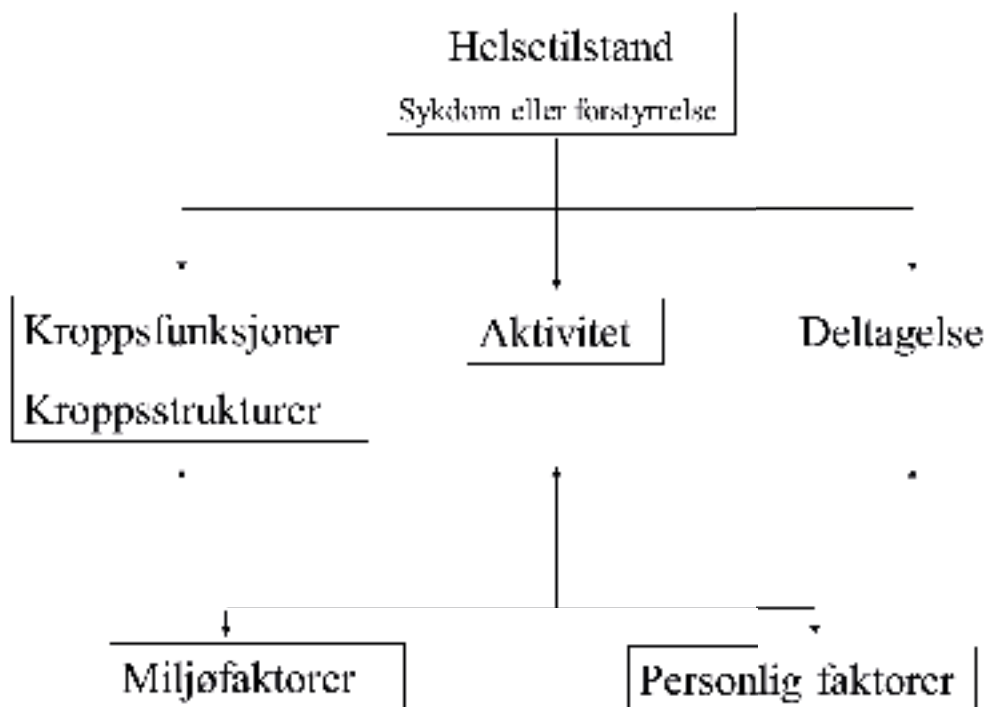
CBR har utviklet seg ved at man har sett på hvilke strukturer som må være tilstede i et lokalsamfunn når man lever med en funksjonsnedsettelse. Modellen har primært hatt sitt utgangspunkt i samfunn med få samfunnsstrukturer. Likevel har WHO erfart at modellen kan være nyttig også i land med godt utviklede helsetjenester. Det er en erkjennelse at rehabilitering ofte blir et helseanliggende og at derfor er CBR som modell en mulighet til å se helheten som personen lever i.



Modellen er bygget opp med fem områder, helse, utdanning, levekår, sosiale roller og empowerment. I denne modellen har også frivilligheten en klar funksjon, og vektlegging av det å bli styrket gjennom empowerment.

International classification of function

WHO har lagt ICF som en systematisk måte å beskrive funksjon på som både ivaretar kroppsstrukturer/ funksjoner og det sosiale miljøet, ofte kalt en bio-sosialmodell. Modellen har et begrepsapparat som er helt sentralt i rehabilitering.



Dette henger godt sammen med CBR.

I prosjektet har det vært vesentlig å sørge for at kommunal rehabilitering må ha en bredere tilnærming enn i spesialisthelsetjenesten, da den kommunale rehabiliteringen må ta hensyn til mange flere livsområder enn det som rehabilitering innenfor spesialisthelsetjenesten er satt til å ivareta. Den kommunale rehabiliteringen må tilnærme seg hele livet, og ikke bare rent helsemessige utfordringer som en person har.



2.2.5 Forslag til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

Det har vært avholdt et første møte med SØ Kalnes. Dette var et drøftingsmøte der prosjektet og hvilke ønsker vi har for videre samarbeid, ble presentert. Det er avklart et nytt møte på nyåret med videre dialog for å se på samarbeid. Prosjektets ønske er at SØ skal frigjøre ressurser for å bistå med kompetanse inn i et ambulant rehabiliteringsteam/ en vurderingsenhet.

2.2.6 Utviklingstrekk og behov for forskning

Primærhelsetjenesten har sett en betydelig forflytning av oppgaver de siste årene. Det har vært en ønsket og planlagt overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Denne overføringen ble forsterket med Samhandlingsformen i 2012. Initialt var det forflytning av oppgaver som har med den medisinske behandling av pasienter å gjøre. Målet var å behandle flere i nærheten av der de bor samtidig som man skulle avlaste sykehusene, i en allerede belastet situasjon. Man ønsket å oppnå dette ved at noen av de akutt syke som kunne diagnostiseres, utredes og behandles i kommunene, skulle få behandling her.

Denne trenden fortsetter, og det er nå forslag om å overføre en betydelig del av ansvaret for rehabiliteringen til kommunene. I forbindelse med statsbudsjettet høsten 2016 kom regjeringen med en opptrappingsplan for rehabilitering. Hovedpoenget vil være å flytte hovedansvaret for rehabilitering av pasienter til kommunehelsetjenesten. Planen peker ut en ny retning for økt mestring, bedre helse og en tryggere hverdag (<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering/id2514667/>).

Kommunehelsetjenesten må i fremtiden kartlegge individets rehabiliteringsbehov på en helt ny måte. Man kan ikke lenger ta utgangspunkt i at spesialisthelsetjenesten vil definere hva som er nødvendig ved overflyttingen til primærhelsetjenesten. Mange vil trenge rehabiliteringen gjentatte perioder i løpet av livet, og mange vil trenge økt intensiv innsats i kortere perioder i livet.

For at man skal kunne benytte ressursene på best mulig måte til dem som trenger det mest, og for å kunne gi effekt og rett rehabilitering til rett pasientgruppe, trengs det en betydelig økning og satsing på forskning og følgeforskning på området. Til sammenlikning foregår en stor del av rehabiliteringen i Nederland ambulant i hjemmet, mens man i Norge har tradisjon for private rehabiliteringsinstitusjoner. Pasientgrupper som får et akutt funksjonsfall har mest effekt av tidlig, tverrfaglig og intensiv rehabilitering. For pasienter med kroniske smerteproblematikk har vi liten forskning som viser at langvarige institusjonsopphold forbedrer funksjonsnivå i særlig grad.

I arbeidsgruppen har forskning og følgeforskning på rehabilitering vært et gjennomgående tema under våre møter. Forskning viser at intensiv tverrfaglig rehabilitering gir en bedring i pasientens funksjonsevne, og at det også det også lønner seg økonomisk (Johansen Inger, Outcome of primary health care rehabilitation of older disabled people in two different settings - an open, prospective, comparative observational study, Faculty of Medicine, UiO 2013).

Forskning

I prosjektet ville man kunne forske på mange nivåer, helt fra et strukturelt overordnet nivå ned på individnivå.

Nytte og effekt av rehabilitering med utgangspunkt i CBR-modellen

Vi har vært i møte med WHO's Alarcos Ceiza, leder for rehabiliteringsfeltet, for å kunne se om man vil kunne tenke helt nytt og knytte vårt arbeid opp mot WHO og deres CBR modell. For å se om dette ville være nyttig, bør man gjøre en mulighetsstudie i fremtiden. Dette for å kartlegge nytten og

effekten av denne type rehabilitering samtidig som man får innsikt i hvordan man i fremtiden vil kunne benytte ressursene mer effektivt.

Individ med gitte diagnoser og ulike rehabiliteringsforløp – CBR -modell – bruk av ressurser

Eksempler på andre forskningsprosjekt som er diskutert, vil kunne være helt ned på individnivå der man følger enkelte individer med gitte diagnoser gjennom ulike rehabiliteringsforløp. Deretter vil man kunne undersøke både nytten av ulike rehabiliteringsforløp og ressursbruken ved disse. Dette gjøres best ved blind randomisering av pasientene til ulike rehabiliteringsforløp.

Behov for tilknytning til forskningsmiljøer

For å få til gode protokoller vil det være avgjørende å knytte til seg forskningsmiljøer med kompetanse på forskning i primærhelsetjenesten. Det beste ville være å få knyttet til seg en stipendiat som ville kunne videre utvikle dette prosjektet. Prosjektet ville kunne sammenlikne rehabilitering som bygger på en vestlig CBR modell opp mot de tradisjonelle rehabiliteringsmodellene som finnes i Norge. Man måtte i denne vestlige CBR modellen benytte lokalsamfunnets ressurser til rehabilitering. Rehabilitering blir ikke da bare en helseprosess, men en livsprosess, ved å knytte til seg mange andre aktører, jfr. avsnittet om CBR.

Utvikling av et effektivt tjenstedesign for et godt rehabiliteringsforløp – hva er rett rehabilitering – kost/ nytte av ulike rehabiliteringsmodeller

Det har også vært diskutert hvordan man skal kunne utvikle et effektivt tjenstedesign for et godt rehabiliteringsforløp. Utviklingen her vil kunne bedre rehabiliteringen for individet ved hjelp av innovasjonen som pågår innenfor feltet velferdsteknologi/ teknologi i et rehabiliteringsforløp. Det vil også være nødvendig i fremtiden å se på hva som faktisk er god og rett rehabilitering ut ifra de ulike diagnosene og behovene hos personen. Man vil måtte løse store deler av helsevesenet på andre måter enn det man har gjort til nå, og da kommer man ikke utenom kost-/ nyttestudier der man ser på ulike rehabiliteringsmodeller og sammenlikner disse.

Kartlegging av behov for rehabilitering i befolkningen i Indre Østfold

Gruppen har sett på hva som ville være nødvendig for å kunne få til slik forskning. Vi ser at man i første omgang bør gjøre en befolkningskartlegging der man ser på de faktiske behov for rehabilitering i kommunene i Indre Østfold. Denne kartleggingen må gjøres for å avdekke det totale behovet av rehabilitering. Det er i dag mange som ikke får den rehabilitering de har behov for. Disse stemmene må også løftes frem slik at man ikke overhører disse i den noe krevende prioriteringen som til stadighet foregår i kommunene. I perioden 2017-2020 bør man gjøre en grundig undersøkelse i kommunen i Indre Østfold der man faktisk kartlegger rehabiliteringsbehovet. Ved å utvikle et verktøy der man kan vurdere behovet for rehabilitering, så vil dette ha nasjonal overføringsverdi. Et slikt verktøy finnes ikke i dag.

Det vil i slike forskningsprosesser være flere utfordringer som økonomi, endringer i individers behov med tilsvarende endringer i rehabiliteringsforløp og ikke minst individets egeninnsats og ønske om mestring. Mye av den rehabiliteringen vi har i dag har vist å ha effekt. Det vil derfor være vanskelig å avvike fra normen uten at man i stor grad er sikker på at et nytt forløp vil ha en bedre effekt. Likevel er det fortsatt slik at mye av den rehabiliteringen som skjer i primærhelsetjenesten i dag er erfaringsbasert og ikke forskningsbasert.

Oppsummering - aktuell forskning

Det er nevnt ovenfor at det første steget i perioden 2017-2020 vil være å kartlegge behovet for rehabilitering i Indre Østfold. Dette sammen med etableringen av et verktøy som kan være med å avgjøre rehabiliteringsbehovet i befolkning og ned på individnivå, vil være det man først bør fokusere på. Parallelt vil det være viktig å opprettholde kontakten med WHO for å kunne dra nytte av deres kunnskap og kompetanse på CBR. Man vil sammen med WHO kunne utarbeide en «vestlig CBR modell». Når dette er gjort, bør man kunne starte et prosjekt der man ser på muligheten for mer tradisjonell forskning med en randomisert blindet studie som vil kunne bidra til å belyse både kost-/ nytte, effektivitet, nytte for individet og om mulig øke kunnskapen om nye rehabiliteringsforløp.



2.2.7 Viktige tanker og ideer i et fremtidsperspektiv (2020)

- Utsagn fra diskusjoner i arbeidsmøtene

For alle:

- Utgangspunktet er WHO's referanseramme for kommunal rehabilitering CBR
- Rehabiliteringen bygges ut fra personen
- Livssituasjon og funksjon er utgangspunkt for personen, diagnose er sekundært
- Det som spesialisthelsetjenesten og kommunen skal levere, henger sammen!
- Fjerne grenseoppgangene mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – bare se på personen
- Flere har behov for rehabilitering enn de som får
- Folk skal bo lenger hjemme, hva gjør det med rehabiliteringsbehovet?
- I dagens tilbud i kommunen, er det lite tid til forebygging – mest brannslukking
- Rehabilitering må ha fleksibilitet i forhold til varighet av oppholdet/tilbudet
- Rehabilitering må være tilpasset i forhold til hva som er mulig og ift personens motivasjon
- Rehabilitering – en del kan være virtuell – vi vil ha for få helsefolk i framtida
- Kommunen skal ikke ta over den komplekse rehabiliteringen

For personen:

- Personen deltar aktivt i beslutningene i sin egen rehabiliteringsreise – samvalg
- Gjøres klar over konsekvenser av ulike valg og hva som skal til av egen innsats
- Et vurderingsteam (tverrfaglig) lager et helhetlig forløp sammen med personen
- Alder skal ikke være begrensende
- Hvordan kan personen og fagmiljøene sammen bidra til myndiggjøring

For fagpersoner:

- Metoder som benyttes i rehabiliteringen skal være forskningsbasert
- Det skal være tverrfaglig samarbeid med flere faggrupper
- Ha en veileder/retningslinjer for hva man gjør ift ulike personer
- Det er ønskelig med pårørendemøter
- Komplettere tankegangen – diagnose – funksjonstap – hva er viktig for at personen skal lykkes
- Helse-Norges organisering er begrensende for rehabiliteringsprosessen
- Definisjoner av rehabilitering – før og nå, viktig med oppklaringer

For Helsehuset:

- Ha et mål om å etablere et Nasjonalt kompetansesenter for rehabilitering
- Ha et vurderingsteam for å avgjøre behov for rehabilitering samt sy sammen et forløp
- Dette vurderingsteamet kan ikke overprøves
- Ha et eget ambulant rehabilitering team
- Ha en egen rehabiliteringsavdeling
- Opplæring av kommunens ansatte

For fastlegene:

- Være aktive i å sende personer til vurdering for rehabilitering
- Primærhelseteam

For NAV

- Være aktive i å sende personer til vurdering for rehabilitering både direkte og via fastlegen
- Bidra til å legge til rette for at personen kan komme tilbake til arbeidslivet

For kommunene:

- Være aktive i å sende personer til vurdering for rehabilitering
- Ha fagkompetanse

For spesialisthelsetjenesten

- Det er nødvendig å skape en balanse i tilnærmingen til spesialisthelsetjenesten og kommunen med tanke på diagnosespesifikke og helhetlige tilbud
- Opplæring av kommunens ansatte

Finansiering

- Ordningen med innsatsstyrt finansiering og DRG systemet - er ikke tilpasset rehabiliteringens karakter
- Hvordan utløse penger på en annens budsjett / flytte penger over/mellom systemer



2.2.8 Referanser

Folkehelse rapporten (nettutgaven), Muskel- og skjelettsykdommer og –plager (2015), <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/muskel--og-skjelettsykdommer-og--pl/#mange-rammes-store-kostnader>

Forskrift 2011-12-16-1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, Helse- og omsorgsdepartementet.

Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, Meld.St.26 (2014-2015), Helse- og omsorgsdepartementet.

Gåsvatn JJ m fl (2015). Kartlegging av rehabiliteringstilbudet i kommunene i regi av Sykehuset Østfold. Kontakt Sykehuset Østfold for utfyllende informasjon omkring denne kartleggingen. E-post korrespondanse med Jon Jæger Gåsvatn, 30.11.16.

Helsedirektoratet (2015). Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.

Helse og omsorgsdepartementet (2015). Rundskriv I-9/. Rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA), <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-92015-rettighetsfesting-av-brukerstyrt-personlig-assistanse/id2468398/?q=bpa>

<https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Relatert+informasjon/individuell-jobbst%C3%B8tte-ips+om+IPS>

Johansen Inger, Faculty of Medicine, UiO 2013. Outcome of primary health care rehabilitation of older disabled people in two different settings - an open, prospective, comparative observational study.

Langeland m fl, Senter for omsorgsforskning, vest (2016). Modeller for hverdagsrehabilitering – en følgeevaluering i norske kommuner, effekter for brukerne og gevinster for kommunene?

Master for funksjonshemming og samfunn, NTNU. <http://www.ntnu.no/studier/mfunksam>

Master for rehabilitering og habilitering, Høgskolen i Oslo og Akershus, <http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Master/Rehabilitering-og-habilitering>

Meld. St. 33 (2015–2016), NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet, Arbeids- og sosialdepartementet, 2016.12.15.

Otterstad Hans Knut, Får til mer effektiv kommunehelsetjeneste, Sykepleien (2016). <https://sykepleien.no/forskning/2016/06/kommunehelsetjenesten-i-finland>

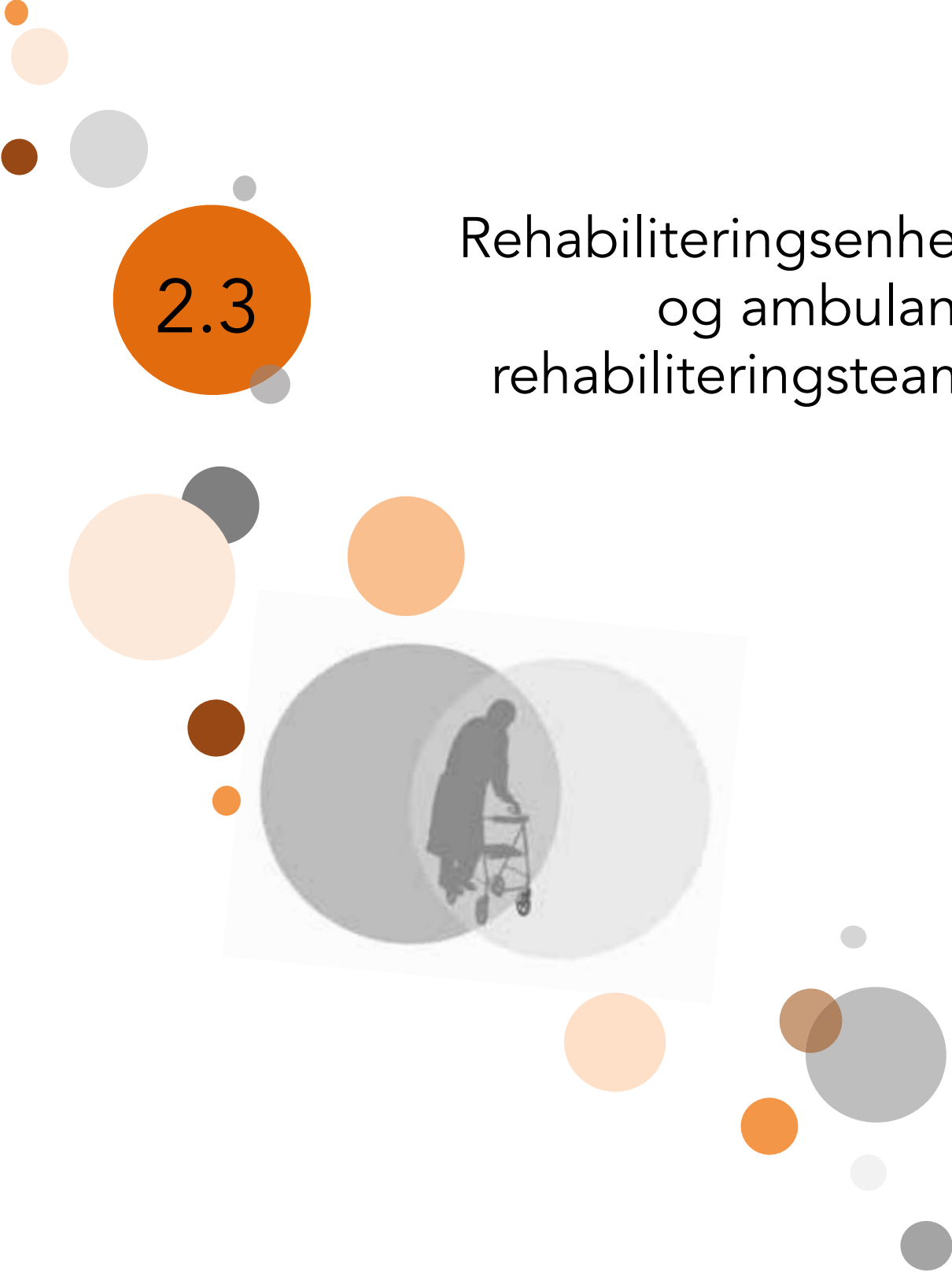
Prosjekt Innovativ rehabilitering i Indre Østfold (2016). Kartleggingsundersøkelse om rehabiliteringstilbudet i kommunene i Indre Østfold.

Raskere tilbake - nøkkelen tilbake til arbeidslivet, Helse Sør-Østs hjemmesider, <https://www.helse-sorost.no/vart-oppdrag/vare-hovedoppgaver/behandling/raskere-tilbake>

Regjeringen (2016). Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017–2019), Prop. 1 S HOD (2016–2017), kapittel 8 Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019), (<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-hod-20162017/id2513924/sec3#KAP8>

Store norske leksikon, Definisjon av pasient og person, <https://sml.snl.no/pasient> og <https://snl.no/person%2Ffilosofi>

WHO, CBR Guidelines, Introductory booklet http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44405/9/9789241548052_introductory_eng.pdf



2.3

Rehabiliteringsenhet og ambulant rehabiliteringsteam



Innhold

- 2.3.1 Sammendrag – Rehabiliteringsenhet og ambulant rehabiliteringsteam
- 2.3.2 Innledning
- 2.3.3 Bakgrunnsstoff
- 2.3.4 Dimensjonering, fasiliteter og økonomi
- 2.3.5 Referanser

2.3.1 Sammendrag – Rehabiliteringsenhet og ambulant rehabiliteringsteam

Materialet som gruppe 2 har gjennomgått levner liten tvil om at rendyrkede rehabiliteringssenger er et løft for rehabilitering kommunalt. Rehabilitering skal være tidsavgrenset, målrettet, tverrfaglig og ta utgangspunkt i brukerens funksjon, ikke i diagnose. Økt tilgang på ergo- og fysioterapeut og andre spesialiteter styrker rehabiliteringen. Tidligere rapporter og forskning anbefaler å organisere kommunal rehabilitering interkommunalt for mindre kommuner, samtidig som nærhet til hjemmet og kjennskap til nærområdet vektlegges. Kompetanse hjem til pasienten er derfor sentralt. Rehabiliteringssenger skal være for de som ikke kan komme hjem på grunn av boligen, livssituasjonen eller den medisinske tilstanden. Gruppen anbefaler at et interkommunalt rehabiliteringstilbud bygges opp rundt et ambulant rehabiliteringsteam (ART) for å sikre fokus på kompetanse ut til brukeren. Muligheter for rehabilitering bør alltid vurderes og kartlegges før man setter i gang andre helse- og omsorgstjenester, eller utvider eksisterende tjenester. Lang saksbehandlingstid må unngås, rehabilitering må settes i gang snarest mulig.

Sammenlignbare kommunale tilbud i andre deler av Norge har dimensjonert seg forskjellig, men Områdeplanen for rehabilitering i Østfold tilsier en sengeenhet på ca. 20 senger for Indre Østfold. 2- 3 senger vil være for alvorlige og moderate traumatiske hodeskader og hjerneslag, som statistisk sett det er ca. 50 tilfeller av i Indre Østfold årlig.

Per 2016 er det to aktuelle lokaliteter for et interkommunalt rehabiliteringstilbud i Indre Østfold: 3. etg på Helsehuset (Askim kommune) og ledige lokaler på Edwin Ruud (Eidsberg kommune). Lokaler i Helsehuset vil kreve større kostnader til oppgradering av lokalene, men vil ha større synergieffekter av samarbeid med legevakten (sentral for mottak av velferdsteknologi) og døgnenheten. Lokalene på Edwin Ruud er nærmest innflytningsklare (5 -7 sengeplasser), og vil kunne ha synergieffekter av samarbeid med eksisterende rehabiliteringsavdeling der. Ut i fra vurderingene gjort i 2016, anbefales 3. etasje på Helsehuset.

Gruppe 2 anbefaler tre prosesser for å finansiere et styrket rehabiliteringstilbud i Indre Østfold på:

- Nye rehabiliteringstilbud etableres innenfor den samme totalrammen kommunene har i dag. Det vil innebære omdisponering av ressurser og tjenester innad og på tvers av kommunene.
- Gevinstrealiseringsprosessen i prosjektet vil synliggjøre fremtidige gevinster for kommunene, både kvalitativt og økonomisk.
- Samarbeid om ressurser med spesialisthelsetjenesten. Med bakgrunn i at kommunene tar større ansvar og oppgaver bør det sees på hvordan spesialisthelsetjenesten bidrar i dette.



2.3.2 Innledning

Arbeidsoppgave for gruppe 2

«Utarbeide planer for en interkommunal rehabiliteringsenhet med ambulant team som beskriver organisering, fasiliteter, kompetanse og faglige kriterier som et utgangspunkt for oppstart og drift.»

Gruppemedlemmer og møter

- Kristian Devold, Enhetsleder, Helsehuset IØMK IKS
- Hilde Orderud, fysioterapeut og prosjektmedarbeider, Helsehuset IØMK IKS
- Ina Kristin Blågestad, avdelingssykepleier, Edwin Ruud, Eidsberg
- Maren Lovise Aasen, kommunefysioterapeut, Askim
- Carina Kolnes, ergoterapeut, Marker
- Ann Kristin Sæther, brukerrepresentant, Trøgstad

Totalt har det vært gjennomført fem møter i tillegg til innlevering og storgruppemøter.

Arbeidsmåte og metode

Besvarelsen av arbeidsoppgaven vil først bli presentert ved å gjennomgå erfaringer fra andre kommunale og interkommunale rehabiliteringstilbud og noen nasjonale retningslinjer. Det er liten tvil om at rendyrkede rehabiliteringssenger er et løft for rehabilitering kommunalt, så gruppen har fokusert på hvordan et slikt tilbud kan implementeres i Indre Østfold, ikke om et slikt tilbud er bra eller ikke.

Innledningsvis har det vært diskusjon omkring pasientmålgruppe, men gruppen avgjorde i tråd med prosjektet å ikke bruke for mye tid på dette. Enheten skal ta utgangspunkt i funksjon, ikke diagnose. Diagnosen hjerneslag ble brukt som utgangspunkt for å se på retningslinjer, kompetanse og pasientforløp. Dette siden det er en diagnose som er godt dokumentert i forhold til hva som fungerer, det er stort fokus på rehabilitering i forløpet, og det er en diagnose som setter en god standard.

- Frank Becker, klinikkoverlege Sunnaas, ble konferert i forhold til ny veileder som kommer på hjerneslag.
- Prosjektleder har hentet inn dokumenter fra «Knutepunkt Sørlandet» og utviklingen av Helsehus i Oslo kommune.
- Inger Johansen ble konferert i forhold til forskningen gjort på kommunal rehabiliteringsenhet
- Helsehus og rehabiliteringstilbud i Fredrikstad er gjennomgått og besøkt
- Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (2010) ble spesielt gått igjennom. Viser for øvrig til litteraturliste.

2.3.3 Bakgrunnsstoff

Organisering

Sykehuset i Østfold, ved ny rehabiliteringstjeneste 2016/17, har denne oversikten over rehabiliteringstilbudene i Østfold:

- Moss og Fredrikstad: ART (ambulant rehabiliteringsteam) og rene rehabiliteringsplasser
 - Moss ART går på bekostning av hjemmerehabilitering – mange av rehabiliteringsplassene blir benyttet til korttid
- Askim: ART
- Rygge: ART
- Indre Østfold og Hvaler har ikke rene rehabiliteringsplasser
 - Hvaler kjøpt av Fredrikstad tidligere

Inger Johansen (2013) beskriver i sin forskning flere fordeler ved å organisere kommunale rehabiliteringssenger i et eget senter.

I en rapporten fra Knutepunkt Sørlandet (2013) beskrives ulike kjerneområder for kommunal rehabilitering:

- Rehabilitering i kommunene har utgangspunkt i brukerens funksjon, og ikke i diagnose.
- Samtidig er det behov for videreutvikling av rehabiliteringstilbud til kronikergrupper.
- Eventuelle kommunale dagtilbud for rehabilitering bør organiseres interkommunalt.
- Kommunal rehabilitering i institusjon når brukeren ikke kan komme hjem enten på grunn av boligen, brukerens livssituasjon eller medisinsk tilstand, og heller ikke behov for spesialisert kompetanse.
- En av kommunens store fordeler er kjennskap til hjem og nærområde, som er en viktig del av rehabilitering.
- Fokus på brukerens mål er vesentlig for å få god effekt av all rehabilitering.
- Tverrfaglig samarbeid er sentralt i all rehabilitering. For å sikre dette bør kommunene justere fordeling av fagkompetanse, slik at man får en økt tilgang på fysio- og ergoterapeuter spesielt.
- Lang saksbehandlingstid må unngås, rehabilitering må settes i gang snarest mulig.
- Muligheter for rehabilitering bør alltid vurderes og kartlegges før man setter i gang andre helse- og omsorgstjenester, eller utvider eksisterende tjenester.
- Kommunene ser i dag ut til å benytte individuell plan ulikt, det er behov for en gjennomgang av dette. Gjennomgangen kan med fordel gjøres i et interkommunalt samarbeid, og må knyttes til arbeidet med videreutvikling av koordinerende enheter.

Kompetanse

«Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag»:

Tverrfaglig bemanning i slagrehabilitering som har dokumentert effekt, per 5 senger bør det være:

- 1 fast overlege (nevrolog, geriater, indremedisiner)
- 7,5-10 sykepleiere («pleiefaktor»)
- 1 slagsykepleier
- 1 fysioterapeut
- 0,5 ergoterapeut
- 0,3 logoped

I Fredrikstad har de per 12 senger: 2,5 fysioterapeuter, 2 ergoterapeuter og 0,5 lege. ART består av et team med 3 x 100% faste stillinger, hvorav tre profesjoner ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier.



Helsehusene i Oslo har følgende beregninger for bemanning av rehabiliteringsavdeling og korttidsavdelingen;

Type plass	Fysioterapi uke-timer pr. plass	Ergoterapi uketi-mer pr. plass	Pleie-faktor	Lege uketime pr. plass
Korttid	1	0,65	0,78	1
Rehab	5,15	3,3	0,88	1,33

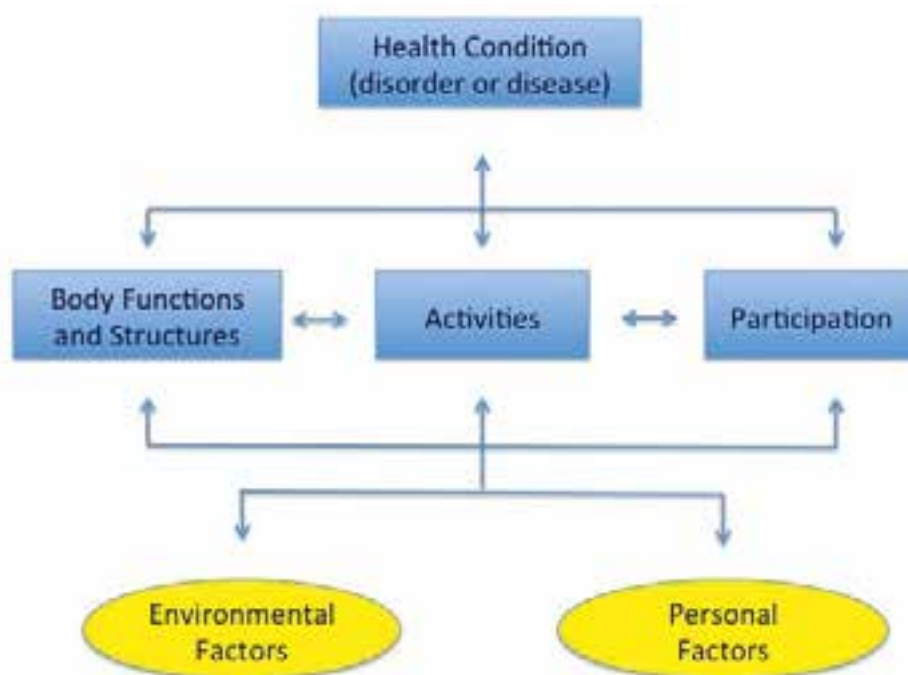
Beregninger for bemanning basert på Nasjonale retningslinjer, behandling og rehabilitering ved hjerneslag og innspill fra Helsehus i Oslo med egne rehabiliteringsavdelinger. Beregningene er basert på en enhet med totalt 20 senger.

	Slagrehabilitering med dokumentert effekt	Rehabiliteringsavdeling, Helsehus Oslo
Lege (overlege, fysikalsk medisiner etc)	4	26,6 uketimer/37,5=0,71
Fysioterapeut	4	103 uketimer/37,5=2,75
Ergoterapeut	2	66 uketimer/37,5=1,76
Pleiefaktor (sykepleier, helsefagarbeider)	30-40*	17,6*
Spesialsykepleier (slag, rehabilitering, geriatri etc)	4	
Logoped	1,2	

*13,7 årsverk for døgnenheten på 10 senger.

Faglige kriterier og tilnærming

All rehabilitering bør fungere som definisjonen tilsier med klare mål og virkemidler, være tidsavgrenset og hvor flere aktører samarbeider tverrfaglig for å gi bistand til bruker for å oppnå mest mulig funksjon.



(ICF)

Kapittel om rehabilitering i kommunehelsetjenesten i «veileder for hjerneslag» beskriver at egne rehabiliteringsenheter anbefales foran rehabiliteringssenger blandet med andre pleie- og omsorgssenger. Hovedgrunn er økt rehabiliteringsfokus i egen enhet. Tverrfaglige team anbefales som arbeidsmåte. I tillegg til «standard» tverrfaglige ressurser anbefales samarbeid med: Ernæringsfysiolog, synspedagog og øyelege. «Early support discharge» anbefales som praksis for tettere samarbeid mellom spesialist og kommune. Rehabiliteringen i de første 3 til 6 månedene gir grunnlaget for hvilket funksjonsnivå pasienten kommer på, derfor svært viktige måneder. Dagtilbud i rehabiliteringsenheten fremheves, sammen med læring og mestring.

Erfaringer fra interkommunalt samarbeid i Fjell kommune viser at helsebiten er en liten del av personers ønsker og behov for å fungere best mulig i hverdagen (undersøkelse viste 10-20%). Community Based Rehabilitation (CBR) er en kjent modell for rehabilitering i u-land, dette kan være en innovativ og aktuell tilnærming i dette. Modellen er ikke prøvd ut i vestlige i-land, men WHO er interessert i å prøve ut det, og modellen fanger opp mye mer enn det helsefaglige i en rehabiliteringsprosess. CBR beskrives nærmere av gruppe 1.

Anbefalte pasientgrupper:

- Personer som har opplevd funksjonsfall av ulike årsaker, og som er motivert for egeninnsats.
- Personer som har potensiale for,- og ønsker å mestre daglige aktiviteter i og utenfor hjemmet.
- Noen diagnosespesifikke grupper, som for eksempel muskel og skjelettlidelser, nevrologiske skader/lidelser og KOLS
- Psykiatri, rus og demens bør vurderes nærmere som eksklusjons- eller inklusjonskriterier.

Aktuelle tjenester som kan inngå i en interkommunal rehabiliteringsenhet:

- Vurdering/ Inntaksteam
- Døgnrehabilitering.
- Dagtilbud: Et tilbud som bør være både individuelt tilpasset samt flere type gruppetilbud. LMS e-læringskurs for pårørende og pasienter?
- Ambulante rehabiliteringsteam (Dagtilbud og hjemme rehabilitering i kombinasjon?)
- Kompetansebank: Enheten bør fungere som ressursbase med rådgivning og kompetanseoverføring til kommunen og pårørende.
- Poliklinisk oppfølging en viss tid etter at rehabiliteringen er avsluttet. Kan gjerne fungere ved at ambulerende team reiser hjem til pasienten.
- Et trådløst journalsystem som kan «samsnakke» med både spesialisthelsetjenesten, kommunen, fastlege og bruker.

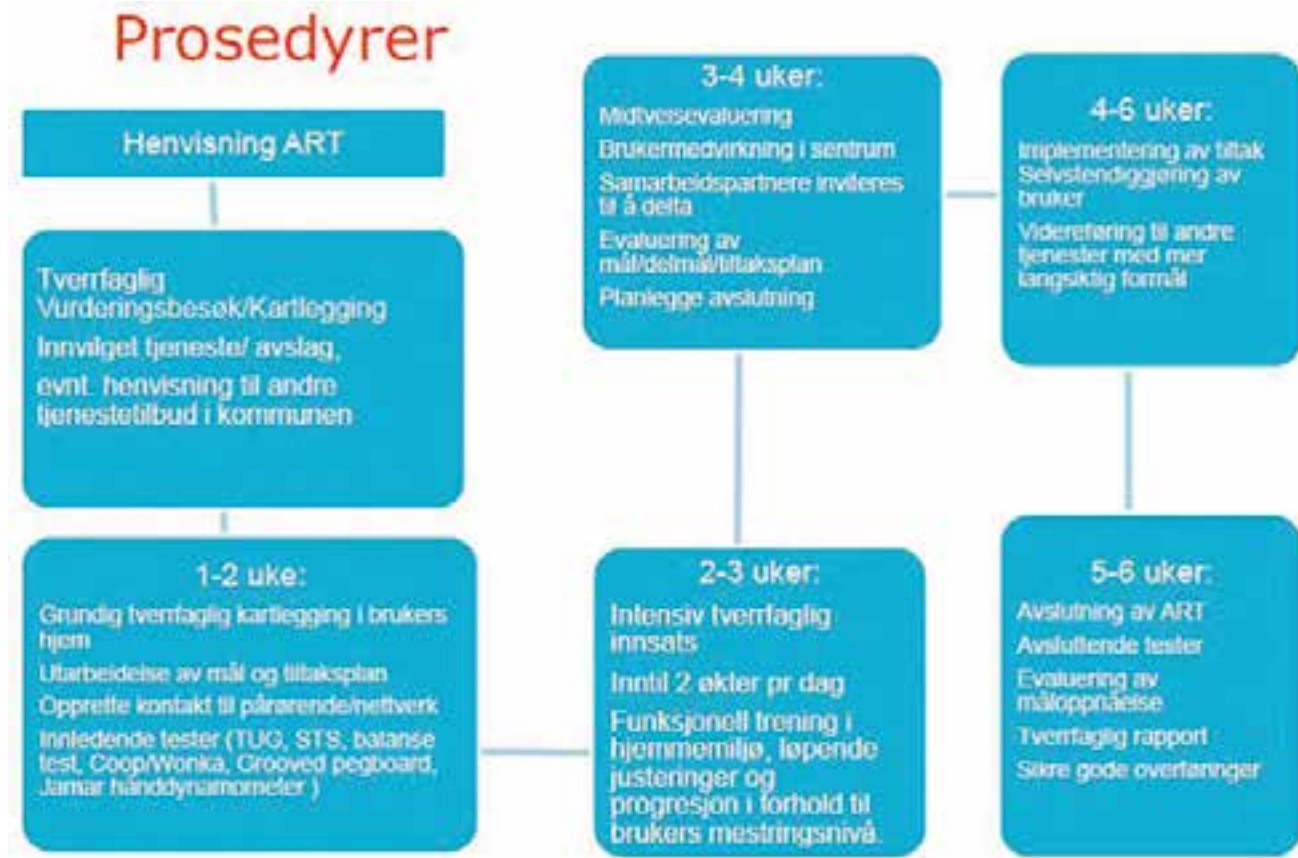
Ambulant rehabiliteringsteam (ART)

Ambulant rehabiliteringsteam og dagtilbud antas sentralt for det interkommunale samarbeidet. Det kan være en god tilnærming å etablere et rehabiliteringstilbud omkring ART og ikke rehabiliteringsenheten. ART kan være en viktig nøkkel i rehabiliteringsforløpet, hvor man gjennom dette teamet har mulighet for å gjennomføre en tidlig vurdering av et rehabiliteringsbehov. ART kan gjennomføre vurderingen i pasientens eget hjem, for deretter å anbefale gode løsninger for det videre rehabiliteringsforløpet. ART vil kunne følge opp pasienter i en overgangsfase, slik at pasienter kan komme hjem tidligere. Dette vil sikre en god overgang til kommunale tjenester.

I tillegg kan ART tilby et rehabiliteringsopplegg som hovedsakelig skjer i pasientens hjem, eventuelt i en kombinasjon med et dagtilbud. Teamet skal tilby rask tverrfaglig rehabilitering i brukers eget hjem og nærmiljø, i en tidsavgrenset periode. Her vil man ha en målrettet innsats tilpasset brukers ønsker og behov for å oppnå økt mestring og selvstendighet i hverdagsaktiviteter. I tillegg vil man bidra til økt aktivitet og utførelse av daglige gjøremål, slik at bruker kan gjenoppta en mer selvstendig livsstil.



Nedenfor er det et eksempel fra Fredrikstad kommune på hvordan de ser for seg prosedyrer og arbeidsmåte for ART.



(Fredrikstad kommune, 2016).

2.3.4 Dimensjonering, fasiliteter og økonomi

Dimensjonering

Innbyggertall i Indre Østfold: Ca. 51.000 (SSB, 2016).

Sengeantall rehabilitering: Ca. 0,4 per 1000 innbygger, gir cirka 20 senger for eierkommunene (Områdeplan rehabilitering Østfold, 2012)

I Fredrikstad kommune med ca. 78.000 innbyggere, har de 12 senger samt ART. I Namdal rehabilitering IKS, hvor det er 14 kommuner som samarbeider om rehabilitering, har de totalt 26 plasser som dekker et innbyggertall på ca. 38.000. Dette er inkludert spesialisert rehabilitering via Regionalt henvisningsmottak for private rehabiliteringsinstitusjoner i Midt-Norge.

Statistikk fra 2015 i Fredrikstad kommune viser at de behandlet 168 pasienter med gjennomsnittlig liggedøgn på 25. I det ambulante rehabiliteringsteamet var det i 2015 totalt 107 henvisninger og 68 pasientforløp, med et gjennomsnittlig behandlingsforløp på 4,7 uker. (Presentasjon Kalnes 03.02.16)

Ved en beregning av ca. 15.000 hjerneslag i Norge årlig, vil dette tilsvare ca. 150 i Indre Østfold.

1/3 av disse vil ha betydelig funksjonssvikt og stort behov for hjelp, dette tilsvarer 50 tilfeller per år. Alvorlige traumatiske hodeskader med behov for rehabiliteringstilbud, inkludert hjernetumor og forgiftningsskade er beregnet til ca. 1-2 i Indre Østfold årlig. Dette er en pasientgruppe som kan være svært krevende for en kommune. Moderate traumatiske hjerneskader er ca. 1 i Indre Østfold per år. Her er det påvist store mangler for aldersgruppen 16-30 år, spesielt ved kombinasjonsdiagnoser med rus og/eller psykiatri. Gir totalt sett ca. 53 pasienter per år. Med 2-3 ukers liggetid tilsvarer dette 2-3 senger på en enhet Dette er en pasientgruppe med store hjelpebehov og krever mye ressurser av kommunene. Å øke deres funksjonsnivå kan gi store kvalitative og kvantitative gevinster. Pasientgruppen vil i tillegg til rehabiliteringsopphold ha behov for vedlikeholdstrening og dagtilbud. (Kilder: LHL.no, psykologtidskriftet.no, SINTEF rapport 2006 om rehabilitering, Masteroppgave Anne Ekerbakke i Statped)

Liggetid 18 døgn (intermediær enhet slag, hjertesvikt og Kols etter sykehus) (KS og Pwc 2011). Denne liggetid stemmer med antagelse om 2-3 uker liggetid for rehab.pasienter. (Obs Fredrikstad har 25 dager)

- Liggetid på snitt 18 døgn tilsvarer 20 pasienter i året per seng. 10 senger krever derfor 200 pasienter per år, 20 senger krever 400 pasienter per år



Forslag bemanning rehabiliteringsenhet

Døgnerhabilitering				
Enhetsleder	1			
Teamleder/ administrasjon	0,5			Prosjektstilling i innføringsfase
Fagsykepleier	0,2			
Teknologiansvarlig	0,7			
Lege (overlege, fysikalskmedisiner etc.)	1			
Fysioterapeut (inkl. spesialfysioterapeut)	4			
Ergoterapeut	2			
Sykepleier	16			
Helsefagarbeider	4			
Spesialsykepleier (slag, rehabilitering, geriatri etc.)	4			
Logoped	0,2			Indre Østfold ressurs
Psykolog	0,2			Indre Østfold ressurs
Ernæringsfysiolog	0,3			Indre Østfold ressurs
Sosionom	0,2			Indre Østfold ressurs
Nevropsykolog	0,2			Indre Østfold ressurs
Dagrehabilitering				
Lege	0			ART
Fysioterapeut	1			
Ergoterapeut	1			
Sykepleier	1			
Idrettspedagog	0,5			
Ambulant rehabiliteringsteam (ART)				
Lege	0,5			Dagrehabilitering
Fysioterapeut	2			
Ergoterapeut	2			
Sykepleier (spesialsykepleier)	2			
Teknologiansvarlig	0,3			
Ernæringsfysiolog	0,2			

Gruppen anbefaler å rekruttere personell fra eierkommunene, og spesialkompetanse eksternt. Dette vil skape en bedre samhandling mellom interkommunalt nivå og kommunalt nivå. Personellet må ha erfaring fra rehabilitering og kommunehelsetjenesten.

Annet spesialisert personell: øyelege, synspedagog, kardiolog (Nasjonale faglige retningslinjer, behandling og rehabilitering ved hjerneslag).

Personalet har høy kompetanse på relevante områder. Spesialisert kompetanse kan oppnås gjennom etter- og videreutdanning. I tillegg bør realkompetanse vektlegges. Dette er kompetanse som oppnås gjennom erfaring knyttet til spesifikke pasientgrupper eller tilstander (s. 56. Veilederen for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator).

Fasiliteter

Rehabiliteringsenheten anbefales organisert inn i Helsehuset IØMK IKS, innunder den selskapsformen Helsehuset IØMK IKS måtte ha. Gode lokaler for en rehabiliteringsenhet er 3. etasje i samme bygningsmasse hvor Helsehuset IØMK IKS holder til. Det er lokaler som er i umiddelbar nærhet til Helsehusets andre tjenester. Samarbeid med Helsehusets andre tjenester, som blant annet akuttleger på vakt 24/7, og tilknytning til elektroniske verktøy og trygghetsentral vil derfor muliggjøres uten større kostander. Alternativ lokalisering er ledige lokaler på Edwind Ruud.

3. etasje Helsehuset IKS (gamle Askim sykehus) vil være aktuelt å benytte som lokaler for en eventuell rehabiliteringsenhet. Alternativt er det sengeplasser også i 1. etasje, men vi ønsker ikke å utrede dette videre da det ikke er tilstrekkelig tilgang på treningsrom og kontorfasiliteter. Lokalene i 3. etasje ble benyttet av Sunnaas sykehus når de hadde en av sine avdelinger lokalisert i Askim.

Edwin Ruud har lokaler ledige; En fløy i tilknytning til rehab.avd i 3. etg, og store lokaler etter døgnplasser og DPS brukt av SØ. Samarbeid om legetjenester (man til tors) og personale på natt vil være mulig.

Sengeplasser

3. etasje ved Helsehuset IKS (gamle Askim sykehus) har kapasitet for 20 senger fordelt på enmannsrom og tomannsrom. I tillegg finnes det et rom som er dimensjonert for hjerneslagpasienter med ekstra pleiebehov.

Edwin Ruud: 5-7 sengeplasser i fløy ved eksisterende rehab.avd.

Kontorfasiliteter

Helsehuset IKS: Det er dimensjonert for cirka 12 kontorplasser i fløyen hvor treningsområdet er, og cirka 12 plasser i området hvor det er sengeplasser.

Edwin Ruud: Flere muligheter i bygget for kontorer

Treningsfasiliteter

Helsehuset IKS: En treningssal på cirka 100 kvm. I tillegg er det lokaler til et avspenningsrom, to treningsrom for ergoterapeuter og et treningskjøkken.

Edwin Ruud: Stor treningssal i kjeller, brukes av ergo/fysio i dag, mye treningsutstyr der allerede, og plass til mer

Undersøkelles- og behandlingsrom

Helsehuset IKS: Flere muligheter for undersøkelles- og behandlingsrom i område ved treningssalen.

Edwin Ruud: Flere muligheter for undersøkelles- og behandlingsrom

Utbedringer

Helsehuset IKS: Det må påberegnes utgifter til oppgradering av lokaler og IKT i forkant av oppstart. Se vedlegg «Skisse 3.etasje».

Edwin Ruud: Rom i ledig fløy i 3. et er «innflytningsklar». Alle rom har skinne til seil i taket, og egne bad med hev og senkbare vask og wc. Utgifter til IKT må påberegnes

Forpleining

Helsehuset IKS: Forpleining på rehabiliteringsenheten vil avhenge av om kjøkkenet på Løkentunet flytter inn i kjellerlokalene ved Helsehuset IKS eller ikke. Hvis dette skjer så vil det være kantinedrift, og pasientene kan innta måltidene i lokalene i kjelleren. Hvis det er pasienter ved avdelingen som



trenger hjelp ved måltider, så kan man alternativt ha avtale med kjøkkenet slik at mat kan anrettes på kjøkkenet i kjelleren og hentes av personalet på enheten. Hvis kjøkkenet nede ikke vil være i drift, så vil alternativet være slik Døgnerheten drifter mattilbudet ved enheten, med tilkjøring fra kjøkkenet på Løkentunet.

Edwin Ruud: Eget kjøkken i bygget

Uteområdet

Helsehuset IKS: Det er en stor hage rett utenfor som kan benyttes til aktivitet og rekreasjon. I tillegg er det gode turmuligheter langs «Solbergfosslinna». Dette er en lang tursti som går mellom Askim og Solbergfoss. Det er belysning cirka 3 km av veien fra Askim mot Solbergfoss. Østfoldbadet ligger i Askim sentrum. Her finner man flere bassenger, blant annet 25 meters basseng, terapibasseng og opplæringsbasseng hvor begge har 34 grader i vannet.

Edwin Ruud: Ikke utredet, men store uteområder lett tilgjengelig.

Utstyr

Behovet for utstyr vil avhenge av målgruppe for enheten. Målgruppen for avdelingen vil være pasienter som har opplevd et plutselig funksjonsfall. Dette gjør at enheten kan få pasienter som har svært redusert funksjon, men også pasienter som kun har en liten reduksjon i funksjon. Dette gjør at man må planlegge for begge kategorier.

I tillegg bør en plan for utstyr ses i sammenheng med annet utstyr tilgjengelig på Helsehuset IKS. Det vil være mulig å dele noe utstyr med både Døgnerhet og Legevakt. Plan for utstyr må derfor gjøres i samarbeid med enhetsleder for Døgnerhet og Legevakt. På Edwin Ruud vil sambruk med eksisterende rehab.tilbud være mulig, inntil utstyrbehovet er avklart.

Innledningsvis i en pilotperiode vil det være naturlig å inngå leasingavtaler på det meste av utstyret. Dette gjør at man ved en videreføring inn i permanent drift kan gjøre en ny vurdering av utstyr, og samtidig unngå å sitte inne med mengder av utstyr som man ikke får solgt videre hvis det ikke blir videreføring.

Det er sannsynlig at behov for utstyr vil være mer konkret noen måneder etter oppstart. Dette gjør at man bør planlegge en grunnpakke med utstyr innledningsvis, men budsjettere med spesifikke innkjøp etter 3-5 måneder drift når man har et tydeligere bilde av behovet.

Vi har vært i dialog med Helsehuset i bydelene i Oslo, hvor de har opprettet rehabiliteringsavdelinger. De har delt utstyrslister, slik at vi har kunnet benyttet dette som utgangspunkt for å planlegge utstyrbehovet for en rehabiliteringsenhet ved Helsehuset IKS. Se vedlegg «Utstyr».

Økonomi og finansieringsmodeller

Gruppe 2 anbefale tre prosesser for å finansiere et styrket rehabiliteringstilbud i Indre Østfold på:

- Nye rehabiliteringstilbud etableres innenfor den samme totalrammen kommunene har i dag. Det vil innebære omdisponering av ressurser og tjenester innad og på tvers av kommunene.
- Gevinstrealiseringsprosessen i prosjektet vil synliggjøre fremtidige gevinster for kommunene, både kvalitativt og økonomisk.
- Samarbeid om ressurser med spesialisthelsetjenesten. Med bakgrunn i at kommunene tar større ansvar og oppgaver bør det sees på hvordan spesialisthelsetjenesten bidrar i dette.

KS og Pwc konkluderer i sin rapport «Samhandlingsreformen - Hva koster det kommunene å ta et utvidet ansvar for utvalgte diagnoser?» (2011, s.22) med en kostnad på 4000,- per seng/døgn. Dette

er foreløpig vanskelig å sammenligne med andre tilbud i Indre Østfold. Det gjøres en nærmere kartlegging av dette i videre prosjektarbeid.

Det anbefales at rehabiliteringsenheten har samme finansieringsmodell som Døgnenheten på Helsehuset. Det gjør det administrativt enklere for både kommunene og Helsehuset.

Namdalen interkommunale rehabilitering selger plasser via ReHR. Dette kan også være mulig i Indre Østfold, men må undersøkes nærmere.

Hva er innovativt?

- Interkommunalt samarbeid om rehabilitering
- Kompetanse mest mulig ut til pasient, ikke motsatt
- Aktiv bruk av interkommunalt ambulant/ mobilt team

Viktige tanker og ideer i et fremtidsperspektiv (2020)

- Koordinatorrollen
- Hva slags rehabilitering skal utføres hvor (avklaring mellom spesialist, eierkommuner og IKS).
- Kompetanseheving – nytt e-læringskurs utvikles på Sunnaas
- Kobling mot fremtidens «primærhelseteam»
- Læring og mestrings perspektivet
- Implementering av rehabiliteringsteknologi



2.3.5 Referanser

ICF, Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse

https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/493/ICF_fullversjon-%20IS-0354.pdf

Johansen, Inger, Faculty of Medicine, UiO 2013. Outcome of primary health care rehabilitation of older disabled people in two different settings - an open, prospective, comparative observational study

Nevroplan 2015 Delplan til Omsorgsplan 2015 (For et mer systematisk og forpliktende samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for å få til effektive, sammenhengende og forutsigbare behandlingsforløp for den enkelte pasient)

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nevroplan-2015/id666747/>

Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag 01.04.2010

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag>

Områdeplan rehabilitering for Østfold 2013-2018.

http://www.sykehusetostfold.no/omoss_/styret_/Documents/Styredokumenter/2013/24.%20juni%202013/Sak%204413%20Vedlegg%20Omr%C3%A5deplan%20rehabilitering%20for%20%C3%98stfold.pdf

Fredrikstad kommune (2016). Presentasjon av «Rehabiliteringstilbudet i Fredrikstad kommune». Østfold rehabiliteringskonferanse, 3. februar 2016.

Presentasjon av Namdal interkommunale rehabilitering

www.namdalrehab.no

Presentasjon om Rehabiliteringstilbudet i Fredrikstad kommune fra Rehabiliteringskonferansen 03.02.2016 på Kalnes

Helsedirektoratet Veileder for saksbehandling 09.02.2016

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-saksbehandling>

Samhandlingsreformen - Hva koster det kommunene å ta et utvidet ansvar for utvalgte diagnoser? (Rapport KS og Pwc, 2011)

http://www.pwc.no/no_NO/no/offentlig-sektor/publikasjoner/samhandling-reform.pdf

Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid St.meld nr 47

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Helsedirektoratet Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator 29.09.2015:

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Helsedirektoratet Helse- og omsorgstjenesteloven

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsedirektoratet Pasient- og brukerrettighetsloven

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Rapport: Rehabilitering i Knutepunkt Sørlandet, 2013

Senter for Omsorgsforskning Modeller for hverdagsrehabilitering- en følgeevaluering i norske kommuner

<http://www.omsorgsforskning.no/utgivelser/rapportserie/rappo>

Vedlegg 1. Utstysliste

UTSTYR SPESIFIKASJON				
Kategori	Utstyr	Helsehuset IKS	Antatt pris	Kommentar
Medisinsk-teknisk/ medisinsk utstyr				Merveaara, Norengros Medipartner, Beckman, SVAS Svalland AS, EFG Serie
	Blærescanner	0		Ultralydapparat fra døgnetenhet kan brukes
	Infusjonspumpe	2		
	Intravenøstativ	6		
	Emæringspumpe	2		
	EKG-apparat	0		Døgnetenhet og Legevakt
	Hjertestarter	1		
	Pulsoxymeter	4		
	Parlapparat	2		
	O2-kolber små	2		Tilgang til O2 i vegg
	O2-kolber store	2		Tilgang til O2 i vegg
	Sug	1		
	Vekt	3		
	Stolrekt	1		Døgnetenheten har en som kan benyttes.
	Høydemåler	1		
	Målebånd	4		
	Øretemp-måler	4		
	Blodtrykksapparat, elektronisk	1		
	Blodtrykksapparat, manuelt	2		
	Stetoskop	2		
	Synstavle	1		
	PEF-måler	1		
	Reflekshammer	4		
TOTALT				
Labutstyr				
	CRP-apparat	0		Døgnetenhet + Legevakt
	Hb-apparat	0		Døgnetenhet + Legevakt
	Blodsukkerapparat	4		
	INR-apparat	0		Døgnetenhet + Legevakt
	Elektronisk avleser for urinstix	0		Døgnetenhet + Legevakt
	Sentrifuge for blodprøver	0		Døgnetenhet + Legevakt
	Kjøleskap for lab-prøver	0		Døgnetenhet + Legevakt
TOTALT				
Hygiene-hjelpemidler				
	Toalettstol	4		
	Dusjstol med tilt	2		
	Dusjseng	1		
	Dusjkrakk til hver dusj	10		
	Dusjseng	1		
TOTALT				
Forflytnings-hjelpemidler				
	Dreletårn	2		
	Dreieplate	2		
	Glidbrett/ forflytningsbrett	4		
	Easy Glide/ Easy Slide (i tøy materiale)	4		
	Forflytningsbelte	4		
	Forflytningslaken	4		
	Søsterhjelp (bøyle over seng)	10		
	Anten/ sengebånd	10		
	Arbeidsstol (for pasient)	5		
	Personløftere, aktiv	2		
	Personløftere, passiv	1		
	Seil til heis	8		Ulike størrelser
TOTALT				
Gang-hjelpemidler				
	Rullator	4		
	Underarmsrullator	2		
	Prekestol/ gåbord med elektrisk hev/senk	4		



	Rullestol til transport	2	
	Komfortrullestol (liten og stor)	2	I påvente av at egen kommune får bestilt
TOTALT			
Treningsutstyr			Norsk fitnesshandel, Klubben AS, Fysiopartner, Tress, Alfagare
	Gangbane	0	Tilgjengelig lager Helsehuset IKS
	Gåstaver	10	Tilgjengelig lager Helsehuset IKS
	Redcord (treningslynge komplett)	3	
	Tredemølle	2	
	Nustep	1	Arm- og bentrener
	Ergometersykkel	4	
	Behandlingsbenk	5	Stor bobathbenk
	Terapikrakter	4	
	Trappekasse	1	
	Benpress	1	
	Stepkasser	3	Inkludert justerbar trapp
	Ribbevegg	2	
	Nedtrekksapparat	1	
	Balanseputer	5	
	Bobath baller	3	Inkludert BOSU
	Vektmansjetter	10	0,5-2,5
	Håndvekter	10	0,5-6
	Håndtreningsutstyr	5	Diverse grep, finmotorikk
	Diverse finmotorikkutstyr	x	Klesklyper, bestikk etc
	Treningsmatter	6	2 store og 4 normale
	Vippebenk	2	
	Sengesykkel	1	
	Tensapparat	0	Sette av penger til innkjøp etter behov
	Ultralydsapparat til behandling	0	Sette av penger til innkjøp etter behov
	Laser til behandling	0	Sette av penger til innkjøp etter behov
	Deep Oscillation	0	Sette av penger til innkjøp etter behov
	Kinetec	0	Sette av penger til innkjøp etter behov
	Romackin	1	

	Vektstenger, stativ og skiver	1	
	Trekkapparat	2	
	Pøller	8	Ulike størrelser
	Treningsmatter (tykke)	6	Til avspenning
	Hev- og senk bord	1	Trening hos ergoterapeut
TOTALT			
Soverom			
	<i>Veiledning Norengros</i>		
	Standardseng (2 eller 4 motorer, delt liggeflate)	20	Se senger døgnenheten
	Spesialseng (utover standard, f.eks. ekstra lange, ekstra bred, tunge pasienter, m.m.)	2	
	Nattbord	20	
	Standardmadrass	20	
	Spesialmadrass	2	Tilpasset spesialsengene.
	Luftmadrass med motor	1	
TOTALT			
Kontormøbler			
	<i>Veiledning av Sørle prosjektinnredninger</i>		
	Kontorstoler	x	
	Skrivebord	x	
	Møtebord	x	
	Stoler til møtebord	x	
	Bokhyller	x	
	Whiteboard	x	
TOTALT			
Velferdsrom			
	<i>Veiledning av Sørle prosjektinnredninger</i>		
	Sofa	x	
	Hvilestoler	x	
	Besøksstoler	x	
	Spisebord	x	
	Spisestue stoler	x	
	Småbord	x	
	Bokhyller, skjenk	x	
TOTALT			
Postkjøkken/ mottakskjøkken			
	<i>Euronics Askim for pris.</i>		
	Kjøleskap, kombi	2	
	Kjøleskap	1	
	Fryser	1	
	Komfyr	2	
	Oppvaskmaskin	4	
	Microbølgeovn	4	
TOTALT			
Skyllerom/ rengjøringsutstyr			
	Dekontaminator/ fatvasker	1	Ken anbefalt
	Deinfeksjonsrobot	0	
	Vaskemaskin til post	2	For pasienter
	Tørketrommel til post	2	For pasienter
TOTALT			
Vaskeri			
	Vaskemaskin	0	Avtale vaskeri nede
	Tørketrommel	0	Avtale vaskeri nede
	Moppevaskemaskin	0	Avtale vaskeri nede
	Tøyrulle	0	Avtale vaskeri nede
TOTALT			
Annet utstyr			
	Medisinkjøleskap	1	
	Medisintralle	2	
	Akuttralle	1	
	Hev- og senkbar stol/ krakk for ansatte (til bruk i pleie, f.eks. mating)	4	
TOTALT			
IKT			

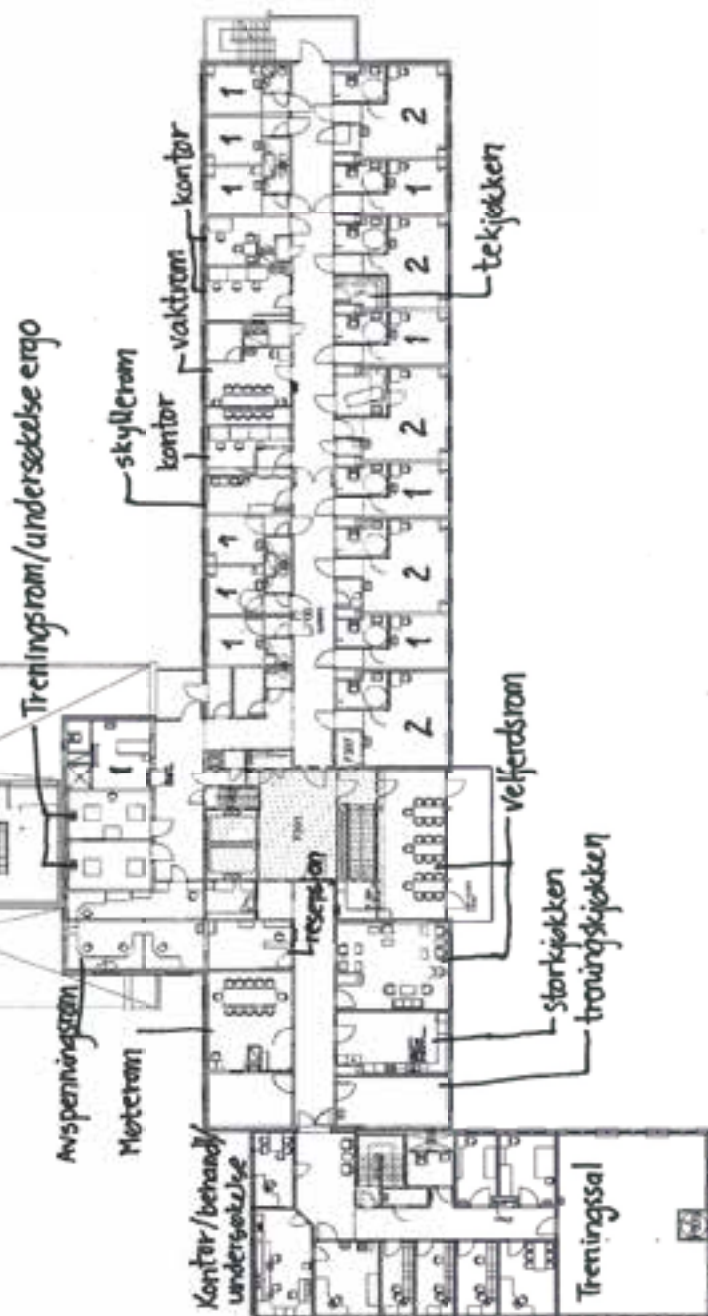


Laptop'er	x	
Stasjonære	x	
Oppkobling/ kabling	x	
Avtale I2D	x	
Avtale teknologileverandør	x	
TOTALT		
TV/media		
		<i>Veiledning fra leverandør</i>
TV	3	Velferdsrom + personalrom
TV til pasientrom	15	14"
Hjemmekinoanlegg/ DVD-spiller/ CD-spiller	1	Velferdsrom
Smartboard	2	Rehabenhets vaktrom og ART kontor
Projektor	2	Meterom + velferdsrom
Forsterkeranlegg/ musikkanlegg	1	Treningssal
Nettbrett rehabenhets	5	
Nettbrett ART	5	
Storskjerm	2	
Lerrett	1	
TOTALT		
Rehabiliterings-teknologi		
Kommersielle tv-spill	3	
Annen rehabiliteringsteknologi	1	
Software	x	
Leasingavtale rehabiliteringsteknologi	x	
TOTALT		
Forbruksmaterieil		
Diverse	x	Beregnes ut basert på erfaring Dagshenhet og Legevakt
TOTALT		

Betg. HELSEHUSET IKS

Kontor plasser: ca 12 (pas. filøy)
ca 12 (treningsfiløy)

Sengeplasser: Enmannsrom 10+1
To mannsrom 5





2.4

Teknologi i et rehabiliteringsforløp



Innhold

- 2.4.1 Sammendrag - Teknologi i et rehabiliteringsforløp
- 2.4.2 Innledning
- 2.4.3 Begrepsavklaringer
- 2.4.4 Rehabiliteringsteknologi
- 2.4.5 Utpøving av teknologi for småskallatesting
- 2.4.6 Anbefaling av teknologi i forløp 2017-2020
- 2.4.7 Samarbeidspartnere og mulige steder til inspirasjon
- 2.4.8 Idébanken
- 2.4.9 Referanser

2.4.1 Sammendrag - Teknologi i et rehabiliteringsforløp

Begrepsavklaringer: Underveis i arbeidet oppdaget vi et behov for å definere ulike begreper innen teknologi og rehabilitering. Følgende begreper ble definert: Velferdsteknologi, e-helse, telemedisin, telerehabilitering og rehabiliteringsteknologi. Begrepet rehabiliteringsteknologi ser ikke ut til å ha blitt definert tidligere i Norge. Foreløpig utkast til vår definisjon på rehabiliteringsteknologi:

Rehabiliteringsteknologi er teknologiske verktøy som understøtter bruker i en rehabiliteringsprosess eller

Rehabiliteringsteknologi er teknologiske verktøy som understøtter brukere i behandling og arbeidsprosesser som del av et rehabiliteringsforløp

Oppgave 1: Beskrivelse av IKT samhandling, eksisterende og planlagte velferdsteknologiløsninger og eksisterende IKT-plattformer i Indre Østfold

Fagsystemene i eierkommunene og Helsehuset IKS har blitt kartlagt. Primært fire ulike fagsystemer benyttes: Codoc (3), Gerica (4), Profil (1), samt Helsehuset legevakt sitt System X. I tillegg finnes det flere andre fagsystemer f.eks. hos helsestasjoner og fastleger.

I 2016 har eierkommunene hatt Indre Østfold Data som IKT driftsansvarlig, unntatt Marker kommune. Dette er nå i endring.

Kartlegging av samhandlingsarenaer innen IKT/ teknologi: Alle kommunene kan samhandle elektronisk med hverandre, med legevakt og med døgnenhet via meldinger. Samarbeidet rundt Indre Østfold Data har også vært en felles arena. Det finnes nettverk for systemansvarlig for Gerica (4 kommuner) og møter for IKT samhandlingskontakter i alle Østfoldkommunene.

Utfordringer er blant annet at Helsehusets døgnenhet ikke kan sende elektronisk innleggelsesrapport til sykehuset. Nasjonalt er det ennå ikke utviklet meldingstyper som ivaretar en slik «halvannenlinjetjeneste». Det er også behov for opplæring og ansvarsavklaringer innen teknologi. Ved økt samhandling framover blir det viktig med systemer som kan kommunisere med hverandre.

Kartlegging av velferdsteknologi: Trygghetsteknologi dominerer: Trygghetsalarm, fallalarm, døralarm, digital kalender m.m. Det er kartlagt mange ønsker om bruk av teknologi framover, men kommunene har ulike planer. Kun en kommune tenker så langt teknologi i retning av rehabilitering. Pr i dag finnes ingen egen samarbeidsarena rundt velferdsteknologi eller rehabiliteringsteknologi

Oppgave 2: Utprøve aktuell teknologi som forberedelse til småskaletesting.

Gruppe 3 har gjennomført 3 studiebesøk for å se på teknologi: Fredrikstad kommunes eSenior prosjekt, Sunnaas sykehus virtuell rehabiliteringslab, Vitensenteret Helse og Teknologi i Drammen. For øvrig har ansvaret for småskaletestingen blitt lagt til prosjektledelsen.

Oppgave 3: Beskrive og anbefale relevante innovative teknologiske løsninger for å understøtte pasientbehandling og arbeidsprosesser i et rehabiliteringsforløp.

Grappa har innhentet informasjon rundt ulike produkter og prosjekter som kan være relevante i et rehabiliteringsforløp. Dette arbeidet har resultert i en idébank for teknologi. Vurdering av produkter og prosjekter ble gjort etter et sett inklusjonskriterier og scoring på hvert av kriteriene. Idébanken er tenkt å være i stadig utvikling. Det kan vurderes å utvikle en nordisk idébank på sikt.

Produkter og prosjekter som ga høyest vurdering var: Kommersiell dataspill og andre spill som kan brukes som en del av opptrening, telerehabilitering – veiledning og monitorering over nettbrett, informasjonsflyt/samhandling mellom ulike aktører i rehabiliteringsforløpet, sikker kommunikasjon med pasient over e-post, dataspill kombinert med bevegesensorer og robotikk.



Oppgave 4: Beskrive hvordan aktuell teknologi kan muliggjøres i et forløp 2017-2020

Hvordan kan teknologien bidra til bedre rehabiliteringsforløp? I prosjektet er det identifisert noen utfordringer i personens rehabiliteringsprosess og de ansattes arbeidsprosesser. Arbeidsgruppa har lagt vekt på at teknologien skal innføres for å understøtte personens rehabiliteringsprosess og ansattes arbeidsprosesser. Det er viktig å ikke fokusere på bestemte leverandører, men at man ser på ulike konsepter innen teknologi. Anbefalingene knyttes til hvordan teknologien kan bidra til å løse eller forbedre konkrete utfordringer. I dette arbeidet har vi trukket inn funnene fra idébanken.

Utfordring	Anbefalinger teknologi
Dokumentflyt og informasjonsdeling	Samhandlingsløsninger spesialisthelsetjeneste – kommune. Systemer for ressursutnyttelse og prosesser ansatte Eks Imatis Visi Kommunikasjonsløsninger direkte med pasient (eks sikker e-post) med blant annet deling av treningsprogram, bilder etc.
Tidlig og god rehabiliterings-vurdering – i pasientens eget hjem	Nettbrett med ulike typer tester – på sikt direkte inn i journal Verktøy for tverrfaglig samarbeid og samhandling mellom ulike aktører eks interaktiv målplan, individuell plan ved behov, samvalgsverktøy? Videokonferanse med andre aktører ved behov
Rehabiliteringstilbud til rett tid	Samhandlingsløsninger, spesielt som inkluderer fastlegene Nettbrett med helsemonitorering og oppfølging, videokonferanse
Overgang institusjon –hjem. Oppfølging i hjemmet.	Telerehabilitering over nettbrett eller pc, for eksempel videokonferanse til fysioterapi / gruppetrening / mestring / undervisning, sykepleieoppfølging
Motivasjon for trening	Spillteknologi for trening / øvelser

Andre anbefalinger:

Opplæring er svært viktig for å kunne dra nytte av teknologi og skape tillit. Gruppa anbefaler at det lages en opplæringsplan og at man arbeider med kontinuerlig utvikling av tjenestene til behovene. Ansvarlig for rehabiliteringsteknologi : En ansatt som har hovedansvaret for teknologien anbefales. Visningsrom for rehabiliteringsteknologi bør vurderes. Et slikt rom vil kunne være en nasjonal ressurs.

2.4.2 Innledning

Dette er den endelige delrapporten som oppsummerer og svarer på de arbeidsoppgavene som er tildelt gruppe 3 i prosjektet «Innovativ rehabilitering i Indre Østfold» i 2016.

Gruppemedlemmer og møter

Arbeidsgruppen har bestått av følgende representanter;

- Hilde Orderud, gruppeleder/ fysioterapeut, Helsehuset IØMK IKS
- Kari Anne Dehli, prosjektleder/ fysioterapeut, Helsehuset IØMK IKS
- Aslak Aftenstjerne, IKT-ansvarlig helse og velferd, Trøgstad
- Eivind Bjørnstad, prosjektleder Utviklingssenter for hjemmetjenester, Eidsberg
- Hilde Sørli, rådgiver, Enhet for teknologi og e-helse, Sunnaas sykehus
- Pia Rødli, IT-ansvarlig, Spydeberg
- Unni Hegle, brukerrepresentant, Askim
- Aase Maren Øiestad Hesleskaug, fagsykepleier hjemmesykepleien/ saksbehandler avd. for tjenestetildeling, Askim

Gruppe 3 har gjennomført totalt syv arbeidsmøter, inkludert oppstartsmøte 11. mai. Det har vært noe varierende oppmøte, men vi har så langt vært minimum tre gruppemedlemmer samt gruppeleder på hvert møte. I tillegg har det vært arrangert to storgruppemøter der alle tre arbeidsgruppene i prosjektet har jobbet sammen.

Gruppeleder har fra mai til oktober vært Hilde Orderud, prosjektmedarbeider. Slutføringen av gruppens arbeid har vært ledet av Hilde Sørli, rådgiver, Enhet for teknologi og e-helse, Sunnaas sykehus og Kari Anne Dehli, prosjektleder.

Arbeidsoppgave for gruppe 3

Følgende arbeidsoppgaver er definert for gruppe 3:

- Beskrive IKT samhandling, eksisterende og planlagte velferdsteknologiløsninger og eksisterende IKT plattformer i Indre Østfold.
- Utprøve aktuell teknologi som forberedelse til småskalltesting.
- Beskrive og anbefale relevante innovative teknologiske løsninger for å understøtte pasientbehandling og arbeidsprosesser i et rehabiliteringsforløp.
- Beskrive hvordan aktuell teknologi kan muliggjøres i et forløp 2017-2020.

Arbeidsmetode og arbeidsprosess

Gruppen har gjennomført gruppemøter med diskusjon basert på tildelte arbeidsoppgaver i prosjektplanen. Diskusjonen og konklusjonene på møtet har vært retningsgivende for videre arbeid på neste gruppemøte. I tillegg har det vært gjennomført tre studiebesøk, et til Fredrikstad kommune, et til Sunnaas sykehus og et til Vitensenteret for helse og teknologi ved Papirbredden, Drammen.

Gruppen har startet med å definere og skape en forståelse av arbeidsoppgavene. Vi har innledningsvis vært noe avventende, da vi mener at ny teknologi skal være bruker- og behovsstyrt.

Underveis i arbeidet har vi oppdaget et behov for å definere ulike begreper innen teknologi for å skape en bedre forståelse for det videre prosjektarbeidet. Følgende begreper ble definert; velferdsteknologi, e-helse, telemedisin, telerehabilitering og rehabiliteringsteknologi. Begrepet



rehabiliteringsteknologi ser ikke ut til å ha blitt definert tidligere i Norge, vi har derfor forsøkt å beskrive vår forståelse av rehabiliteringsteknologi.

Vi vil så gi en enkel oversikt over IKT situasjonen ved Helsehuset IØMK IKS og hos eierkommunene som beskrevet i arbeidsoppgave 1. Denne arbeidsoppgaven har blitt besvart basert på tilgjengelig kunnskap i gruppen.

Tidlig i prosjektarbeidet, ble det avklart fra prosjektledelsen at småskalatesten skulle fokusere på hvordan teknologi kunne bidra til samhandling i et tverrfaglig team, og hvordan teknologien kunne understøtte arbeidsprosessen i en tidlig rehabiliteringsvurdering gjort i hjemmet. Helsehuset IØMK IKS inngikk en 2 årig OFU avtale med Imatis der både rehabiliteringsprosjektet og Legevakt inngikk. Derfor har ikke gruppe 3 testet ut aktuell teknologi som forberedelse til småskalatesten.

For å besvare arbeidsoppgave 3, har vi etablert en idébank for teknologi som er relevant i et rehabiliteringsforløp. Dette er en oversikt av produkter og prosjekter som kan være relevant for å understøtte pasientbehandling og arbeidsprosesser i et rehabiliteringsperspektiv.

Arbeidet med en anbefaling for å muliggjøre teknologi i et 2017-2020 perspektiv, er sett i sammenheng med utfordringer detektert gjennom prosjektet og resultatet av arbeidet med idébanken. Denne anbefaling vil bli komplementert av tanker og innspill fra Imatis, som er teknologileverandør, samt erfaringer etter småskalatesten.

2.4.3 Begrepsavklaringer

Nedenfor beskrives begrepene velferdsteknologi, e-helse, telemedisin, telerehabilitering og rehabiliteringsteknologi.

Velferdsteknologi

«Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbud. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.» (NOU 2011:11 «Innovasjon i omsorg»).

Velferdsteknologi anbefales fra Helsedirektoratet å deles inn i følgende teknologiområder: trygghetsskapende teknologier, mestringsteknologier, utrednings- og behandlingsteknologier og velværetknologier (Helsedirektoratet, 2015).

E-helse

«E-helse er en samlebetegnelse som omfatter IKT-anvendelse i helsesektoren, der målet er forbedringer av kvalitet, sikkerhet og effektivitet innen helsesektoren gjennom bruk av informasjonsteknologi.» (Helsedirektoratet, 2012).

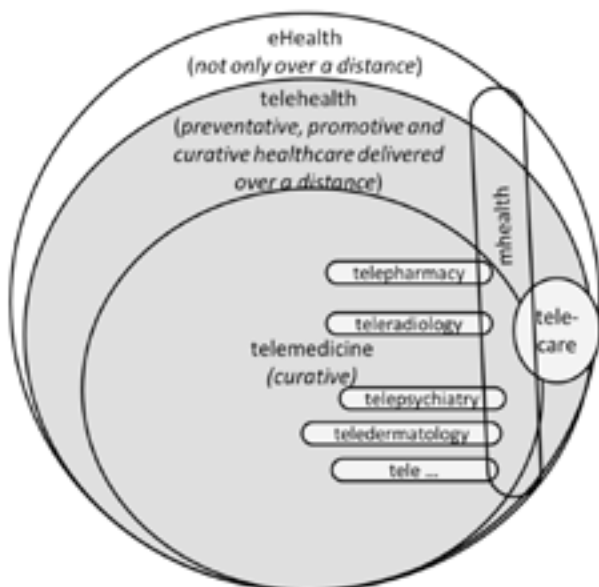
Informasjonsteknologi er et begrep som omfatter teknologi for innsamling, lagring, behandling, overføring og presentasjon av informasjon. De to begrepene velferdsteknologi og e-helse overlapper hverandre, men de har også teknologiske løsninger som kun vil komme inn under ett av begrepene (Helsedirektoratet, 2012).

Telemedisin

«Undersøkelse, overvåkning, behandling og administrasjon av pasienter og opplæring av pasienter

og personale via systemer som gir umiddelbar tilgang til ekspertise og pasientinformasjon uavhengig av hvor pasienten eller relevant informasjon er geografisk plassert» (Helsedirektoratet, 2012).

Figuren nedenfor viser forholdet mellom e-helse, telehelse, telemedisin, «telecare» og mhelse. De grå områdene indikerer bredden av telehelsetjenester. Kun begreper som er relatert til helsetjenester levert over distanse ble inkludert (Van Dyk, 2014).



Figur 1: Telemedisin, e-helse, telehelse, telecare og mhelse (Van Dyk, 2014)

Telerehabilitering

«Rehabiliteringstjenester levert via informasjons- og kommunikasjonsteknologi.» (Brennan et al, 2010). Dette omfatter en rekke rehabiliterings- og habiliteringstjenester som inkluderer vurdering/undersøkelse, monitorering, forebygging, intervensjoner, veiledning, utdanning, konsultasjoner og rådgivning. Telerehabilitering kan gis til voksne og barn fra en rekke ulike profesjoner, eksempelvis fysioterapeuter, logopeder, ergoterapeuter, sykepleiere, ortopediingeniører, psykologer og leger (Brennan et al, 2010).

Med bakgrunn i definisjonene ovenfor er det ingen åpenbare begreper som beskriver teknologi som benyttes innen rehabilitering. Prosjektet skal fokusere på teknologi som understøtter både arbeidsprosesser og pasientbehandling i et rehabiliteringsperspektiv. I mangel på en god definisjon for teknologien vi etterspør, så har vi valgt å definere begrepet rehabiliteringsteknologi.

2.4.4 Rehabiliteringsteknologi

Vi har ikke klart å finne en god norsk definisjon på begrepet rehabiliteringsteknologi. I prosjektet Innovativ rehabilitering i Indre Østfold, benyttes definisjonen for rehabilitering beskrevet i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, kap 2 § 3 (2011).

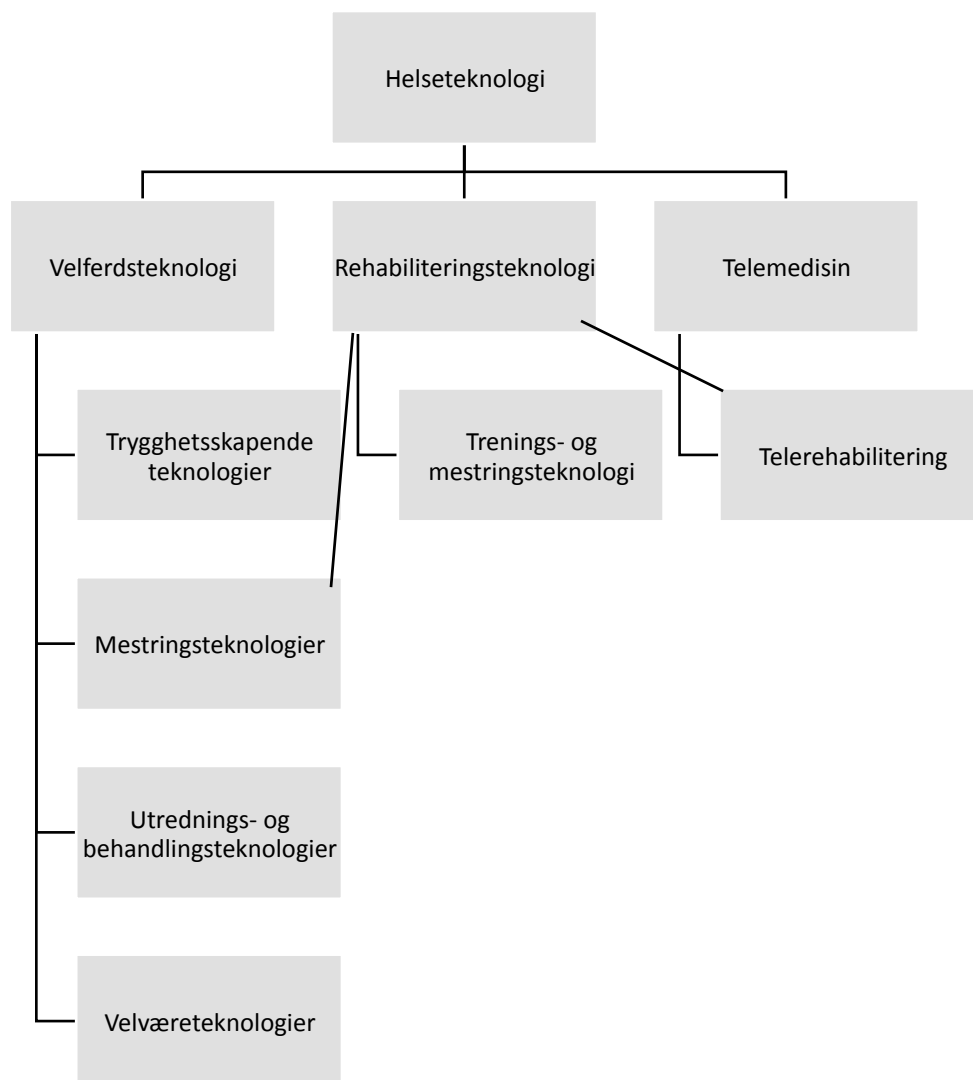
«Rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.»

Nedenfor beskrives to engelske definisjoner på rehabiliteringsteknologi, som beskriver begrepet noe ulikt.



"The systematic application of technologies, engineering methodologies, or scientific principles to meet the needs of and address the barriers confronted by individuals with disabilities in areas which include education, rehabilitation, employment, transportation, independent living, and recreation. The term includes rehabilitation engineering, assistive technology devices, and assistive technology services." (Rehabilitation Act of 1973, P.L 93-112).

"Technology can be used as part of an educational or rehabilitative process. In this case the technology is usually used as one modality in an overall education or rehabilitation plan. Technology in this sense is used as a tool for remediation or rehabilitation rather than being a part of the person's daily life and functional activities, and we refer to it as rehabilitative or educational technology, depending on the setting." (Cook og Polgar, 2012).



Den første definisjonen kan oppleves nærmere den norske definisjonen av velferdsteknologi, mens den andre definisjonen er nærmere vår forståelse for rehabiliteringsteknologi. Med bakgrunn i dette, forsøker vi derfor å lage en norsk definisjon med utgangspunkt i Cook og Polgar (2012) sin beskrivelse av rehabiliteringsteknologi.

«Rehabiliteringsteknologi er teknologiske verktøy som understøtter bruker i en rehabiliteringsprosess» eller

«Rehabiliteringsteknologi er teknologiske verktøy som understøtter brukere i behandling og arbeidsprosesser som del av et rehabiliteringsforløp».

I denne definisjonen inkluderer vi alle teknologiske verktøy som er med i en rehabiliteringsprosess. Det vil alltid være gråsoner, hvor enkelte av verktøyene som benyttes også kan defineres inn under eksempelvis velferdsteknologi eller andre kategorier. Det bør avklares om rehabiliteringsteknologi skal inngå som del av begrepet velferdsteknologi eller om rehabiliteringsteknologi er sidestilt velferdsteknologi som begrep. Hvis rehabiliteringsteknologi inngår som del av velferdsteknologibegrepet, så vil underkategorien mestringsteknologi være det begrepet som ligger nærmest vår forståelse av rehabiliteringsteknologi. Begrepet mestringsteknologi beskriver teknologi som gjør at personer kan mestre egen helse og sykdom. Dette inkluderer teknologiske løsninger til kronisk sykdom/lidelser, personer med psykiske utfordringer, personer med behov for rehabilitering og vedlikehold av mobilitet (Helsedirektoratet, 2015).

Rehabiliteringsteknologi kan begrenses til kun å gjelde teknologi som benyttes direkte i opptrening. Dette vil skape mindre rom for overlapping med andre begreper som eksempelvis telerehabilitering og velferdsteknologi.

Et forslag til å strukturere de ulike teknologiske begrepene innen helse er skissert nedenfor. Dette ble konstruert for å bedre forstå rollen til rehabiliteringsteknologi som del av de andre helseteknologiske løsningene.

IKT ved Helsehuset IØMK IKS og eierkommunene

Arbeidsoppgave 1 har blitt løst ved hjelp av eksisterende kunnskap og kompetanse internt i gruppe 3.

IKT fagsystemer

Det er primært fire ulike fagsystemer som benyttes i eierkommunene og ved Helsehuset IØMK IKS innen helse- og omsorgstjenester i dag.

Kommune/ Fagsystem	Cosdoc	Gericar	Profil	System X
Eidsberg	X			
Skiptvet	X			
Hobøl	X			
Askim		X		
Trøgstad		X		
Spydeberg		X		
Marker			X	
Helsehuset døgnet		X		
Helsehuset legevakt				X

I tillegg til fagsystemene som beskrives ovenfor, så eksisterer det også andre fagsystemer i kommunene eksempelvis ved helsestasjon og hos fastlegene. Dette er ikke inkludert i oversikten.

Indre Østfold Data IKS (IØD) eies av kommunene Askim, Trøgstad, Eidsberg, Skiptvet, Hobøl og Spydeberg. Helsehuset IØMK IKS benytter også IØD som IKT driftsansvarlig. IØD anskaffer, implementerer og drifter kommunenes IKT systemer. De drifter 60 ulike applikasjoner og har ca. 3000 kommunale arbeidsstasjoner og ca. 6000 elever i IKT-nettverket. Det er varslet endringer i organiseringen av IØD i løpet av 2017. IKT –driftssituasjon for Helsehuset er ikke fullt ut avklart pr. desember 2016. I utkast til nye avtaler for dataleveranse, er åpen plattform med mulighet for tilkobling av enhver kjent teknologisk løsning, en forutsetning for at man skal få kontrakt på plattformleveranse.



Ved økt samhandling og bruk av ny teknologi ved Helsehuset IØMK IKS er det viktig at fagsystemer for journaler kan kommunisere med hverandre og andre aktuelle applikasjoner. Dette krever at fagsystemene må være basert på kjente standarder og åpne grensesnitt. Noe som betyr at alle PLO-leverandører (leverandører av elektronisk pleie og omsorgsmeldinger) må takke ja til samarbeid ved eksempelvis innføring av en bestemt applikasjon, og at det ikke skapes begrensninger ved at kun deres egne systemer kan benyttes.

I tillegg må eierkommunene og Helsehuset IØMK IKS ha datakapasitet for å kunne gjennomføre videokonferanse, dette i tillegg til nødvendig utstyr. Bredbånd/internett må være stabilt og det må være utviklet gode beredskapsplaner for eventuell nedetid. I dagens avtale med Indre Østfold Data IKS ligger planlagt nedetid annenhver onsdag 11 måneder i året. Avtalen indikerer at nedetiden kan være fra 16.00 til 06.00 neste dag, og det må derfor planlegges for nedetid til tross for at tidsperioden i praksis er kortere. Denne avtalen må endres eller at det planlegges en reserveløsning, hvis man eksempelvis skal drifte 24-timers velferdsteknologi via disse kanalene.

Velferdsteknologiske løsninger krever ikke et responscenter, men de krever respons. Utstyres en pasient med et elektronisk verktøy som skal understøtte en rehabiliteringsprosess, må det foreligge en plan for bruken av verktøyet. Hvorfor benyttes det, hvor skal dataene sluttbehandles, hvem skal behandle innkomne data og skal innkomne data behandles døgntkontinuerlig? Hvis det er døgntkontinuerlig behandling av data; må det være et døgnbemannet responscenter. Dette trenger ikke være en sentralisert enhet. Det krever store ressurser å drifte mottakssystem for varslinger og 24-timers oppsøkende responstjeneste. Helsedirektoratet (2012) beskriver at en satsing på velferdsteknologi må sørge for robust driftssikkerhet, for at man eksempelvis kan gi en 24/7 oppe tid. Det er sannsynlig at dette vil være utfordrende for små kommuner. For at man skal kunne yte kostnadseffektive og kvalitetsmessige gode tjenester, vil det være et godt alternativ med et interkommunalt samarbeid for å yte disse tjenestene.

Samhandling

Det er ulike samarbeidsarenaer mellom eierkommunene, i tillegg til at IØD er et interkommunalt selskap. Marker er den eneste kommunen som ikke er medeier i IØD IKS.

Det er etablert et nettverk for systemansvarlige for Gerica. Dette samarbeidet er mellom de tre kommunene som benytter Gerica. Møter i dette nettverket gjennomføres annenhver måned, og da ca. 6 ganger i året.

Alle kommunene kan samhandle elektronisk med hverandre, med legevakt og med døgnetenheten. I tillegg er det et nasjonalt prosjekt til og med 2016, som fokuserer på koordinering omkring PLO-meldinger (elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger). Alle kommuner i Østfold deltar. Meldingskoordinator i Østfold, Mona Carlsen i Halden, koordinerer dette i Østfold. Møter gjennomføres ca. 4 ganger i året.

I tillegg har IKT samhandlingskontakter fra alle Østfoldkommuner møter ca. 4 ganger i året. Disse møtene arrangeres og koordineres av Sykehuset Østfold.

Dagens IKT løsninger ved Helsehuset IØMK IKS

Det oppleves at vi har en daglig stabil datatilgang ved Helsehuset IØMK IKS. Våre fagsystemer er stort sett stabile. Nasjonalt er det ennå ikke utviklet meldingstyper som ivaretar «halvannenlinjetjenesten» som døgnetenheten representerer. Dette betyr eksempelvis at døgnetenheten ikke kan sende en elektronisk innleggelsesrapport til sykehuset, men må skrive ut denne og sende den manuelt.

En utfordring for Helsehuset IØMK IKS er at det er for lite tid til systematisk opplæring, samt noen faglige utfordringer i forhold til hvem som skal løse hvilke oppgaver.

Velferdsteknologi i eierkommunene i dag

Kartleggingsundersøkelsen som ble gjennomført i juni i alle eierkommunene, inkluderte også noen spørsmål vedrørende velferdsteknologi. Her ble det blant annet stilt spørsmål om hvilke typer velferdsteknologi som blir benyttet i eierkommunene.

Velferdsteknologi i kommunene i dag er hovedsakelig teknologi med fokus på å skape trygghet i eget hjem. Det blir nevnt trygghetsalarm, fallalarm, komfyrvakt, døralarm og digital kalender. Dette er alle teknologier som kan defineres som trygghetsskapende teknologier. Denne type teknologier skal muliggjøre at mennesker kan føle trygghet og bo lengre hjemme. I tillegg inngår også løsninger som gir mulighet for sosial deltakelse og å motvirke ensomhet (Helsedirektoratet, 2015). Den siste gruppen ser ikke ut til å ha blitt implementert i kommunene i dag.

I kartleggingsundersøkelsen spurte vi også hvem i kommunen som er ansvarlig for velferdsteknologi. De fleste oppgir at ansvarlig for velferdsteknologi er ergoterapeut, og et mindretall oppgir vedkommende som er ansvarlig for fagsystemer og IKT innen helse- og omsorgstjenester. Det var også noen andre variabler som fysioterapeut, vaktmester og hjemmetjenesten.

Det er sannsynlig at det vil bli et økt fokus på velferdsteknologi fremover. For at man skal kunne gi økt kvalitet for brukere, pårørende og ansatte ved innføring av velferdsteknologi er det sannsynlig at man må ha tydelige ansvarsroller i kommunen. Dette vil være med på å skape et helhetlig tjenestetilbud til innbyggerne.

I tillegg spurte vi hva helsepersonell i kommunene kunne ønske å ha av velferdsteknologi. Her varierte svarene stort. Det ble beskrevet trygghetsteknologi som varsling- og lokaliseringsteknologi (GPS) for personer med demens, fallalarmer og elektronisk medisineringsstøtte. I tillegg ble smarthusteknologi nevnt. Dette er en samlebetegnelse på ulike løsninger innen trygghetsteknologi som omfatter ulike styringssystemer for blant annet lys, varme, ventilasjon og diverse alarmer i boligen. Det ble også nevnt mestringsteknologi, noe som kan være med å bidra til økt mestring av egen helse og sykdom (Helsedirektoratet, 2015). Dette kan eksempelvis være helsesjekk/ avstandsoppfølging av personer med ulike kroniske sykdommer. I tillegg etterlyses det systemer som kan øke samhandling og kommunikasjonsflyt mellom fysioterapeut, ergoterapeut og bruker i eget hjem. Dette kan være aktuelt etter et rehabiliteringsopphold hvor det er behov for oppfølging av bruker i eget hjem.

I forhold til hva våre eierkommuner planlegger av fremtidige velferdsteknologi, har vi fått følgende svar:

Skiptvet: De ønsker å planlegge for fallalarm og døralarmer.

Hobøl: Ingen opplysninger om planlagt velferdsteknologi mottatt.

Eidsberg: Ønsker å se på teknologi inn mot rehabilitering, ellers vurderer de muligheter for kliniske målinger som spirometer, termometer, vekt, pulsoksymeter, blodsukker, blodtrykk og puls. Medisindispensere som kan varsle, utlevere og evt. sperre medisinnuttak hvis tidsmargin overstiges er også på listen av mulig fremtidig teknologi sammen med mobil trygghetsalarm.

Marker: Ingen planlagte velferdsteknologiske tiltak

Askim: Ved Løkenenga; det nye bofellesskapet for personer med demens som skal bygges, er det planlagt løsninger som faller inn under begrepet «smarthus-teknologi». Åpen omsorg vurderer e-lås og medisindispensere som velferdsteknologiske løsninger fremover.

Trøgstad: Ingen planlagte velferdsteknologiske tiltak

Spydeberg: Planlegger å gå over til digitale trygghetsalarmer i løpet av 2017. Har to prosjekter på gang; «Trygg i eget hjem»: Trygghetspakker, for eksempel fallsensorer og døralarmer, rettet mot hjemme- og sykehjemsbeboere. «Trygg på jobb»: Mulighet for ansatte å tilkalle hjelp raskt i ulike situasjoner.



2.4.5 Utprøving av teknologi for småskallatesting

Prosjektgruppen har vært på Sunnaas sykehus og besøkt VR-lab. Her fikk vi informasjon og tid til å teste ut Armeo Spring(arm- og håndtrening med eksoskeleton / robot) samt noen kommersielle dataspill. Dette skapte en forståelse for hvordan ulike spillteknologi blir benyttet som del av rehabiliteringen på Sunnaas sykehus.

Ansvar for småskallatesting har blitt lagt til prosjektledelsen og det er opprettet en egen arbeidsgruppe for småskallatesting. Det er inngått en avtale med Imatis, som vil være teknologileverandør for småskallatesten. Imatis AS er leverandør av systemet IMATIS Visi. Imatis er leverandør av teknologi for klinisk arbeidsflyt, logistikk og integreringsteknologi for helse- og omsorgssektoren. De fokuserer på å bidra til helhetlige og integrerte helseløsninger gjennom å koble mennesker, informasjon, prosesser og system i organisasjonen (Sintef,2016) Imatis sin samhandlingsløsning for Helsehuset i småskallatesten vil være som følger:

Digital registrering: Personens status og tiltak registreres digitalt og deles i sanntid. Dvs at alle i rehabiliteringsteamet deler samme informasjon om pasienten. Dette vil styrke informasjonskvalitet og pasientsikkerhet.

Nettbrett: Rehabiliteringsteamet gjennomfører vurderingstester og oppdaterer informasjon direkte ute hos personen på nettbrett, sammen med personen.

Sjekklistor: Digitale sjekklistor og vurderingstester kvalitetssikrer pasientoppfølgingen og reduserer risiko for feil.

På denne måten testes det ut et verktøy for samhandling. All informasjon i Imatis skjermbilder er valgt ut fra teammedlemmenes egne behov for arbeidsstøtte og støtter teamets valgte arbeidsprosesser. Ulike filtre sorterer informasjonen og gir ønsket oversikt for hver enkelt. Teamet kan selv endre på visningene (legge til eller fjerne informasjon).

Arbeidsgruppen for småskallatesten har vært i tett kontakt med Imatis i forhold til å utarbeide og utprøve teknologi inn mot småskallatesten. Derfor har arbeidsgruppe 3 ikke vært direkte involvert i utprøving av teknologi i forkant av småskallatesten.

Det ble vurdert å gjennomføre en leverandørdag hvor brukere og helsepersonell kunne teste ut ulike teknologi som er relevant i et rehabiliteringsforløp. Dette ble det ikke mulighet til innenfor tidsrammen for prosjektet i 2016. Dette tas med som en viktig aktivitet å videreføre til 2017.

Idébank for relevant teknologi

For å besvare arbeidsoppgave 3 har vi valgt å innhente informasjon om ulike produkter som kan være relevante i arbeidsprosesser eller pasientbehandling i et rehabiliteringsforløp. Dette arbeidet har resultert i en idébank. Denne idébanken er ikke uttømmende, og vil være i endring da nye produkter og prosjekter er i stadig utvikling.

Inklusjonskriterier

Følgende inklusjonskriterier er lagt til grunn ved inklusjon av ulike teknologi i idébanken:

Teknologien understøtter pasientbehandling og/eller arbeidsprosesser i et rehabiliteringsforløp.

Teknologien er relevant for kommune og interkommunalt nivå.

Teknologien styrker samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Teknologien er beskrevet som et teknologisk produkt eller et prosjekt som beskriver aktuell teknologi for et rehabiliteringsforløp.

Teknologien må være basert på kjente standarder og åpne grensesnitt.

Beskrivelse av idébanken

Basert på inklusjonskriteriene fikk samtlige medlemmer i gruppe 3 samt prosjektledelsen invitasjon til å være med å vurdere produkter og prosjekter. Seks av elleve gjennomførte vurderingen.

Det ble gitt en vurdering for hvert enkelt produkt eller prosjekt fra 1 = lite relevant til 5 = svært relevant, basert på inklusjonskriteriene. Basert på gjennomsnitt ble deretter produkter og prosjekter kategorisert i fire ulike kategorier. Kategori grønn, med snittvurdering fra 3,8 til 4,1. Kategori gul, med

snittvurdering fra 3,4 til 3,7, og kategori rød med snittvurdering fra 2,5 til 3,3. Den siste kategorien ble ekskludert fra idebanken, basert på snittvurdering under 2,5.

Idebanken ligger i sin helhet til slutt i denne rapporten.

Videre har det i dialog med Oslo Medtech blitt vurdert å sende ut informasjon om prosjektet samt invitasjon til nordiske samarbeidspartnere om innspill til en nordisk idébank med teknologi som samsvarer med de inklusjonskriterier som er beskrevet tidligere. Vi avventer tilbakemelding fra Oslo Medtech vedrørende dette.

Oppsummering av resultat

Det er hovedsakelig tre kategorier av produkter og prosjekter som har utpekt seg med høy vurdering i idébanken:

Den første kategorien er kommersielle dataspill og andre systemer som kombinerer opptrening med dataspill.

Den andre kategorien er prosjekter med fokus på telerehabilitering og oppfølging/monitorering av pasienter over avstand med nettbrett.

Den siste kategorien er systemer for sikker og effektiv informasjonsdeling mellom ulike aktører i rehabiliteringsprosessen.

Kategorien kommersielle dataspill er brukt i rehabilitering blant annet ved VR lab på Sunnaas sykehus. Eksempler på kommersielle dataspill er Nintendo Wii, Xbox Kinect og Xbox one. Det finnes også andre eksempler hvor man benytter spillteknologi i rehabilitering. Eksempler på dette er Jintronix, Armeo Spring, Tyromotion, Virtus yougrabber og Touch and Play. Ønsker også her å nevne Motitech, hvor man eksempelvis kan knytte ergometersykkelen til en skjerm og få opplevelsen av å sykle i eget lokalmiljø.

Telerehabilitering og oppfølging over nettbrett er den andre kategorien som utpekte seg i arbeidet med idébanken. Her finner vi eksempler på prosjekter som blant annet HelsaMi hvor man har utviklet oppfølging over avstand for hjemmeboende personer med kroniske sykdommer. Her muliggjør man gjennom bruk av nettbrett og smarttelefoner oppfølging av sykdom og forebygging av forverring av helsetilstand, sosial kontakt og opplæring. Flinders University i Australia har utarbeidet retningslinjer og prosedyrer for telerehabilitering. Denne telerehabiliteringen ble primært gjennomført over nettbrett og med veiledning av fysioterapeut.

Den siste kategorien er systemer for sikker og effektiv informasjonsdeling mellom ulike aktører i rehabiliteringsprosessen. Dette inkluderer også pasienten. Her har vi eksempelvis Imatis Visi, som understøtter ressursutnyttelse, prosesser og samarbeid i pasientforløpet. I tillegg har vi også inkludert kommunikasjon med pasient ved hjelp av sikker epost. Dette muliggjør å dele bilder og treningsprogrammer over epost.

Det finnes en rekke ulike kategorier innen rehabiliteringsteknologi, og vi har ovenfor beskrevet noen av de produktene og prosjektene som fikk høyest vurderingen i idébanken. Viser til idébanken for utfyllende informasjon.

Det er viktig å merke seg at dette fagområdet er i stadig utvikling, og det vil i løpet av kort tid komme mange nye produkter på markedet. Denne idébanken ble ferdigstilt i juli 2016, og har ikke blitt oppdatert etter dette. En oppdatering og evt. videreutvikling av idebanken overføres til arbeidet i 2017.

Idebanken med dens innhold var et av temaene på et innspillseminar/ dialogmøte med representanter fra brukerorganisasjoner som ble arrangert i Oslo, av Sunnaas sykehus, 14.12.16. Følgende innspill kom: Teknologi kan være til hjelp i overganger fra spesialisthelsetjenesten og hjem. Fokuserer på om det finns spill som trener spesifikt på kognisjon. Det er viktig med tett



oppfølging av fagpersoner ved bruk av teknologi. Legge inn i idebanken hvilke spill som trener hva. Teknologien skal ikke stå alene, alltid som en del av en oppfølging. Ingen andre innspill på utforming og kategorisering i idebank. De var positive til utformingen av idebanken. Disse innspillene tas med i prosjektarbeidet for 2017.

2.4.6 Anbefaling av teknologi i forløp 2017-2020

Arbeidsgruppen har underveis i prosessen lagt vekt på at teknologi skal innføres for å understøtte pasientbehandling og arbeidsprosesser. Det er derfor viktig at den teknologi som blir innført ikke er for teknologiens skyld, men fordi det er et reelt behov, og fordi det vil gi et bedre rehabiliteringsforløp for den enkelte.

Når det gjelder anbefaling av teknologi er det viktig at man ikke fokuserer på bestemte leverandører, men at man ser på ulike konsepter innen teknologi.

Identifiserte utfordringer

Gjennom prosjektarbeidet har det utpekt seg noen utfordringer i forhold til arbeidsprosesser og pasientbehandling. Vi ønsker å se nærmere på utfordringene i lys av teknologi, og med bakgrunn i dette kunne gi en anbefaling på hvordan teknologi kan bidra til et bedre rehabiliteringsforløp. Det er viktig at man ikke tenker at teknologi er det eneste svaret for å løse utfordringen, men at teknologi er et av flere tiltak som blir satt inn for å løse utfordringene. Dermed vil teknologien bidra til å understøtte arbeidsprosesser og pasientbehandling, slik at tjenestene vi tilbyr får bedre kvalitet og blir mer effektive.

Utfordringene som er skissert er eksempler på noe av det prosjektet har møtt på i arbeidet, og hvor vi antar at gode løsninger vil gi en positiv ringvirkning for de som gjennomgår et rehabiliteringsforløp.

Hvordan sikre at dokumenter er tilgjengelig for de som trenger det til riktig tid?

Hvordan sørge for en tidlig og god rehabiliteringsvurdering?

Hvordan sikre at pasienten får rehabilitering til rett tid?

Hvordan skape en god overgang fra rehabiliteringsinstitusjon og til hjemmet?

Hvordan følge opp pasienter i hjemmet?

Hvordan skape motivasjon for trening som del av rehabilitering?

Med bakgrunn i disse utfordringene ønsker vi å trekke inn funnene fra arbeidet med idébanken. Dette vil være med på å gi en anbefaling for hvilken teknologi som kan bidra til å skape gode løsninger for de ulike utfordringene.

Utfordringer og idébanken

Dokumentflyt og informasjonsdeling er en viktig faktor i rehabiliteringsforløpet. Det er sannsynlig å anta at man taper mye tid ved dårlig samhandling. Anbefalt i idébanken er løsninger som skaper økte muligheter for samhandling, da eksempelvis mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Dette vil kunne bidra til bedre dokumentflyt, slik at informasjon er tilgjengelig til riktig tid. Kanskje dette kan være med å bidra til at rehabilitering blir iverksatt til rett tid.

Hvordan kan teknologi bidra til en tidlig og god rehabiliteringsvurdering? Denne utfordringen kan ses i sammenheng med småskalatestingen, hvor man testet ut en tidlig rehabiliteringsvurdering av eldre med funksjonsfall. Vurderingen ble gjort i pasientens eget hjem. Det tverrfaglige teamet, arbeidsgruppen i småskalatesten og Imatis utviklet gjennom workshop en verktøykasse som inneholdt standardiserte tester og innhenting av informasjon for å vurdere rehabiliteringsbehov. Hver av de tre fagpersonene fikk sitt eget nettbrett som inneholdt denne digitale verktøykassen; de hadde med seg brettet ut til pasient. Småskalatesten var godkjent av NSD (Norsk senter for forskningsdata

AS). Evalueringen av erfaringene som ble gjort i småskالاتesten er samlet i et eget dokument fra småskالاتesten. Hovedkonklusjonen er at teknologien gjør det mulig med samhandling i sann tid mellom fagpersonene, det er til hjelp for å systematisere testingen, fagfolkene er positive og ser det som et godt hjelpemiddel, de ønsker at det kan snakke med etablerte journalprogram for å bli mer effektivt og de synes det underletter arbeidsprosessen. De ønsker å koble på sykehus og fastlege. De skisserer også mulighetene til at nettbrettet er hos pasienten og at de kan logge seg inn på det de skal registrere. De var positivt overrasket over at det ikke var noe stor motstand fra personene de vurderte i forhold til at de benyttet nettbrett. Personene som gjennomgikk en vurdering var positive til bruk av teknologi og syntes det var naturlig og spennende. På sikt er det ønskelig at funnene vil komme direkte inn i journalsystemet, slik at man sparer tid på å skrive journal.

At de som trenger rehabilitering ikke får tilbud til rett tid er en kompleks utfordring, som trolig vil løses med en bred tilnærming. Hvis vi likevel skal forsøke å se hvordan teknologi kan være med å løse denne utfordringen bør vi igjen se til økt samhandling som beskrevet tidligere. I tillegg til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, ønsker vi å presisere viktigheten av å inkludere fastlegen i samhandlingen. Gjennom kartleggingsundersøkelsen kommer det frem at fastlegen er en av de viktigste brikkene for at rehabilitering blir iverksatt. Teknologien som understøtter samhandling må her også sørge for at fastlegen er inkludert, slik at fastlegen har mulighet til å bidra tidlig inn i prosessen. Det er også sannsynlig at et behov for rehabilitering kan oppstå uten at pasienten har vært innlagt på sykehus eller helsehus. Hvis dette er pasienter som allerede har tilbud om en tettere oppfølging ved hjelp av helsemonitorering og oppfølging over nettbrett i eget hjem, vil man forhåpentligvis kunne avdekke behov for rehabilitering på et tidlig tidspunkt.

Denne formen for teknologi kan også benyttes ved overgang fra rehabiliteringsinstitusjon og til hjemmet. Dette kan gjøres ved telerehabilitering/ videokonferanse over nettbrett eller PC, hvor pasienten eksempelvis kan få fysioterapiveiledning over nett. Telerehabilitering kan også gjennomføres som gruppetrening. Denne type oppfølging kan gjøres også av andre faggrupper, eksempelvis oppfølging og kursing av sykepleier i forhold til å mestre egen sykdom. Dette kan være som en-til-en samtale eller undervisning i gruppe. I tillegg finnes det teknologiske løsninger hvor man kan monitorere pasientens utførelse av trening i eget hjem. Dette skaper grunnlag for videre veiledning og dialog med eksempelvis fysioterapeut eller ergoterapeut. Denne type teknologi vil kunne være med å skape en god overgang fra rehabiliteringsinstitusjon og til eget hjem. I tillegg kan dette være et godt verktøy for oppfølging av pasienter som ønsker et rehabiliteringstilbud i eget hjem. Dette er en løsning som kan kombineres med oppfølging av et ambulant rehabiliteringsteam.

Den siste utfordringen som er skissert er hvordan man kan skape og opprettholde en god motivasjon for gjennomføring av trening og øvelser. Hvordan man blir motivert vil variere fra person til person. Vi var på besøk på Sunnaas sykehus og fikk informasjon om ulike spillteknologi som blir benyttet på VR-laben. Det ble beskrevet en økt motivasjon for å gjennomføre repetitive øvelser ved hjelp av spillteknologi. Dette skaper engasjement og vekker konkurranseinstinkt til rehabiliteringspasienten. Det vi anbefaler er at man benytter ulike spillteknologi for å understøtte pasientbehandling og skape motivasjon.

Opplæring

Vi ønsker å presisere viktigheten av opplæring for at man skal kunne dra nytte av teknologi. Vi anbefaler at man ved innføring og bruk av teknologi, alltid lager en opplæringsplan. Ved dårlig eller mangelfull opplæring vil det skape misnøye, demotivasjon og usikkerhet hos brukerne. Når teknologien fungerer kan man redusere stress og angst, men når teknologien ikke fungerer vil det gi motsatt effekt og skape mer stress og angst (Ørjasæter og Misvær, 2015). Opplæring til helsepersonell, pårørende og pasienter må gis, da dette kan redusere negative opplevelser ved bruk av teknologi. Når teknologien ikke fungerer kan dette redusere graden av tillit til produktet (Ørjasæter og Misvær, 2015). Det påpekes spesielt at holdning hos ansatte er viktig ved innføring av teknologi, da de vil være nøkkelaktører i innføring og ambassadører for teknologien (Ørjasæter og



Misvær, 2015). Det er sannsynlig å tro at en god opplæring vil være med å skape gode holdninger hos ansatte, noe som igjen vil kunne ha en positiv innvirkning på innføringen av ny teknologi.

«Brukerens første møte med velferdsteknologien og tjenesten rundt, er avgjørende for hvordan de i senere tid oppfatter teknologien. Dette førsteinntrykket påvirker hvilken rolle teknologien spiller i deres liv, og hvilken effekt den får. (...) Kommunens prosedyrer for oppfølging og utviklingen av rammeverket rundt teknologi er derfor viktig. Det er avgjørende at kommunen kontinuerlig utvikler og tilpasser tjenesten rundt brukerens behov.» (Ørjasæter og Misvær, 2016, s 28).

I gjennomføringen av småskalatesten, ble det gitt opplæring til fagpersonene i forkant av testperioden. I evalueringen kom det frem at det var varierende hvor sikre de var på teknologien, og at det er viktig at de mestrer teknologien godt, ellers blir det ikke den hjelpen og de får ikke den gevinsten som de ønsker. Opplæringen må derfor tilpasses hver enkelt bruker slik at den er trygg i møte med pasientene.

Ansvarlig for rehabiliteringsteknologi

Det er sannsynlig at man vil fokusere på rehabiliteringsteknologi ved opprettelse av en rehabiliteringsenhet og et ambulant rehabiliteringsteam ved Helsehuset IØMK IKS. Derfor anbefales det at man ansetter en person som er ansvarlig for teknologi. Dette vil være avgjørende for at man lykkes med innføring av rehabiliteringsteknologi, da det er komplekst og krevende å sørge for en god oppstart og drift av ny teknologi. Det er viktig at rutiner og opplæring settes i system.

Visningsrom

Det anbefales at man ved eventuell oppstart av et Nasjonalt kompetansesenter for rehabilitering også vurderer å opprette et visningsrom for rehabiliteringsteknologi. Det finnes flere demonstrasjonsleiligheter for velferdsteknologi, men det er ikke noe tilsvarende for rehabiliteringsteknologi. Hvis dette visningsrommet opprettes vil det være en nasjonal ressurs.

Oppsummert kan det derfor beskrives hvordan aktuell teknologi kan muliggjøres i et forløp 2017-2020 på følgende måte:

Utfordring	Anbefalinger teknologi
Dokumentflyt og informasjonssdeling	Samhandlingsløsninger spesialisthelsetjeneste – kommune. Systemer for ressursutnyttelse og prosesser ansatte Eks Imatis Visi Kommunikasjonsløsninger direkte med pasient (eks sikker e-post) med blant annet deling av treningsprogram, bilder etc.
Tidlig og god rehabiliterings-vurdering – i pasientens eget hjem	Nettbrett med ulike typer tester – på sikt direkte inn i journal Verktøy for tverrfaglig samarbeid og samhandling mellom ulike aktører eks interaktiv målplan, individuell plan ved behov, samvalgsverktøy. Videokonferanse med andre aktører ved behov.
Rehabiliteringstilbud til rett tid	Samhandlingsløsninger, spesielt som inkluderer fastlegene. Nettbrett med helsemonitorering og oppfølging, videokonferanse.
Overgang institusjon –hjem. Oppfølging i hjemmet.	Telerehabilitering over nettbrett eller pc, for eksempel videokonferanse til fysioterapi / gruppetrening / mestring / undervisning, sykepleieoppfølging
Motivasjon for trening	Spillteknologi for trening / øvelser

Anbefalingene her er knyttet til hvordan teknologien kan bidra til å løse eller forbedre konkrete utfordringer. I dette arbeidet er det trukket inn funn fra idebanken.

2.4.7 Samarbeidspartnere og mulige steder til inspirasjon

Sunnaas sykehus er en relevant samarbeidspartner inn i arbeidet med rehabiliteringsteknologi.

Imatis er planlagt inn som teknologipartner for flere prosjekter ved Helsehuset IØMK IKS. De vil som del av prosjektet ivareta teknologidelen, spesielt i forhold til småskålatestingen.

Oslo Medtech vil være en mulig samarbeidspartner i forhold til en eventuell nordisk idébank innen rehabiliteringsteknologi.

Nedenfor listes det flere aktuelle steder hvor man kan få nye ideer og inspirasjon, spesielt i forhold til helseteknologi.

Vitensenteret for helse og teknologi ved Papirbredden, Drammen. <http://vitensenteret.hbv.no/>

Innovatoriet, Høgskolen i Sørøst-Norge. <http://innovatoriet.hbv.no/>

Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, Tromsø.

<http://helsekompetanse.no/organisasjon/nst>

Senter for ehelse og omsorgsteknologi, Universitetet i Agder. <http://www.uia.no/senter-og-nettverk/senter-for-ehelse-og-omsorgsteknologi>

Almas hus, utstillingsleilighet for velferdsteknologi ved Aker sykehus, Oslo. <https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/etater-og-foretak/sykehjemsetaten/senter-for-fagutvikling-og-forskning/almas-hus/>

Visningsleilighet for velferds- og smarthusteknologi i Fredrikstad. https://www.fredrikstad.kommune.no/Documents/Prosjekter/Innovativ_helse_og_velferdsteknologi/eSenior-visningsleilighet-for-velferd-og-smarthusteknologi-i-Fredrikstad.pdf



3.4.8 Idébanken

Produkt eller prosjekt	Beskrivelse	Teknologi	Link	Vurdering
Vurdering 3,8 til 4,1				
Kommersielle data-spill	Nintendo Wii: Wii fit: balanse, ut- holdenhet, spenst, tyngdeoverføring, tempo, reaksjon Wii sports: hånd og armfunksjon, ståtreening, reak- sjon Mariokart: hånd og armfunksjon, reaksjon.	Dataspill	http://www.nintendo.com/wiiu	4,1
HelsaMi	Utvikling av helse og omsorgstje- neste og ny tek- nologi for hjem- meboende med kroniske sykdom- mer.	Nettbrett, smartte- lefoner og Imatis plattform	http://www.sintef.no/prosjekter/helsami-utvikling-av-helse-og-omsorgstjeneste-og-n/ og https://www.youtube.com/watch?v=4LV3t-hyxNUU	4,1
Tele-rehabilitation in the home – Flinders University, Australia	Rehabilitering gjennomført med hjelp av ipad og internett for veiledning av fysioterapeut over distanse.	Ipad, internett, videokonferanse	https://www.youtube.com/watch?v=h4E-bzgcPO1M and http://www.flinders.edu.au/mnhs/telehealth/telerehabilitation/toolkit.cfm	4
Touch and Play	Smartskjerm med dataspill og andre aktiviteter for motorisk og kognitiv trening.	Dataspill	http://www.applikator.dk/dansk/platforme/touch-play.aspx	4,0
Imatis Visi	System som understøtter ressursutnyttelse, prosesser og samarbeid i pasientforløpet.	Skjermer, sikker overføring, internett etc.	http://www.imatis.com/imatis/visi.html	3,9
Telemedisinsk rehabilitering av pasienter med alvorlig KOLS, Odense Universitets-hospital og Medisat	Prosjekt for oppfølging av KOLS pasienter ved bruk av videokonferanseutstyr.	Videokonferanseutstyr og relevante medisinske apparater som del av behandlingsmonitorering	http://www.ouh.dk/wm396691 og http://www.patientsathome.dk/projekter/telemedicinsk-rehabilitering-af-patienter-med-svaer-kol.aspx og https://vimeo.com/125572874 og http://medisat.dk/	3,9

Kommersielle dataspill	Xbox Kinect - Benyttet til trening av motoriske og kognitive ferdigheter: Xbox 360: kinect sports 1 og 2: balanse, tyngdeoverføring, armfunksjon, ståtrening og utholdenhet. Kinect Adventures: balanse, armfunksjon, tempo, reaksjon, ståtrening, tyngdeoverføring og utholdenhet.	Dataspill	http://www.xbox.com/nb-NO/xbox-one/accessories/kinect-for-xbox-one#fbid=eQbqtywQyw og https://www.youtube.com/watch?v=5sv3nK-PeM9g&list=PL-74D65919E4AA90D6&index=4	3,9
Kommersielle dataspill	Xbox one: Kinect sport Rivals: hånd, arm, grepsfunksjon, balanse, tyngdeoverføring, reaksjon, utholdenhet.	Dataspill	http://www.xbox.com/nb-NO/xbox-one	3,9
iTrain: Langsiktig og helhetlig telerehabilitering av KOLS - pasienter	Rehabilitering av mennesker med kols ved instruksjon, veiledning og oppfølging via internett.	Kols telemedisintjeneste, tredemølle, pulsoksymeter, ipad	https://www.lhl.no/klinikkene/forskning-og-innovasjon/fou-prosjekter/aktive-prosjekter/itrain-langsiktig-og-helhetlig-telerehabilitering-av-kols-pasienter/	3,8
Telemedisin/ Sikker e-post med pasient (MinJournal)	Kan sende e-post vedlegg som for eksempel bilder, treningsprogram etc.	Løsninger for sikker epost	www.minjournal.no	3,8
Jintronix	Dataspill som kombinerer bevegelsessensorer og dataspill i terapi-sammenheng.	Dataspill, bevegelsessensorer	http://www.jintronix.com/	3,8
Vurdering 3,4 til 3,7				
It's Never 2 Late	Leverandør av ulike digitale løsninger for fysisk og mental trening.	Hardware, software, media og ulike treningskomponenter	https://www.youtube.com/watch?v=56WXDr-JcONs og http://in2l.com/	3,7



Integrert telemedisin og VR-treningsprosjekt (svensk)	Konseptet er brukerstyrt både for pasienter og fysioterapeuter og er kunnskapsbasert. Løsningen vil gjøre rehabilitering tilgjengelig for flere pasienter, uavhengig av hvor de bor og samtidig sørge for at flere pasienter kan bli behandlet av samme fysioterapeut.	Pasient: Skjerm, data, kinect sensor, høyttaler/ mikrofon, Fysioterapeut: data, webkamera, headset	https://www.sics.se/projects/strada-remote-interactive-stroke-rehabilitation og http://robotdalen.se/sv/projekt-interaktiv-stroke-rehabilitering-pa-distans	3,7
Motitech AS	Treningsapparat knyttet til skjerm. Sykehjem Bergen benyttet ergometersykel og skjerm som viste byens gater.	Treningsapparat, skjerm og film som viser aktuelt lokalmiljøet	www.motitech.no	3,6
The Rehabilitation Gaming System	Systemer utviklet for opptrening etter neurologiske hjerneskader.	Software for nevrorehabilitering	https://www.youtube.com/watch?v=eVngyL_6TUY og http://specs.upf.edu/research_in_neurorehabilitation	3,6
Mobil bevegelse	Mobil bevegelse er et brukerdrevet innovasjonsprosjekt knyttet til Sunnaas sykehus. Målsetningen er å utvikle et system som kan måle og kvantifisere kroppsbevegelser. Tanken er at systemet skal kunne benyttes i mange situasjoner og sammenhenger, både innenfor og utenfor institusjoner, også i hjemmet.	Sensorteknologi og mobilteknologi	http://www.sunnaas.no/fagfolk/innovasjon/Sider/mobil-bevegelse-sanalyse.aspx	3,6

VirtualRehab	VirtualRehab er et klinisk validert fysisk rehabiliteringssystem som benytter dataspill og tillater monitorering av progresjonen hos pasienter uavhengig av sted.	Dataspill, monitorering over distanse	http://www.virtualrehab.info/	3,6
Genoptræningsportal (dansk)	Programmet støtter og supplerer behandlingen gjennom tildeling av videoer med korrekt utførte treningsøvelser. Fysioterapeuten administrerer videoene til en pasients treningsforløp, og pasienten mottar derfor unik og målrettet trening. Gjennom tilbakemelding i programmet får fysioterapeutene adgang til status over deres pasients prosess, og kan derpå tilpasse forløpet til hver enkelt pasient.	Nettbasert treningsprogram med mulighet for monitorering	www.genoptraen.dk og http://subsites.odense.dk/subsites2/centerforvelfaerdsteknologi/topmenu/teknologier/genoptraendk	3,5
Tyromotion/ Tyrosolutions	Robot- og dataassistert terapi for øvre ekstremiteter. Individuelle tilpassinger i alle faser av rehabiliteringen.	Dataspill, sensorer, treningsapparater	http://tyromotion.com/en/imagevideo og http://tyromotion.com/en/products	3,5
Rehabiliteringsteknologi/ spill	Armeo Spring armtreningsrobot: Dataspill trening med vektavlastning for pasienter med nedsatt armfunksjon.	Dataspill	https://www.hocoma.com/world/en/products/armeo/armeospring/	3,4



Virtus Yougrabber	Dataspill som trening for slagpasienter eller andre med nedsatt håndfunksjon.	Dataspill	http://yourehab.com/our-products/yougrabber/	3,4
VIS – velferdsteknologi i sentrum	Fire bydeler i Oslo kommune. Sentralt står begrepet «hverdagsrehabilitering». Målet er at brukeren skal gjenvinne hverdagslige aktiviteter som personlig stell, matlaging, rengjøring osv. Brukere trenes i å mestre egen hverdag. Velferdsteknologiene inngår i «verktøykassa» av tiltak og løsninger som skal støtte opp under egenmestringen.	Elektronisk medisindispenser (Pilly), Mobil trygghetsalarm, Helsesjekk (tilpasset ulike behov).	http://116piso5x-8he66f41zkwjko7.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/09/VIS_kartlegging-av-effekt_DEL1_Intro_AHO_29april2015-5.pdf og https://helsedirektoratet.no/Documents/Velferdsteknologi/Velferdsteknologi%20i%20sentrum_delleveranse%202%20av%202.pdf	3,4
Smart strikk – Stretch Sense	Strikken kommuniserer med mobiltelefon, gir pasienten tilbakemelding på at øvelsene gjøres riktig og motiverer ved å telle ned antall repetisjoner.	Strikk med sensorer og mobiltelefon	http://www.helsestell.no/blog/2016/2/25/strikken-som-mler-om-du-gjr-velsen-riktig og http://stretchsense.com/	3,4
Biometrics E-Link	Hjelpemiddel for gradvis og funksjonell rehabilitering av over- og underekstremitet hos ulike pasienter i alle aldre.	PC, dataspill sensorer	http://www.akumed.no/produkter/fysio-og-ergoterapi/biometrics-e-link	3,4
SeeMee	PC basert trenings- og diagnostikksystem. Det forbedrer koordinasjon, balanse, muskelstyrke, bevegelighet, reaksjonstid, minne. Kan tilpasses etter individuelle behov.	Microsoft Kinect technology, PC, Kinect controller, ekstern skjerm,	http://www.virtual-reality-rehabilitation.com/products/seeme/what-is-seeme	3,4

Vurdering 2,5 til 3,3				
AssiStep	Sikker bruk og trening i trapp.	Hjelpemiddel som både kan brukes til trappetrening og installeres i brukers hjem.	http://assistep.no/	3,3
University of Ulster Stroke rehabilitation	Videoer som beskriver ulike data-spill for slagrehabilitering.	Dataspill (linker byttet om)	https://www.youtube.com/playlist?list=PL5D43B65346135661	3,3
Telemedisin/ videokonferanse	Samarbeidsmøter sykehus- kommune rundt utskrivelse / innleggelse, spesialistkonsultasjoner, tolk, hjelpemiddelformidling (NAV HMS), pasientopplæring.	Tradisjonelt videokonferanseutstyr med stor skjerm		3,3
Telemedisin/ videokonferanse	Distansetrening.	Utstyr for videokonferanse	http://videobevegelse.no/	3,3
Telemedisin/ videokonferanse	Oppfølging av pasienter og samhandling mellom aktører i rehabiliteringen på skjerm.	Utstyr til videokonferanse	http://telemed.no/index.php?cat=300168	3,2
Telemedisin/ videokonferanse	Hjemmeoppfølging av pasienter via pc-basert videokonferanse.	PC og program for videokonferanse	http://tidsskriftet.no/article/3399760 og http://www.telemed.no/spraaktrening-rett-hjem.5037873-247953.html og http://www.united4health.no/informasjon-for-fagfolk/informasjon-for-helsepersonell/	3,2
Nettbrett som velferdsteknologi i hverdagsrehabilitering	Prosjekt i Oslo kommune hvor nettbrett har blitt testet ut på blant annet informasjon, påminnelser, sosial kontakt og videokommunikasjon.	Nettbrett og apper	http://www.aldringoghelse.no/file/tidsskriftet/1-2015/nettbrett-som-velferdsteknologisk-verktoy.pdf	3,2



Treax pads	Innovativt treningsystem, kan eksempelvis brukes i rehabilitering etter hjerneskade eller for motorisk og kognitiv trening for barn. Kan trene balanse, koordinasjon og konsentrasjon.	Brikker med sensorer	http://www.iaid.dk/en/treax-pads	3,2
Rehabtronics	Teknologi for rehabilitering som består av primært tre deler som kan konfigureres mot hverandre: ReGrasp (håndfunksjon), ReTouch (dataspill med «touch» skjerm), ReJoyce (simulering av ulike ADL funksjoner hvor arm og hånd er sentralt).	Dataspill, «touch» skjerm, sensorer,	http://www.blog.rehabtronics.com/	3,2
Danmark, Århus	Kognitiv trening ved hjelp av en koreansk robot.	Robot og dataspill	http://www.aarhus.dk/sitecore/content/Subsites/Velfaerdsteknologi/Home/Styrk-hjernen.aspx?sc_lang=da	3,1
Neuroscience Research Australia	Wii-basert bevegelsesterapi.	Dataspill (linker byttet om)	http://www.youtube.com/watch?v=Sk53cBpZ_Ik	3,1
Timocco	Terapeutiske spill som motiverer barn til å utvikle ferdigheter innen motorikk, kognitive evner og kommunikasjon.	Dataspill	http://www.timocco.com/our-product/	3,1
Motorika	Robotteknologi som assistanse for å gjenoppta gangfunksjon.	Robot, tredemølle, dataspill, sensorer, biofeedback	http://motorika.com/about/ og http://motorika.com/	3,1

miWE	Software og joystick som gjør det mulig å trene på å kjøre elektrisk rullestol i et virtuelt miljø.	Dataspill	https://jneuroengrehab.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12984-016-0112-2	3,0
OSU Wexner Medical Center	Sensorteknologi fra smarttelefoner som benyttes for å registrere hvordan opptreningen fungerer.	Smarttelefon og sensor	http://www.youtube.com/watch?v=BR2HxrB2pN4	2,8
Telemedisin/ Videokonferanse	Medisinsk bruk: videokonferanse på smitterom og eventuelt eget klinisk videokonferanseutstyr.	Utstyr for videokonferanse	https://www.avizia.com/	2,7
SelfBACK og NTNU prosjekt	Utvikle et beslutningsstøttesystem som kombinerer teknologi og kunnskap om ryggsmerter for å kunne gi pasienter en bedre hverdag.	Armebånd og app til smarttelefon	http://gemini.no/2016/01/bedre-rygg-med-kroppsnær-teknologi/ og http://www.selfback.eu/	2,6
Trondheim, Velferdsteknologi for økt fysisk aktivitet – forebygging av sykdom og økt livskvalitet hos personer med KOLS	Prosjektet vil gjennomføres i et tverrfaglig samarbeid som kobler kunnskap og lungemedisin, fysisk aktivitet og produkt- og tjenesteinnovasjon. Overordnet å er å etablere kunnskap om hvordan velferdsteknologi og ny tjeneste kan stimulere personer med KOLS til fysisk aktivitet i hjemmet og nærmiljøet.	Teknologi ikke avklart	http://www.sintef.no/prosjekter/velferdsteknologi-for-okt-fysisk-aktivitet-forebyg/ og https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Z6WiTG-bL2BIJ:https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/download/%3FpubId%3DSINTEF%-2BA27009+&cd=3&hl=no&ct=clnk&gl=ch	2,5



2.4.9 Referanser

Linander, Hanne og Aspnes, Espen H. (2014). Forprosjekt. Hverdagsrehabilitering - Teknologistøtte.

Helsedirektoratet. (2012). *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030.* (IS-1990.)

Helsedirektoratet (2015). *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram.* IS-2416.

Brennan D, Tindall L, Theodoros D., Brown J., Campbell M., Christiana D. m fl (2010). *A blueprint for telerehabilitation guidelines. International Journal of Telerehabilitation.* 2(2), 31-34.

Van Dyk, L. (2014). A review of Telehealth Service Implementation Frameworks. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2014, 11(2), 1279-1298.

Rehabilitation Act of 1973, P.L 93-112. Identified on internet 13.06.2016:
<http://www2.ed.gov/policy/speced/reg/narrative.html>

Cook, A. M. og Polgar, J. M. (2012). *Essentials of Assistive Technologies.*

Sintef, (2016). Rapport. Samhandling og IKT- støtte for pleie-og omsorgstjenesten i Bærum kommune. Erfaringer med IMATIS Visi I Bærum kommune.

Ørjasæter, N. O og Misvær, K. (2015). VIS. Velferdsteknologi i Sentrum. Innføring av velferdsteknologi i sentrumsbydelene i Oslo. En kartlegging av effekten. Delleveranse 1 av 2 – april 2015.

Ørjasæter, N. O. og Misvær, K. (2016). VIS. Velferdsteknologi i Sentrum. Innføring av velferdsteknologi i sentrumsbydelene i Oslo. En kartlegging av effekten. Delleveranse 2 av 2. April 2016.

Støttelitteratur

<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/etiske-utfordringer-med-velferdsteknologi>

- etiske betraktninger over pro et cons med teknologien

<https://www.datatilsynet.no/Teknologi/innebygd-personvern/Sjekkliste-for-innebygd-personvern/> - noe vi absolutt skal ha med – og stille som et krav overfor leverandører

<http://www.husbanken.no/universell-utforming/velferdsteknologi/%20> – her er kommunens sponsorer – særlig i forhold til nybygg

<https://ehelse.no/personvern-og-informasjonssikkerhet/norm-for-informasjonssikkerhet> – samling av lover, forskrifter, rundskriv og regelverk omhandlende informasjonssikkerhet. Maler – eksempelvis databehandleravtale - ligger også her

<https://www.standard.no/fagomrader/helse-og-omsorg/velferdsteknologi-og-velferdstjenester/> - norsk standard for norske løsninger – men med EØS-pakkene innebygd og klar for utbredelse ut over landegrensene.



2.5

Gevinstrealisering



Innhold

- 2.5.1 Innledning
- 2.5.2 Gevinstrealisering i arbeid med rehabilitering
- 2.5.3 Effekter av rehabilitering
- 2.5.4 Innretning av tjenesten
- 2.5.5 Innsatsfaktorer i kommunal rehabilitering
- 2.5.6 Økonomiske gevinster i hele rehabiliteringsforløpet
- 2.5.7 Satsingsområder i prosjekt Innovativ rehabilitering
- 2.5.8 Prosjekttiltak og realisering av gevinster



2.5.1 Innledning

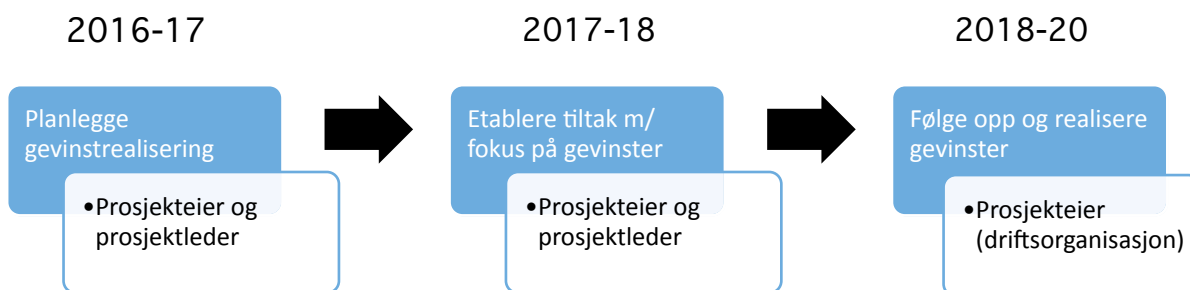
Prosjektet Innovativ rehabilitering i Indre Østfold er igangsatt for å utvikle og styrke det kommunale rehabiliteringsarbeidet i regionen. Prosjektet skal ha nasjonal overføringsverdi. Indre Østfold omfatter her 7 kommuner med til sammen 50 000 innbyggere. Kommunene er eiere av Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS, også kalt Helsehuset, som er oppdragstaker for prosjektet. Prosjektmidler er gitt direkte over statsbudsjettet for 2016 og 2017, der Helsedirektoratet har oppfølgingsansvar.

Det er en klar forventning til prosjektet at det skal utvikles effektive måter å organisere og drive rehabilitering på. Å vurdere effektivitet innen rehabilitering er en kompleks øvelse. Feltet er omfattende og det kan være vanskelig å sette fingeren på forskjellen på det som virker og det som ikke virker. Hvordan måler vi effekter? Hvilke resultater er vi ute etter og hva ser vi for oss å kunne oppnå? I en interkommunal sammenheng blir det også et spørsmål om man i praksis makter å realisere mulige gevinster.

Gevinstrealisering er et viktig tema i prosjektet. Dette er i tråd med anbefalingene fra Direktoratet for Økonomistyring (DFØ) som sier at «Gevinstrealisering bør utøves ved ethvert tiltak som innebærer en forandring.»¹ Prosjektet har i løpet av 2016 pekt på aktuelle tiltak og innsatsområder innen rehabilitering. Dokumentet som du nå holder i hendene er utviklet for å synliggjøre dette og understøtte eierne i arbeidet med å realisere sine mål.

2.5.2 Gevinstrealisering i arbeid med rehabilitering

Det er lagt til grunn at Prosjekt Innovativ Rehabilitering skal bidra i forberedelsene av gevinstrealiseringen. Gevinstrealisering kan defineres som «den prosessen der man planlegger, organiserer og henter ut forventede og eventuelle ikkeforventede gevinster av et prosjekt». På administrative møteplasser med eierne har prosjektet presentert en rekkefølge for denne prosessen²



For å hente ut gevinster kreves planlegging og analyser i forkant og systematisk oppfølging underveis og i etterkant av prosjektet. Det er viktig at eierne av prosjektet tar ansvar for gevinstrealiseringen. «Hovedregelen er at det er linjeorganisasjonen som har ansvar for å følge opp et prosjekt og realisere de forventede gevinstene.» I denne sammenhengen er det eierkommunene, som, i samarbeid med Helsehuset, må sikre at gevinster virkeliggjøres. Forankring og forpliktelse ligger som forutsetninger for gevinstrealiseringen.

¹ Veileder, Gevinstrealisering – planlegging for å hente ut gevinster av offentlige prosjekter, Direktoratet for Økonomistyring, 2014 (Dersom ikke annet er oppgitt er senere sitater hentet fra denne veilederen.)

² Illustrasjonen nedenfor er justert med hensyn til fremdriften i prosjektet

Suksessfaktorer for vellykket gevinstrealisering:

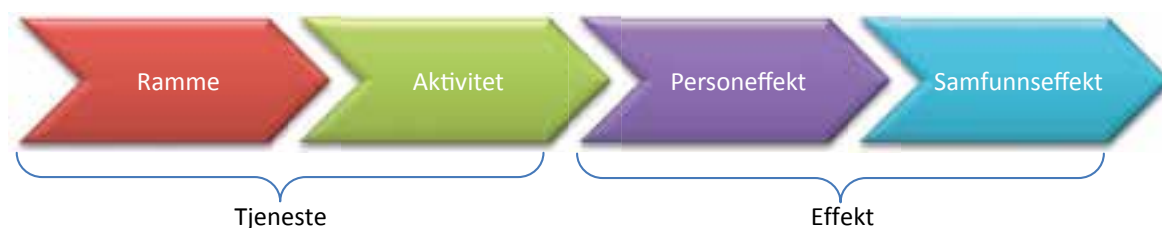
- «Prosjektet må forstå og jobbe mot gevinstmålene
- Tidlig identifisering av gevinster og forutsetningene som må oppfylles for at gevinstene skal bli realisert
- Eiere må bruke egne ressurser og tid til å realisere gevinstene³»

2.5.3 Effekter av rehabilitering

DFØ definerer en gevinst som «en effekt som blir sett på som positiv av minst én interessent.» Effekt kan forstås som «en forandring i tilstand hos brukerne eller i samfunnet som har oppstått som følge av virksomhetens tiltak⁴». Fra rehabiliteringsfeltet kan vi bruke et enkelt eksempel på dette: Trening er et tiltak som gir effekter som bedret styrke, utholdenhet eller bevegelighet.

I vårt arbeid er vi imidlertid også ute etter de gevinster som frigis på grunn av nye måter å innrette virksomheten på. Intensiv trening kan for eksempel føre til at man oppnår funksjonsforbedring på kortere tid. Dette kan medføre et kortere rehabiliteringsforløp. Kortere forløp på institusjon gir færre liggedøgn. Dersom omfanget av dette er stort nok, kan man gå ned på antall sengeplasser. Reduksjon av sengeplasser vil kunne medføre kutt i driftskostnader til lokaler og personale. Dette er gevinster som kommer i tillegg til bedret funksjonsevne for personen.

I figuren nedenfor har vi tegnet en enkel resultatkjede for kommunal rehabilitering, der gevinstrealisering kan drøftes for hvert ledd i kjeden:



- *Rammen* omfatter fasiliteter (institusjon døgn, institusjon dag eller hjemme) og bemanning (type profesjoner/kompetanse og antall).
- Aktiviteten vil kunne innrettes på mange måter. Den kan være strukturert eller variabel, individuell eller i gruppe, intens eller sporadisk, terapeutisk eller fokusert på ADL.
- Rammen og rehabiliteringsaktiviteten er innsatsfaktorene som utgjør produktet, altså tjenesten.
- Tjenesten har en effekt på personens funksjon og mestring (*personeffekt*), som er avgjørende for grad av selvstendighet og deltakelse, sosialt og i samfunnet.
- *Samfunnseffekten* har mange og omfattende aspekter. Personens selvhjelpenhet får direkte konsekvens for omfang av støttetiltak (hjemmesykepleie, hjelpemidler, etc.) og type boform (hjemme, omsorgsbolig, sykehjem). For dem som er i yrkesaktiv alder vil arbeidsevne være en sentral måleindikator. Sosial funksjon i familie og lokalsamfunnet vil ha betydning for langt flere enn personen selv.

³ Holthe, 2016

⁴ Resultatmåling. Mål- og resultatstyring i staten, Direktoratet for Økonomistyring, 2010



2.5.4 Innretning av tjenesten

Innretningen av rehabilitering er avgjørende for personeffekt og behov for kommunale støttetiltak. Som et eksempel på dette kan det vises til et forskningsarbeid⁵ fra Vestfold hvor det ble funnet store forskjeller i resultat mellom den rehabilitering som foregår ved korttidsavdelingen på sykehjem og rehabiliteringen ved et kommunalt rehabiliteringssenter.

I studiet ble Larvik kommunes rehabiliteringssenter vurdert mot ordinære korttidsavdelinger i nabokommune⁶. Pasientene i studiet var vurdert etter samme inklusjonskriterier: Personer fra 65 år med diagnoser som hjerneslag, artroser og lårhalsbrudd, samt kroniske sykdommer eller funksjonssvikt pga. langt sykehusopphold eller aldring. Rehabiliteringspotensial var en forutsetning.

Rehabiliteringen ved rehabiliteringssenteret ga pasienten markant høyere funksjon på betydelig kortere tid, og behovet for støttetjenester i etterkant ble betraktelig redusert. Personene som fikk intensiv rehabilitering på rehabiliteringssenteret hadde bedre funksjonsevne enn kontrollgruppen også i målinger tatt halvannet år etter avsluttet rehabiliteringsprosess.

Effekter

- Nesten doblet bedring i dagliglivets aktiviteter,
- på nesten halve rehabiliteringstiden (3,1 uker vs. 5,5 uker)
- Betydelig lavere behov for hjemmetjenester
- Større innsats fra pårørende - hjelp til like mye som hjemmetjenesten

Effekter etter 18 måneder

- Forskjell i dagliglivets funksjoner vedvarte
- Færre dager i korttidsplasser på sykehjem
- Andelen bosatt i omsorgsleilighet eller sykehjem stabil, mens doblet i kontrollgruppen
- 9,8% av pasientene > 80 år hadde permanent sykehjemsplass vs 15,6% i kontrollgruppen.

Blant suksesskriteriene angis det at rehabiliteringen i en egen enhet foregår i et stimulerende og støttende miljø, at rehabiliteringsprosessen er tverrfaglig og strukturert, der pasientene/personene får/bruker mer tid til daglig trening. Grunnbemanningen besto av samme fagpersoner (lege, fysioterapeut, ergoterapeut, pleiere), men det var en høyere tetthet av fysio- og ergoterapeuter ved senteret.

2.5.5 Innsatsfaktorer i kommunal rehabilitering

For å forstå sammenhengen mellom innsats og effekt i rehabilitering, er det nødvendig å få et overblikk over alle de elementer som kan utgjøre tjenesten. Rehabilitering er en tjeneste preget av mange definisjoner og ulik tilnærming. I denne sammenhengen drøftes den rehabilitering hvor helsepersonell er utførere eller deltakende i rehabiliteringen.

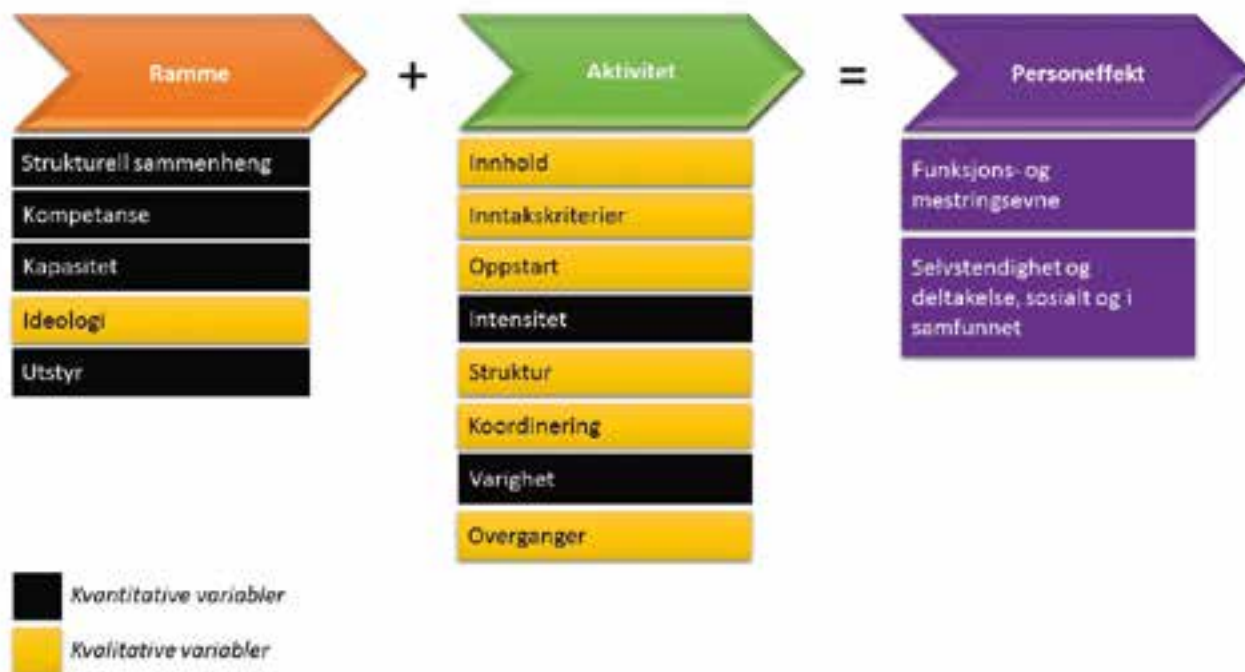
I resultatkjeden for rehabilitering er summen av rammer og aktiviteter med på å skape effekt for personen. Rehabiliteringsrammen forutsetter økonomisk innsats. Rehabiliteringsaktiviteten er avhengig av profesjonell innsats. Vi kaller derfor både rammer og aktiviteter for innsatsfaktorer. Rammen for rehabiliteringen kan f.eks. være institusjonsopphold, dagbehandling ved institusjon eller institutt, rehabilitering i eget hjem eller i nærmiljøet. Som en del av rammen er det satt sammen ulike kompetanse som betjener personen. Tilgang på ulike profesjoner, og deres kapasitet, ligger som forutsetninger for den aktiviteten som utføres. Rehabilitering kan også være avhengig av apparater og utstyr.

⁵ Outcome of primary health care rehabilitation of older disabled people in two different settings, Inger Johansen, 2013

⁶ Holmestrand, Hof, Re, Stokke, Andebu, Lardal. Utgjør ca 40 000 innbyggere, som er like mange innbyggere som i Larvik.

Rehabiliteringsaktiviteten kan være strukturert eller tilfeldig. Terapien kan rette seg spesifikt mot særskilte funksjoner og bevegelser, være oppgaveorientert eller dreie seg om motivasjon. Tidspunkt for igangsetting og intensiteten på rehabiliteringen er vesentlige for resultatet. Koordinering av forløpet, med styring av kompetanse og de ulike aktivitetene, er også en aktivitet som er av betydning for resultatet.

De ulike variablene for ramme og aktivitet, som er avgjørende for personeffekt, kan illustreres på denne måten:



Innsatsfaktorene er både av kvalitativ og kvantitativ art. Kapasitet, eller personaltetthet, er en typisk kvantitativ størrelse og er derfor tegnet svart i illustrasjonen. Ideologi – om tenkningen er preget av pleie eller rehabilitering – preger kvaliteten på tjenesten, og er markert med gult. Kompetanse er også et uttrykk for kvalitet, men fordi kompetansen har en prislapp er den inntegnet som svart. Ved et blick på denne illustrasjonen ser vi at tradisjonell rehabilitering er tuftet på en rekke innsatsfaktorer, der noen medfører en kostnad mens andre ikke er avhengig av økonomi.

Hvis vi går tilbake til forskningsarbeidet i Vestfold ble det sett flere ulikheter ved innretning av tilbudet. De største kvantitative forskjellene mellom behandling ved rehabiliteringssenteret og korttidsavdelingene ved sykehjemmene var antall terapeuter (fysioterapeuter og ergoterapeuter) og tid til aktivitet og intensitet i trening. Ved senteret ble det ble også gitt terapi i helger.

De kvalitative kjennetegnene ved senteret er oppsummert på denne måten:

- Dedikert enhet
 - Aktivt, optimistisk, støttende og tilgjengelig miljø
 - Arena er ikke til hinder for en aktiv prosess
- Systematisk tverrfaglig prosess
 - Inntakskriterier
 - Mål, plan, kvalitetssikrede måleskalaer, evaluering
- Dialog og koordinerte forløp



2.5.6 Økonomiske gevinster i hele rehabiliteringsforløpet

I Vestfoldprosjektet ble det gjort beregninger for gjennomsnittskostnad og kostnadsforskjell per pasient i Nkr/år:

	Rehabiliteringssenter	Korttid rehabilitering ⁷	Kostnadsforskjell
Rehabiliteringen	60 000	90 000	30 000
Hjemmetjenestene	60 000	113 000	53 000
Sum	120 000	203 000	83 000

Det er ikke gjort beregninger på sparte kostnader til færre korttidsdøgn og lavere behov for faste sykehjemsplasser.

Det er lengden på rehabiliteringsoppholdet som gjør at rehabiliteringskostnaden per pasient ved senteret er rimeligere. Med kortere varighet øker produksjonen. Produksjonen ved en rehabiliteringsseng ved senteret er over 75% høyere enn ved en rehabiliteringsplass på korttidsavdelingen. Terapitettheten medfører imidlertid at årlig kostnad for en rehabiliteringsseng ved senteret er ca. 20% høyere enn ved en rehabiliteringsplass på korttidsavdelingen. Oppsummert kan man si at ved en rehabiliteringsenhet kunne man rehabilitere det samme antall pasienter som ved korttidsavdelingene til 2/3 av prisen.

Materialet fra Vestfold legger altså til grunn at det kan realiseres gevinster allerede på innsatsfaktorene, dersom tjenesten er innrettet på en hensiktsmessig måte. I tillegg kommer samfunnseffektene, som viste seg å være enda større. Årlige kostnader til hjemmetjenester etter rehabilitering ved ordinær korttid var kr. 113 000. Etter behandling ved rehabiliteringssenter var årskostnaden til hjemmetjenester kr. 60 000 som er 47% lavere.

Hvis vi antar tilsvarende effekter for Indre Østfold, forutsetter vi at tilbudet ved våre korttidsavdelinger er sammenlignbare med kontrollkommunene i Vestfold. I vår region får over 150 personer vedtak om rehabiliteringsplass hvert år. Overført vil dette beslaglegge om lag 16 rehabiliteringsplasser ved korttidsavdelingene. Dersom vi legger tjenesten til en dedikert rehabiliteringsenhet, vil det holde med 9 senger fordi produksjonen antas å bli over 75% høyere.

Dette gir følgende regnestykke:

Rehabiliteringsramme	Korttid rehabilitering	Rehabiliteringssenter
Antall senger	16	9
Kostnad avdeling	13 680 000	9 072 000
Kostnad hjemmetjenesten 1 år	17 176 000	9 120 000
Sum	30 856 000	18 192 000

Summen av besparelsene fra institusjonsopphold og påfølgende år med hjemmebaserte tjenester, er over 12 millioner kroner årlig.

Den økonomiske nytteeffekten etter rehabiliteringsoppholdet, speiler kvaliteten ved personens funksjon. Livskvalitet og mestring er forhold som er vanskelig å kvantifisere, men som for den enkelte selv og for pårørende er av stor verdi. Når rehabiliteringen fører en person tilbake til deltakelse i samfunnet, vil det i seg selv generere effekter av stor samfunnsnytte.

⁷ Rehabilitering ved en ordinær korttidsavdeling, hvor det også tilbys korttidsopphold og avlastning.

2.5.7 Satsingsområder i prosjekt Innovativ rehabilitering

Forprosjektet peker på betydningen av at rehabiliteringsprosessen myndiggjør pasienten – eller personen – og at rehabiliteringsinnsatsen har en tydelig lokal forankring. For at kommunene skal lykkes med rehabiliteringen er det nødvendig å ha et system som ivaretar både helsetjenestenes og lokalsamfunnets samlede innsats for rehabilitering⁸.

Etablering av sengeplasser og team er i forprosjektet pekt ut som grunnleggende strukturer på regionalt nivå. Bruk av teknologi vil gi helt nye muligheter både for samhandling og monitorering underveis i rehabiliteringsprosessen⁹. På bakgrunn av erfaringene fra 2016, er det derfor pekt ut fire hovedsatsingsområder for det videre arbeidet¹⁰:

1. Myndiggjøring av person
2. CBR (Community Based Rehabilitation)
3. Tverrfaglig vurderingsteam, herunder bruk av teknologi og deltakelse fra spesialisthelsetjenesten
4. Interkommunale senger for intensiv rehabilitering

Satsingsområdene reflekterer at rehabilitering handler om betydelig mer enn hva helsepersonell utfører og er deltakere i. I forlengelse av behandling og terapi, er det lokalsamfunnet som må skape en ramme med aktiviteter som understøtter mestring, selvstendighet og deltakelse. Personen selv er den viktigste i hele forløpet.

CBR, eller samfunnsbasert rehabilitering, er en tilnærming til rehabilitering som kan sammenliknes med folkehelse i forhold til forebyggende og helsefremmende arbeid. Fordi innsatsen handler om at flere tiltak, på ulike plan i samfunnet, virker sammen til innbyggernes beste, er det vanskelig å sette en klar forbindelse mellom en spesifikk innsats og en gitt effekt. Arbeidet med gevinstrealisering i prosjekt Innovativ rehabilitering i Indre Østfold vil derfor først og fremst rette seg mot konkrete tiltak innen tradisjonell rehabilitering: Tverrfaglig vurderingsteam og senger for intensiv rehabilitering

Betegnelsen «intensiv rehabilitering» er inspirert av studien fra Vestfold. Ved siden av strukturen på rehabiliteringsarbeidet, var det treningsintensiteten som representerte den store forskjellen i tjenestene. Når vi snakker om senger for intensiv rehabilitering, er det med utgangspunkt i en tjeneste som ligger tett opp til rehabiliteringssenteret i Larvik.

Et tverrfaglig vurderingsteam sees som en viktig brikke i å tilføre kommunal rehabilitering kompetanse, og sørge for tidlig vurdering og igangsetting av tiltak. Personer som mottar tjenester fra teamet vil være i en rehabiliteringssituasjon hvor aktivitetene kan skje i ulike rammer (f.eks. dagtilbud ved institusjon eller institutt, eller i hjemmet) og hvor ulik kompetanse bør trekkes inn (f.eks. nevropsykolog fra spesialisthelsetjenesten, sosionom eller logoped).

Det finnes ikke tilsvarende forskning på effekten av å ha et tverrfaglig ambulant vurderingsteam som for et kommunalt rehabiliteringssenter. En del av prosjektarbeidet må derfor identifisere måleindikatorer for teamfunksjonen, for å drøfte kost/nytte. I en oppstart vil tverrfaglig vurderingsteam finansieres med prosjektmidler. I fortsettelsen sees muligheten for å omdisponere det økonomiske utbyttet som kommer av å etablere senger for intensiv rehabilitering.

⁸ CBR – Community Based Rehabilitation

⁹ I 2016 har prosjektet gjennomført småskalatesting i samarbeid med teknologileverandør (Imatis). Videre utprøving og nye tiltak er planlagt som prosjekttiltak i 2017.

¹⁰ Forslag til handlingsplan for regional rehabilitering 2017-2020



2.5.8 Prosjekttiltak og realisering av gevinster

Etablering av Senger for Intensiv Rehabilitering (SIR)

Fremgangsmåten drøftes med utgangspunkt i foreliggende materiale fra Vestfold (studier av rehabilitering under og etter institusjonsopphold) der dagens rehabilitering ved korttidsplasser på sykehjem sees opp imot senger for intensiv rehabilitering (SIR).

Bygge opp og samtidig bygge ned

Skal man bygge opp et tiltak et sted, må man bygge ned et annet sted for at økonomien skal være i balanse. Helt innledningsvis står vi overfor valget om å erstatte ordinære rehabiliteringssenger ved korttidsavdelingene med senger for intensiv rehabilitering. Da blir det et spørsmål om dimensjonering av senger, alt etter som hva slags gevinster man er ute etter:

- Færre senger – produksjon opprettholdt
 - Kostnadsbesparende
 - Grad av besparelser er avhengig av dagens tilbud med kostnader, innretning av nytt tilbud og mulighet for realisering av gevinster i kommunene
- Like mange senger – betydelig økt produksjon
 - Dyrere
 - Tilbud til pasienter som ikke får rehabilitering i dag
 - Enda flere pasienter vil klare seg bedre/med mindre tjenester hjemme
- Mellomløsning
 - Noe færre senger, lik kostnad, men likevel økt produksjon

Dersom vi tar utgangspunkt i at man skal håndtere samme antall og type pasienter som ved ordinær korttidsrehabilitering, etableres færre senger for intensiv rehabilitering (SIR) enn det sengeantallet for rehabilitering som er ved sykehjemmene i dag. Den teoretiske øvelsen fra kapittel 5 viste at ni intensive senger kan erstatte 16 ordinære.

Samordning

Hvordan skal man realisere økonomisk gevinst ved fjerning av rehabiliteringssenger ved korttidsavdelingene på sykehjemmene? Ved å bare fjerne én eller to senger ved en korttidsavdeling, vil i praksis behovet for den samme bemanningsplanen ved avdelingen opprettholdes. En slik fremgangsmåte vil duplisere kostnadene.

Gevinst forutsetter at man legger ned en hel avdeling ved ett eller flere sykehjem. Dette krever at kommunene går sammen om det øvrige korttidstilbudet (korttid, avlastning og evt. palliasjon). For å få et klart bilde av besparelsene, må man regne på kostnadene ved å ha en avdeling stående tom: Fellesutgifter, nattevakt og andre og stordriftsfordeler fordeles på færre senger. FDV-utgifter er løpende.

En åpenbar utfordring ved denne løsningen handler om tildeling og bruk av plasser. Denne samordningen kan innebære ikke-kvantifiserbare kostnader (slitasje) på grunn av tidspress og ulike kapasitetsbehov.

Plassering av SIR

Plasseringen av SIR er avhengig av praktiske forhold som dimensjonering og plassmuligheter, herunder utvidelsesmuligheter. Samtidig vil det være naturlig å søke gevinster knyttet til et eksisterende miljø, der man kan oppnå ulike effekter:

- Faglige fordeler (pasientflyt, kompetanseutveksling, behandling, særskilt utstyr mv.)
- Stordriftsfordeler (bemanningsplan, fdv, mv.)

I den opprinnelige ideen med etableringen av Helsehuset, så man gevinsten ved at rehabiliteringssengene ble plassert i en flyt med de øvrige sengene jf. illustrasjonen nedenfor. I tillegg til å se sammenhengen ved det institusjonsbaserte forløpet, la man til grunn et behov for kompetanse og kapasitet som også preger de øvrige tjenestene ved Helsehuset.



Konsekvenser for ansatte

Når man skal trekke et tilbud ut av kommunal institusjon og legge det til en interkommunal enhet, vil det kunne få ulike konsekvenser for de ansatte:

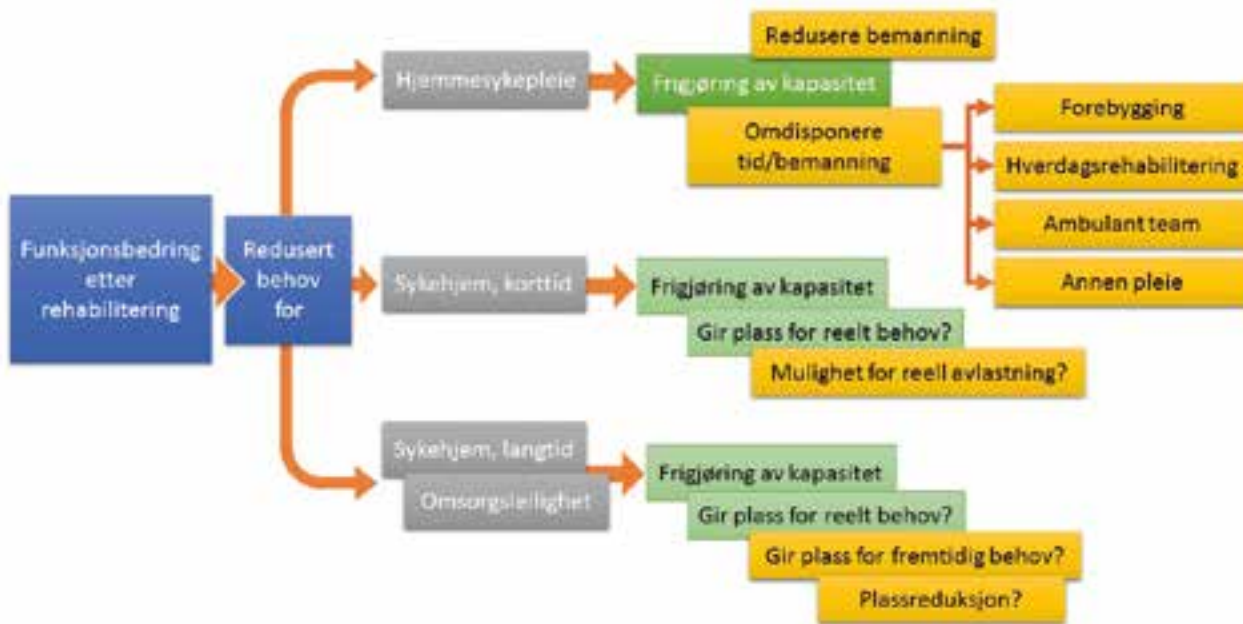
- Færre senger innebærer reduksjon av antall ansatte. Dette er en viktig del av kostnadsbesparelsen. Dersom gevinst forutsetter deling av stillinger kan det påvirke resultatet.
- Om man velger oppsigelser eller naturlig avgang vil påvirke tidspunkt for maksimal gevinstrealisering.
- Endring i sammensetning av ansatte: Reduksjon av pleiere, økning av terapeuter – tempo påvirker tidspunkt for realisering av faglige og økonomiske gevinster.

Når rehabiliteringssenger flyttes fra sykehjemmet, vil behovet for rehabiliteringspersonell ved sykehjemmet endres. Hvis personell skal overføres til SIR, vil det oppstå spørsmål om hvordan dette skal gjøres, og om man skal foreslå deling av stillinger mellom Helsehuset og kommuner, eller mellom kommuner. Ved sykehjemmene er det vanlig praksis at terapeutene også betjener øvrige beboere ved behov, og kan dessuten ha delte funksjoner mellom sykehjem og åpen omsorg. I forbindelse med omleggingen bør prosjektet understøtte kommunene i å finne økt handlingsrom for terapi og hverdagsrehabilitering for øvrige tjenestemottakere.

Gevinstrealisering i hjemmebasert omsorg

Når vi ser på samfunnseffekter, som kommer av etableringen av SIR, vil kommunene ha nytteeffekter i både hjemmebaserte tjenester og botilbud. Dette kan illustreres på denne måten¹¹:

¹¹ Resultatene fra Vestfold viste at gjennomsnittskostnadene til hjemmesykepleie, for de som hadde fått rehabilitering ved senteret, var 47% lavere enn for kontrollgruppen. Behovet for korttidsplasser etter 18 måneder var halvert i forhold til kontrollgruppen. Behovet for langtids-plasser for personer over 80 år, var redusert med 5%.



I de hjemmebaserte tjenester vil det være redusert behov for bistand til personer som har fått opphold ved SIR. Muligheten for å realisere gevinst er avhengig av omfang, dvs. antall pasienter. Det vil derfor være nødvendig å få overblikk over hvor mange rehabiliteringspasienter det dreier seg om på årsbasis. Realisering av gevinst er også avhengig av hva slags effekter man er ute etter.

Et alternativ til å redusere bemanning, er å omdisponere tid og ressurser. Tjenesten kan f.eks. dreies mot forebyggende virksomhet, økt hverdagsrehabilitering eller annen pleie. Økt kapasitet kan benyttes til å utvikle interkommunale fellestiltak som gruppe- og dagtilbud, og lærings- og mestringsarbeid. Her vil mulighetene og prioriteringene i kommunene være ulike.

Variasjoner i lokale gevinster

Realisering av gevinst vil skje ulikt for kommunene. En kommune med mange rehabiliteringspasienter vil ha andre forutsetninger enn en kommune med få pasienter.

Dersom en hel avdeling ved sykehjemmet er viet til rehabilitering, kan man gjøre grep med hele avdelingen uten å ta hensyn til andre funksjoner ved avdelingen. I motsatt ende, dersom det ikke er senger definert til formålet, er det vanskelig å ta bort og flytte senger.

På korttids- og rehabiliteringsavdelingene ved sykehjemmene er det ulik bemanning og pleiefaktor. Dersom en kommune har lagt seg på et minimum av bemanning, vil sannsynligvis avstanden til fellestiltaket bli større. Den økonomiske gevinsten på innsatsfaktorene vil bli lavere.

I kommunene er det også variasjon i lønnsnivå. Lønnskostnader til rehabilitering på institusjon er blant avhengig av:

- Type personell ved avdelingen
- Årsverksfordeling mellom syke- og hjelpepleiere
- Utdanningsnivå
- Lønnsansiennitet/alder
- Vikarbruk/sykefraværskostnader

Strukturen og intensiteten i rehabiliteringen varierer også mellom kommunene. Kommuner som i dag har høy grad av tverrfaglighet, målrettet innsats, intensiv funksjons- og ADL-trening og med koordinerte forløp, vil få relativt sett lavere utbytte av SIR. I Indre Østfold vil de fleste kommunene ha mye å hente her.

Tiltak for å sikre gevinst

Det er flere aspekter som fremkommer som sannsynlige kostnader (utfordringer) ved å legge ned rehabiliteringssenger ved sykehjemmene, i praksis en eller flere korttidsavdelinger, og etablere en enhet med senger for intensiv rehabilitering. I dette utfordringsbildet er det blant annet nevnt:

- Koordinering av inntak til SIR
- Koordinering av inntak til korttid, avlastning og evt. palliasjon
- Redusert flytmulighet mellom type senger ved sykehjemmet (dersom pasienter er plassert feil pga. manglende undersøkelser knyttet til rehabiliteringspotensiale)
- Tilgang på terapeuter for sykehjemspasienter og i hjemmetjenesten
- Kompetanse og forståelse for rehabilitering ved sykehjemmene og i hjemmetjenesten

Det er pekt på mulige tiltak som retter seg mot enkelte av problemstillingene. Ambulant rehabiliteringsteam vil ved vurdering av pasienter i forkant av rehabiliteringsopphold, gi støtte i inntaksprosessen. Teamet kan sikre at pasienter med rehabiliteringspotensiale sendes til SIR. Teamets funksjon diskuteres senere i rapporten.

Et felles inntakskontor kan være et svar på hvordan man skal koordinere og fordele plasser. Samtidig vil et felles kontor med vedtaksmyndighet kreve en særskilt organisering. Hospiteringsordninger kan være et mulig tiltak for å overføre kompetanse til ansatte ved sykehjemmene. Både felles inntakskontor og hospiteringsordninger kan drøftes som en del av prosjektets levering.

Kartlegging som grunnlag

Som grunnlag for å dimensjonere en enhet med senger for intensiv rehabilitering (SIR), vil det være nødvendig å kartlegge dagens situasjon. I kostnadsberegningen av rehabiliteringssengene ved korttidsavdelingene, vil det være nødvendig å få overblikk over totalt antall senger ved avdelingene, antall årsverk pleie, terapi og lege. Det må skaffes oversikt over bemanning som benyttes på tvers av avdelinger. FDV ¹² og anslag på skjulte kostnader hører med til regnestykket.

Den faglige kartleggingen må omfatte inntak, struktur på rehabilitering, antall timer daglig trening (individuell/grupper/egentrening og ADL), bruk av tester og måleindikatorer, beskrivelser av teamarbeid, rutiner for overføring til hjemmet.

Dersom man i etterkant av en etablering skal sammenlikne effekten av SIR mot dagens tilbud, vil det være nødvendig å enes om inntakskriterier i god tid før etableringen. Datainnsamling fra dagens situasjon bør også gå over tid. En enklere inngang vil være å gjøre en sammenlikning med Larvik-modellen, både for å få en indikasjon på effekten av dagens tilbud, og for å kunne innrette nytt tilbud (SIR) så likt som mulig (eller enda bedre). Arbeidet med inntakskriterier bør innledes så tidlig som mulig. Dette vil avhjelpe koordinering og inntak til ny avdeling, og det vil gi et bedre grunnlag for å dimensjonere den nye avdelingen.

¹² Forvaltning, Drift, Vedlikehold.



Vurdering av effekt

For å vurdere effektene av den nye enheten vil det være viktig å samle data fra dag en. Interessante parametere kan være:

- Innslagspunkt for oppstart av rehabilitering
- Lengde på opphold på SIR
- Funksjonsnivå etter opphold ved SIR
- Bruk av støttetjenester etter opphold ved SIR
 - hjemmesykepleie
 - korttidsopphold
 - langtidsplass/omsorgsbolig
- Innleggelser i etterkant
- sykehus
- legevakt

Det bør legges vekt på registreringer som er enkle å utføre, samle inn og sammenstille. Resultatene må kunne omsettes og benyttes som grunnlag for justeringer av tiltak.

Etablering av Tverrfaglig VurderingsTeam (TVT)

Som tidligere nevnt finnes det ikke tilsvarende forskning på effekten av å ha et ambulant rehabiliteringsteam som for et kommunalt rehabiliteringssenter. Kartleggingen fra forprosjektet viste imidlertid at det er et bredt ønske om et ambulant rehabiliteringsteam i regionen.

Gevinster av TVT

Gevinster som kommer av TVT vil avhenge av hvilke oppgaver som legges til teamet. Forprosjektet har beskrevet aktuelle funksjoner:

- Tidlig vurdering, med anbefaling om tiltak og det videre rehabiliteringsforløpet.
- Kontakt med og koordinering av øvrige rehabiliteringsaktører.
- Oppfølging i en overgangsfase.
- Teamet er tenkt organisert ved felles rehabiliteringsenhet (SIR)

Hjemmerehabilitering er også nevnt som et mulig tilbud gjennom teamet.

Kompetanse er et nøkkelbegrep knyttet til tjenesten. Det er en plan at spesialisthelsetjenesten skal bidra med kompetanse i teamet, der deres tilgjengelighet muliggjøres ved bruk av teknologi og videooverføring.

På grunnlag av tiltenkte funksjoner kan vi se for oss mulige gevinster som følge av etablering av TVT:

- Ved vurdering av pasienter i forkant av rehabiliteringsopphold, gis støtte i inntaksprosessen. Teamet kan sikre at pasienter med rehabiliteringspotensiale sendes til SIR.
- Tidlig vurdering og innsats bør kunne forkorte det samlede behandlingsforløpet for personen, samt forebygge uhensiktsmessige mønstre og kompenserende atferd.
- Gjennom kontakt med og koordinering av andre aktører vil TVT skape sammenheng i rehabiliteringsforløpet.
- Teamet kan veilede kommunenes pleiepersonellet i hverdagsrehabilitering, aktivisering og mobilisering. På den måten blir kommunen mindre sårbar ved en overføring av ressurser fra korttidsavdelingen til SIR.
- TVT vil innhente kompetanse fra spesialisthelsetjenesten, blant annet ved bruk av teknologi og videooverføring. Dette vil bety mye for kvaliteten på vurderingene, og gi bedre muligheter for raske avklaringer. Flere konsultasjoner kan gjennomføres på kortere tid.

Finansiering av TVT

De fleste gevinstene som er beskrevet ovenfor er av kvalitativ art. Forkortning av behandlingsforløpet vil være en kostnadsbesparelse. Sannsynligheten for at teamet vil ha innvirkning på dette, og i hvilket omfang, er ukjent. Det vil derfor være vanskelig å kvantifisere dette i forkant. Det er foreløpig ikke lagt en plan om at TVT skal overta oppgaver som i dag er i kommunene. På denne bakgrunnen vil finansieringen av teamet være en utfordring.

TVT skal være tilknyttet sengeenheten (SIR). Dersom man lykkes med å frigjøre den økonomiske gevinsten som kommer av selve etableringen av SIR, vil man kunne bidra til å finansiere ART. Det vil gå frem av prosjektarbeidet om TVT også skal ha oppgaver på avdelingen eller ved et dagtilbud. Det bør imidlertid være et mål at man i prosjektet søker å kartlegge økonomiske effekter av teamets funksjon, som underlag for utarbeidelse av budsjett for tiltaket.

Vurdering av effekt

For å finne gevinsten ved nye tiltak, er det viktig å kunne beskrive både dagens situasjon og en ønsket ny virkelighet. Hvordan ser tilbudet ut i dag? Hva vil vi gjøre annerledes, og hvordan? Hvor mye koster nye tiltak?

Måleindikatorene bør utvikles i samband med den aktiviteten og de effekter man forventer seg av teamet. Et eksempel på inndeling kan være:

- Klinisk effekt (funksjonstester, ADL-score)
- Tilfredshet (spørreskjema, intervju)
- Effekt på kompetanseoverføring (spørreskjema, intervju)
- Økonomisk effekt (behov for støttetjenester, boform, mv.)

Et studie der vi vil vurdere økonomisk effekt kan eksempelvis legges opp på denne måten:

Deltakere

Antall brukere uten besøk av TVT

Antall brukere med besøk av TVT

Registrering

Kriterier for deltakelse

Kartlegge

Funksjonsevne, støttetjenester og boform ved oppstart

Rehabiliteringsforløp, lengde

Funksjonsevne, støttetjenester og boform etter x måneder

Beskrivelse av tiltak

Vurderingsbesøk, x (antall, timer)

Deltakelse fra spesialisthelsetjenesten, x

Kontakt med og deltakelse fra andre aktører, x

Veiledningsaktivitet x (antall, timer)

Som en del av prosjektarbeidet i 2017 og i pilotperioden for det tverrfaglige teamet, vil denne type studier utvikles og gis ytterligere innhold.



2.6

Småskallatest – Test av teknologi, tverrfaglig team og vurderingsrutine



Innhold

- 2.6.1 Sammendrag - Småskallatest
- 2.6.2 Innledning
- 2.6.3 Problemstilling
- 2.6.4 Fremgangsmåte
- 2.6.5 Tidsplan og frister
- 2.6.6 Evaluering av resultat
- 2.6.7 Konklusjon
- 2.6.8 Referanser

2.6.1 Sammendrag - Småskaletest

Hensikten med testen var å teste ut en vurderingsrutine for tidlig å avdekke behov for rehabilitering rettet mot eldre med funksjonsfall. Vurderingen ble gjort i personenes hjem. Testperioden varte fra 17.10- 25.11 i 2016 og det ble gjort erfaringer i hvordan man gjennom bruk av verifiserte tester kan avdekke behov for rehabilitering, og hvordan samhandling og arbeidsprosesser kan understøttes av teknologi.

Testperioden har gitt verdifulle erfaringer både i forhold til team, systematisering av kartlegging, bruk av validerte tester, vurderinger gjort i personers hjem og hvordan teknologi kan understøtte arbeidsprosesser og samhandling. Vurderingene ble gjort raskt etter hjemkomst fra sykehus; AGS gjennomførte et besøk og tok noe av kartleggingen, deretter kom ergoterapeut og fysioterapeut og gjennomførte resten av testene i vurderingen.

Testen ble utført i samarbeid med Virtuell avdeling (VA) i Eidsberg kommune. Prosjektets to følgeforskere har veiledet i og anbefalt bruk av metoder i testperioden.

Det ble inngått en OFU avtale mellom Helsehuset IØMK IKS og Imatis AS for perioden 2016- 2017; dette muliggjorde en test av samhandlingsteknologi. Følgende teknologiløsninger ble brukt i testperioden. Elektronisk oversiktstavle (for bruk på pc eller veggskjerm) som gir oversikt over pasientene, tidspunkt for hjemmebesøk, og innhold for og resultater for valgte vurderingstester (Barthel, COPM, SPPB, Samvalg, Gripestyrke). Applikasjon på nettbrett (Lenovo Windows 10) for å kunne gjennomføre og registrere resultater for de ulike vurderingstestene hjemme hos personene. Løsningen ble satt opp som skyløsning med tilgang via nettleseren Internett Explorer, på nettbrett og pc.

Det ble gjennomført totalt 6 vurderinger. Personene ble intervjuet etter vurderingen for å spørre om deres erfaringer i testperioden. Det tverrfaglige teamet deltok i et fokusgruppeintervju.

Sammensetningene av tester gav en god kartlegging av behov for rehabilitering, men det er behov for justeringer av innhold i «verktøykassen» for å sikre en bredere kartlegging. Fagpersonene mener det er vesentlig å benytte validerte, systematiserte tester for å sikre god kartlegging og oppfølging. De opplevde det som styrkende for vurderingen at de jobbet i tverrfaglig team. Det var hensiktsmessig å gjennomføre kartleggingen i personenes hjem, dette gav mer informasjon som er viktig å kartlegge i forhold til rehabilitering. Personene var veldig fornøyde med å slippe å reise ut for å få vurdering, fornøyde med tidlig oppfølging og følte seg veldig ivaretatt faglig av det tverrfaglige teamet. Teknologien fungerte godt som samhandlingsverktøy, det effektiviserte og systematiserte arbeidet og kan utnyttes ytterligere i en videre testperiode. Ingen av personene opplevde teknologien som hemmende.



2.6.2 Innledning

Småskallatesten som beskrives i dette dokumentet er en del av prosjekt «Innovativ rehabilitering i Indre Østfold» som eies av Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS (Helsehuset IØMK IKS). Dette dokumentet beskriver planen prosjektet laget for gjennomføringen av småskallatesten, og den summerer opp de erfaringene og resultater som testen gav.

I småskallatesten ønsket prosjektet å teste ut en vurderingsrutine for tidlig å avdekke behov for rehabilitering rettet mot eldre med funksjonsfall. Vurderingen ble gjort i personens hjem. Testen ble gjennomført i sin helhet som en del av Virtuell avdeling (VA) i Eidsberg kommune. Småskallatesten har beskrevet og gjennomført en testperiode fra 17.10 – 25.11 i 2016 for å erfare hvordan man gjennom bruk av standardiserte tester kan avdekke behov for rehabilitering, og hvordan samhandling og arbeidsprosesser kan understøttes av teknologi.

Virtuell avdeling (VA) er ingen fysisk avdeling med inneliggende pasienter, men en måte å organisere ressursene på. I dag eksisterer VA både i Eidsberg og Askim kommune. Hovedintensjonen er å kvalitetssikre overgangsfasen for multisyke pasienter over 65 år fra sykehus eller helsehus til eget hjem, og gjøre den mest mulig sømløs. I Eidsberg kommune ble det gjennomført en pilotperiode fra september 2014 og ut januar 2015 hvor totalt 26 pasienter med behov for helsetjenester fra kommunen ble innskrevet i VA. Pasienten ble møtt i eget hjem og fikk en systematisk og helhetlig vurdering av helsetilstanden av avansert geriatrisk sykepleier og fysioterapeut. Ved hjelp av validerte kartleggingsverktøy og screeninger ble pasientens totale behov for kommunale helsetjenester avdekket.

Helsehuset IØMK IKS inngikk høsten 2016 en OFU –avtale (Offentlig forsknings og utviklingskontrakt) med Imatis AS: «Avtale om utvikling og bruk av IT-løsninger for helhetlige tjenester, koordinert samhandling og trygge pasientforløp». På bakgrunn av denne avtalen har prosjektet samarbeidet med Imatis.

I denne småskallatesten ble teknologi brukt for å understøtte samhandling internt i tverrfaglig team og i arbeidsprosesser. Det ble utarbeidet løsning via nettbrett i samarbeid med Imatis. De er leverandør av systemet IMATIS Visi. Imatis er leverandør av teknologi for klinisk arbeidsflyt, logistikk og integreringsteknologi for helse- og omsorgssektoren. De fokuserer på å bidra til helhetlige og integrerte helseløsninger gjennom å koble mennesker, informasjon, prosesser og system i organisasjonen (Sintef, 2016)

Designet av småskallatesten; både målgruppe, tidlig rehabiliteringsvurdering i personens hjem, bruk av validerte testverktøy, bruk av tverrfaglig team og testen av teknologi ble valgt på bakgrunn av de tre prosjektgruppens arbeid i «Innovativ rehabilitering i Indre Østfold».

I samråd med prosjektets to følgeforskere professor Hilde Eide og førsteamanuensis II Kristin Skeide Fuglerud; Vitensenteret helse og teknologi; Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN); ble vi enige om å gjennomføre testen på et begrenset utvalg personer for å sikre gode data og erfaringer.

2.6.3 Problemstilling

Hovedproblemstilling

Hvordan kan et tverrfaglig team gjøre en vurdering av rehabiliteringsbehov hjemme hos personer for å sikre tidlig oppstart av rehabilitering etter utskrivning fra sykehus eller helsehus?

Underproblemstillinger

Hvordan fungerer de standardiserte verktøyene vi har valgt å benytte?

Egner sammensetningen av verktøyene seg for å kunne si noe om personens rehabiliteringsbehov?

Hvordan kan teknologi understøtte samhandling?

Hvordan kan teknologi understøtte arbeidsprosesser?

2.6.4 Fremgangsmåte

Fase 1 Forberedelse

- Rekruttere gruppemedlemmer til arbeidsgruppen for småskallatesten.
- Avklare hvilke verktøy som skal benyttes i vurderingen.
- Avklare med samarbeidspartnere; VA Eidsberg kommune og Imatis.
- Samarbeid med Imatis om utvikling av teknologisk løsning.
- Innkjøp av utstyr.
- Opplæring og øving på nettbrett.
- Utarbeide informert samtykke for pasienter og helsepersonell i tverrfaglig team.
- Utarbeide intervjuguider for evaluering.
- Ferdigstille plan.

Arbeidsgruppe og tverrfaglig team

Nedenfor beskrives sammensetning av arbeidsgruppe for småskallatesting og tverrfaglig team:

Småskallatesten:

- Kari Anne Dehli, prosjektleder.
- Hilde Orderud, prosjektmedarbeider.
- Wenche Hammer, virksomhetsleder og fagsykepleier, Eidsberg kommune.
- Aase Maren Øiestad Hesleskaug, fagsykepleier hjemmesykepleien/saksbehandler avd. for tjenestetildeling, Askim kommune.
- Carina Kolnes, ergoterapeut, Marker kommune.
- Ada Bjerke, fysioterapeut, Eidsberg kommune.
- Ingrid Svagård, Imatis.
- Jannike Nyiredy, Imatis.

Tverrfaglig team:

- Wenche Hammer, avansert geriatrisk sykepleier, Eidsberg.
- Ada Bjerke, fysioterapeut, Eidsberg.
- Carina Kolnes, ergoterapeut, Marker.



Verktøy for rehabiliteringsvurdering

Tverrfaglig team og arbeidsgruppen valgte ut en kompilasjon av ulike standardiserte tester som ble benyttet for å vurdere rehabiliteringsbehov. Verktøyene ble valgt ut med bakgrunn i erfaringer fra fagpersoner i tverrfaglig team.

Barthels ADL-indeks

Norsk versjon er redigert i 2008 av Ingvild Slatvedt, Jorunn L. Helbostad, Unni Sveen, Pernille Thingstad, Olaf Sletvold og Torgeir Bruun Wyller. Oversettelsen ble gjort med hovedvekt på originalpublikasjonen fra 1965 av Mahony og Barthel.

Barthel ADL-indeks er beregnet brukt av sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Det registreres hva pasienten faktisk gjør, ikke hva man tror vedkommende kan mestre. Skår representerer grad av uavhengighet av hjelp fra annen person.

(Norsk Helseinformatikk, 2016).

COPM

COPM (The Canadian Occupational Performance Measure) er et pasientspesifikt verktøy. Vurderingen starter med et semistrukturert intervju om daglige aktiviteter, og ender med en scoring av «utførelse» og «tilfredshet med utførelse» av inntil fem prioriterte aktiviteter. Norsk versjon er utarbeidet av Ingvild Kjekken i 2005. COPM har blitt testet for validitet, reliabilitet, responsivitet og anvendelighet i en rekke studier.

(NKRR, Klinisk verktøykasse, 2016).

SPPB

Short Physical Performance Battery (SPPB) er utviklet for screening av fysisk funksjon hos eldre.

Testen ble oversatt til norsk i 2013 av Sverre Bergh, Heidi Lyshol, Geir Selbæk, Bjørn Heine Strand, Kristin Taraldsen og Pernille Thingstad. SPPB er godt dokumentert for å identifisere eldre i risiko for funksjonstap og samtidig måle endring i funksjon over tid (Thingstad, 2013). Testen har også vist seg godt egnet for hjemmeboende eldre, men også for pasienter i poliklinisk virksomhet og akutt syke eldre på sykehus. Dette gjør at man får et hensiktsmessig mål som kan følge pasienten gjennom tiltakskjeden og være et godt grunnlag for tverrfaglig samarbeid (Thingstad, 2013).

Hånddynamometer

Håndkraft målt ved hånddynamometer er et objektivt mål som er reproducerbart. Muskelstyrke i håndgrep er en markør på sykdom og generell funksjoner. Håndkraft er ofte brukt som utfallsmål i studier som vurderer intervensjoner for å bedre aktivitetsutførelse. Konklusjon fra masterstudie gjennomført av Tove Nilsen (2010), viser at det er en sterk sammenheng mellom håndkraft og kjønn, alder, høyde og regelmessig trening.

Samvalg

Samvalg er en prosess hvor pasient og helsepersonell sammen kommer frem til og tar beslutninger om undersøkelses- og behandlingsmetoder. Hensikten er å få frem alle fordelene og ulempene, slik at man i samarbeid kan komme frem til det alternativet som er i samsvar med hva som er viktig for pasienten (helsenorge.no). Vi ønsket å inkludere samvalg som del av vurderingen av rehabiliteringsbehov, og fokuserte spesielt på spørsmålet «hva er viktig for deg?».

Teknologi

Helsehuset IØMK IKS inngikk høsten 2016 en 2 årig OFU-avtale¹ med Imatis AS for Legevaktsprosjektet, der en del av avtalen er beregnet på prosjekt «Innovativ rehabilitering i Indre Østfold».

¹ OFU- offentlige forsknings- og utviklingskontrakter. En tilskuddsordning administrert av Innovasjon Norge, som skal bidra til utvikling av nye produkter og løsninger. OFU- kontrakter skaper et forpliktende samarbeid mellom norske leverandører og offentlige virksomheter.

Den teknologiske løsningen som ble benyttet i prosjektet ble utarbeidet av det tverrfaglige teamet i samarbeid med Imatis. Det ble utført en digital registrering hvor personens status og tiltak ble registrert digitalt og delt i sanntid. Alle i det tverrfaglige teamet delte samme informasjon om personen på pc og nettbrett. Dette kan gi en styrket informasjonskvalitet og pasientsikkerhet. Vurderingstester ble gjennomført og informasjonen ble oppdatert direkte ute hos personene på nettbrett. Dette ble gjort av helsepersonell, men sammen med personen. Digitale sjekklister og vurderingstester kan kvalitets sikre personenes oppfølging og redusere risiko for feil. Imatis skjermbilder ble tilpasset helsepersonellet, i det tverrfaglige teamet, sitt behov for arbeidsstøtte, og kunne dermed støtte teamets valgte arbeidsprosesser. Ulike filtre kan sortere informasjonen og gi ønsket oversikt for hver enkelt. Teamet kan selv endre visningene ved å legge til eller fjerne informasjon. Løsningen som ble utarbeidet kan videreutvikles, eksempelvis ved at informasjonen kan komme inn direkte i journalsystemet som blir benyttet for den aktuelle personen.

Imatis sin samhandlingsløsning for Helsehuset i småskalastesten ble som følger:

- Digital registrering: Personens status og testresultater registreres digitalt og deles i sanntid. Dvs at alle i rehabiliteringsteamet deler samme informasjon om personen. Dette vil styrke informasjonskvaliteten og pasientsikkerheten.
- Nettbrett: Rehabiliteringsteamet gjennomfører vurderingstester og oppdaterer informasjon direkte ute hos personen på nettbrett, sammen med personen.
- Sjekklister: Digitale sjekklister og vurderingstester kvalitetssikrer oppfølgingen og reduserer risiko for feil.

På denne måten ble det testet ut et verktøy for samhandling. All informasjon i Imatis skjermbilder ble valgt ut fra teammedlemmenes egne behov for arbeidsstøtte og støttet teamets valgte arbeidsprosesser. Ulike filtre sorterte informasjonen og gav ønsket oversikt for hver enkelt. Teamet kunne selv endre på visningene (legge til eller fjerne informasjon).

Fase 2 Utførelse

1. AGS (avansert geriatrik sykepleier) rekrutterer personer som skrives inn i VA.
2. AGS melder mulig person til fysioterapeut og ergoterapeut.
3. AGS gjennomfører hjemmebesøk og første del av vurderingsrutinen.
4. AGS informerer fysioterapeut og ergoterapeut om tidspunkt for andre del av vurderingsrutinen.
5. AGS registrerer informasjon i Imatis portal via nettbrett.
6. Fysioterapeut og ergoterapeut leser tilgjengelig informasjon via Imatis portal.
7. Fysioterapeut og ergoterapeut gjennomfører andre del av vurderingsrutinen.
8. Fysioterapeut og ergoterapeut registrerer fortløpende i Imatis portal via nettbrett.
9. Felles evalueringsmøte med tverrfaglig team og representant fra Helsehuset IØMK IKS etter vurderingsbesøk hos første person. Dette gjøres for å eventuelt justere det videre forløpet i småskaletesten.
10. AGS avtaler med person og prosjektleder når evalueringsbesøk hos person skal gjennomføres.
11. AGS gjennomfører intervju av person med representant fra Helsehuset IØMK IKS tilstede.
12. Fokusgruppeintervju av tverrfaglig team etter avsluttet testperiode.

Det var ønskelig med 5-10 gjennomføringer av vurderingsrutinen i løpet av en testperiode på 5 uker.



Fase 3 Evaluering

- Fortløpende intervju av personer og deres opplevelse som bruker ved rehabiliteringsvurdering i eget hjem.
- Intervju skal gjennomføres maksimalt 1 uke etter andre del av vurderingsrutinen.
- Fokusgruppeintervju av AGS, fysioterapeut og ergoterapeut.
- Sammenfatning av data fra intervju av personer.
- Sammenfatning av data fra fokusgruppeintervju.
- Ferdigstille rapport etter småskaletest.

Metode for evaluering

For å sikre god metodebruk, planlegges bruk av kvalitativt intervju av både personer og helsepersonell i tverrfaglig team. Vi har valgt å benytte semistrukturert intervju for å vurdere personenes opplevelse av rehabiliteringsvurderingen i eget hjem. I tillegg ønsket vi å gjennomføre et fokusgruppeintervju med det tverrfaglige teamet som har vært involvert i småskaletesten.

Semistrukturert intervju er et godt metodisk verktøy i kvalitative undersøkelser når målet er å få svar på erfaringer som er felles for respondentene. Samtidig tillater det den som intervjuer til å stille oppfølgende spørsmål ut i fra de svarene og temaene som respondentene gir. Det åpner også opp for temaer som ikke står i intervjuguiden, men som respondentene trekker inn som viktige temaer og erfaringer. Intervjuer kan på denne måten jobbe frem informasjonsrike svar fra respondentene (Merriam, 2009, s.90).

Fokusgruppeintervju ble valgt for å sikre at felles erfaringer og synspunkter fra fagpersonene som har deltatt i vurderingene hos personene skulle dokumenteres. Denne måten å samle fagpersonene i et felles intervju førte til informasjonsrike tilbakemeldinger. De hører hverandres svar og dette sikrer ytterligere kommentarer og innspill. Data samles inn i en sosial kontekst der de kan vurdere sine egne meninger i sammenheng med de andres meninger og svar (Patton, 2002, i Merriam, 2009, s. 94).

Semistrukturert intervju av personene, som fikk vurdering, ble gjennomført maks en uke etter siste vurderingsbesøk. AGS intervjuer og følger intervjuguiden, mens representant (prosjektleder) fra Helsehuset IØMK IKS gjør notater.

Fokusgruppeintervju med helsepersonell i tverrfaglig team ble gjennomført etter avsluttet testperiode. Følgeforsker Kristin Skeide Fuglerud og prosjektleder Kari Anne Dehli gjennomførte fokusgruppeintervjuet etter endt testperiode.

Det er utarbeidet intervjuguider for begge intervjuer i samarbeid med følgeforskere professor Hilde Eide og førsteamanuensis II Kristin Skeide Fuglerud.

Det ble benyttet lydopptak for å sikre innhenting av data.

Personvern

Skriftlig samtykke ble innhentet fra alle personer samt fagpersoner som var involvert i småskaletesten. Samtykkeskjemaene gav utfyllende informasjon om småskaletesten og hva det innebar å delta. I tillegg opplyste samtykket om at det var frivillig å delta og at man når som helst kunne velge å trekke seg. Det er innhentet samtykke fra virksomhetsleder Dag Fosser i Eidsberg kommune om at småskaletesten kunne gjennomføres i samarbeid med Wenche Hammer (AGS) og Virtuell avdeling (VA).

Det er skrevet en fremleggingsvurdering til REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk). Det er mottatt svar om at det ikke er behov for ytterligere søknad til REK.

Det er også sendt meldeskjema til NSD (Norsk senter for forskningsdata) ved professor Hilde Eide; institutt for sykepleie- og helsevitenskap Høgskolen i Sørøst-Norge. NSD har gitt sin tilrådning om at småskalatan testen kan gjennomføres som beskrevet i meldeskjema.

Det er skrevet en databehandleravtale² mellom Imatis AS og Helsehuset IØMK IKS.

2.6.5 Tidsplan og frister

14.10.16	Forberedelser klare.
17.10.16	Oppstart småskalatan testen.
25.11.16	Avslutte småskalatan testen.
25.11.16	Fokusgruppeintervju.
09.12.16	Evalueringsrapport ferdigstilt.

2.6.6 Evaluering av resultat

Følgende problemstilling og underproblemstilling ønsket vi å belyse gjennom vår testperiode.

Hovedproblemstilling

Hvordan kan et tverrfaglig team gjøre en vurdering av rehabiliteringsbehov hjemme hos personer for å sikre tidlig oppstart av rehabilitering etter utskrivning fra sykehus eller helsehus?

Underproblemstillinger

Hvordan fungerer de standardiserte verktøyene vi har valgt å benytte?

Egner sammensetningen av verktøyene seg for å kunne si noe om personens rehabiliteringsbehov?

Hvordan kan teknologi understøtte samhandling?

Hvordan kan teknologi understøtte arbeidsprosesser?

Hovedfunn fra intervju av personer som deltok i småskalatan testen i eget hjem

Hvordan opplevde de at vurderingen ble gjort i eget hjem?

Ingen av personene gav uttrykk for at det ikke var ønskelig eller at de opplevde det som uheldig at vurderingen ble gjort av tverrfaglig team, i eget hjem, tidlig etter hjemkomst fra sykehuset. Tvert imot var de positive til dette.

«Det er mye bedre at dere tar det hjemme hos meg her, jeg ønsker ikke å reise noe sted når jeg er som jeg er. Da får jeg slappet av, det er best hjemme hos meg selv» (Int. 1).

«Det beste er å være hjemme når jeg er så dårlig» (Int.2).

«Det må være en fordel å være hjemme, nå var jo ikke jeg så syk, men hadde jeg vært det, er det en stor fordel. En stor fordel hadde det vært» (Int.3).

«Det var topp å slippe å dra ut for å få gjort disse undersøkelsene Når jeg kommer hjem så tenker jeg på hjemmet mitt» (Int. 4.)

² Datatilsynet: Hvis en virksomhet setter ut hele eller deler av behandlingen av personopplysninger til andre virksomheter, benyttes det såkalte databehandlere. Forholdet mellom en behandlingsansvarlig virksomhet og databehandleren skal være regulert i en avtale – databehandleravtale. Dette reguleres av personopplysningsloven § 13, jf. § 15.



«Det var fint, ellers måtte jeg ordne med drosje. Jeg må ha drosje til alt. Jeg regner med at andre også har vanskeligheter med å ta seg ut på egenhånd, så det at dere kommer hjem er fint. Jeg må jo ha rullator og mye styr når jeg skal ut (Int. 5).

Vi spurte også hvordan de opplevde det at det kom to terapeuter samtidig:

«Det var helt fint at de kom begge på en gang. Helt fint. Ikke noe problem» (Int. 3).

«Det var helt greit at de kom flere sammen» (Int. 4).

Det var tydelige tilbakemeldinger på at det var veldig bra å få gjort en vurdering på rehabiliteringsbehov:

«...fordi jeg trenger jo å få gått skikkelig på disse beina mine» (Int.5).

«...veldig fornøyd med at dere kommer. Håper også at jeg får mer hjelp og mer besøk, fordi det trenger jeg» (Int. 1).

Det ble benyttet et samvalgshjul som en del av testen for tidlig å snakke med personene om hva som er viktig for dem. De beskrev at det var til hjelp for dem, i samtalen med fagpersonene, når de skulle ta opp temaer som de var opptatt av.

«Jeg synes den sirkelen var bra, det var jo familie og to eller tre spørsmål til.....det vil hjelpe meg veldig.. at disse tingene blir gjort noe med» (Int. 1).

«For meg var det bra, fordi jeg ønsker mer sosial omgang, da kunne vi snakke om det» (Int. 3.)

«Det hjulet var naturlig det, ikke noe problem, jeg fant ut det som var vanskelig for meg og det som var viktig (Int.5).

En viktig erfaring å ta med seg ut fra småskalatesten, er hvordan personene erfarte bruken av nettbrettet som fagpersonene benyttet i gjennomføringen av vurderingen.

«Ho spurte meg, og det var greit. Det kommer jo ikke videre, det stopper hos dere. Da er det ikke farlig (...) det må jo være mye bedre for dere å ha dette nettbrettet enn å sitte å skrive på et papir, ja, det må være enklere for dere. Det tar mer arbeid og tid med alt papir» (Int.1).

«....det forstyrret ikke med nettbrett» (Int. 2)

«..det hadde ikke noe å si i denne dataverden...(Int.3)

«Det syntes jeg bare var spennende, det hører jo med det nå. Hadde jeg vært ung hadde jeg selv kastet meg på det.» (Int.4)

«Det skulle jeg ønske jeg kunne bruke selv, jeg har ikke en sånn, men en data» (Int.5)

Hos en 6. person ble ikke nettbrettet brukt pga det var gjenglemt på kontoret, når personen ble gjort oppmerksom på det av teammedlemmet; gav personen uttrykk for at det var bedre med penn og papir.

Hovedfunn fra fokusgruppeintervju av fagpersonene

Fokusgruppeintervjuet hadde hovedfokus på følgende områder:

- Hvordan fungerte verktøykassen for å gjøre en tidlig vurdering av behov for rehabilitering?
- Hvordan fungerte det å jobbe i team?
- Hvordan fungerte nettbrettet som samhandlingsverktøy?
- Hvordan opplevde de å gjøre vurderingen i personenes hjem?

Svarene presenteres her uten å identifisere hvilken fagperson som svarer.

Verktøykassen

Denne bestod av Barthels ADL- indeks, COPM, SPPB, Hånddynamometer, Samvalgshjulet samt registreringer om diagnose og evt viktige opplysninger lagt inn av AGS.

Ved spørsmål om hvordan de erfarte at sammensetningen av verktøykassen fungerte for å gjøre en rehabiliteringsvurdering, kom det frem følgende svar:

«Vi fikk en veldig bra dialog ut i fra spørsmålene»

«..jeg syntes verktøyene vi hadde valgt var greie»

«SPPB og Barthel var konkrete og fine og lette å sette inn der og da»

«Den tar for seg viktige elementer; verktøy som sier noe om funksjonsnivå»

« COPM måtte vi legge inn etterpå, det ble to graderingsrunder med denne og samvalgs hjulet, det var mye å gape over på første hjemmebesøket. COPM kunne vært gjort på neste møte»

«.. jeg ville brukt samme verktøykasse i min vanlige jobb»

«..verktøykassen sørger for like tjenester, gjør det lettere å måle. Det blir likt, men det ivaretar det individuelle»

«..det blir ingen synsing. Det er avklart. Det er det trygge med å jobbe systematisk og ha valgt ut verktøy som dekker arenaen. Men, jeg savner en tydeligere sykepleiefunksjon. Verktøy for smerteregistrering og ernæring for eksempel».

«..samvalgs hjulet fungerte veldig bra. Men, stiller du først spørsmålet hva er viktig for deg, må du ha tid til å høre svaret...»

«Det var en som ønsket å bli kjent med flere. Det er jo relevant info for videre rehabilitering på ordentlig da hadde man kunnet tatt tak i dette og undersøkt videre, og gitt tilbakemelding på det»

«Å bruke arket og ikke bare stille spørsmålet så kom vi inn på mer praktiske ting innenfor flere områder i hverdagslivet» «..de likte det»

«Disse verktøyene kan være en god start på en IP der det er behov for det, men da må samvalgshjulet være med, det hjelper pasienten til å tenke gjennom livet»

«..det kunne også fanget opp de som har nedsatt funksjonsevne og kunne gi dem tips og hjelp til å komme i kontakt med frivillige lag og foreninger som kunne gi tips og ideer som kunne gjøre hverdagen enklere»



Team

De ble spurt hvordan de erfarte å jobbe sammen i team. AGS gikk først hjem til personene, deretter kom fysioterapeut og ergoterapeut sammen til personen noen dager etter for å gjennomføre resten av vurderingen.

«..vi skulle alltid vært to»

«..dette var en positiv opplevelse»

«Når vi kom inn som helsepersoner, så har folk veldig tillit til deg»

«..det er en fordel for pasienten, vi er to som har hørt det som ble sagt»

«Vi ser det med ulike briller, vi kan trekke en fellesvurdering etterpå»

«Vi kunne også vært alle tre samtidig»

«De ville følt seg veldig ivaretatt»

«Man kan gjøre et felles første møte med noen sentrale kartlegginger, så kan vi fortsette med vår vurdering ved neste besøk»

«Teamet har en felles base, det vil man ha. Møteplasser hvor man kan forberede, evaluere og snakke sammen»

«De ville følt seg godt dekket faglig innenfor et bredt område.»

«..så lenge pasienten er informert om at de får besøk av et team, er det greit»

«Vi har vært fire samtidig i hverdagsrehabilitering, bruker var innforstått med det og følte seg veldig ivaretatt. Bare det var positivt, pasienten vokste på det, rehabiliteringen startet allerede der»

«Når jeg jobbet på Sunnaas så hadde vi felles møter med pasienten, de sa ofte: så fint at alle hører, dere ser hele meg. Det savner jeg ellers i helsevesenet»

«..det handler også om forventninger fra de pårørende»

«Dette har vært en kunstig setting i testen, men det å være et samordna team, og vi gikk ut sammen og vi samhandlet mer så er det et kjempepluss» «en pang start»

«Ene gangen var jeg alene, jeg følte meg på gyngende grunn når jeg gikk utenfor min fagsone» «en test er et verktøy, men har sin fagtilhørighet»

«Vi trenger et formøte før vi drar hjem til pasienten» «og et felles møtepunkt etterpå hvor pasienten er tema»

Nettbrett

I forkant av testperioden ble det, gjennom workshop arbeid med fagpersonene og Imatis, bestemt hvordan de valgte testene kunne legges inn i nettbrettet og hva slags informasjon som skulle legges inn. Vi ønsket å se hvordan bruk av denne teknologien kunne være til støtte for arbeidsprosessen og samhandlingen i teamet.

«Det er så lettvint, det er bare klikk – klikk, jeg har savnet det etter at jeg er ferdig med testen. Jeg slipper å forholde meg til alle arkene»

«Jeg er ikke så komfortabel med bruk av nettbrettet, jeg har aldri brukt sånn før, jeg må ha mer tid til å lære meg det»

«Det er veldig effektivt, skrivejobben er gjort ute hos pasient»

«Jeg syntes det var smalt litt sånn teknisk sett. Det var vanskelig å finne eksakt pasient, tastaturet fløt rundt og jeg visste ikke hva jeg hadde skrevet»

«...sånne små forstyrrelser blir styrete når jeg sitter hos pasienten, og når jeg sitter hos pasienten, må jeg ha fokuset mitt der, ellers går jeg tilbake til det gamle allikevel»

«..jeg har blitt glad i det nettbrettet, kunne ønske jeg kunne fått det, spesielt på testene. Jeg plotter det rett inn, veldig god hjelp. Lettvint»

«..fikk systematisert info på ett sted- får kartlagt det du skal, du har et utgangspunkt for revurdering og retest»

«..det må snakke på tvers med journalprogram og datasystemer»

«Jeg ser hva de andre fagpersonene har gjort»

«Pasienten kunne hatt nettbrettet selv» «Følge sin egen utvikling»

«Motiverende for pasienten»

«Kunne hatt en egen app, «min rehabilitering» det hadde vært fint for pasienten og de pårørende»

«.. nettbrettet gjorde oss litt hjelpeløse og ikke så suverene»

«Ingen var bekymret for personvernet sitt»

«Jeg var forundret at ingen av de vi spurte var negative til nettbrettet»

«Får vi teknologien til å snakke samme kunne resultatet sendes fastlegen. Med viktig beskjed fra teamet»

«Hadde pasienten hatt brettet kunne vedkommende delt dette med legen»

«Pasienten gjør testen sammen med helsepersonell, det er tryggere og mer ufarlig enn om de gjør tester på egenhånd og ikke kunne ane hvordan resultatet tolkes»

«Nettbrettet kan gjøre pasienten mer ansvarlig for egen rehabilitering ved å dele informasjonen på brettet»



«Effektivt, slipper dobbeltarbeid, om det i tillegg går rett i journalen, da er det supert»

«Men, om det bare er mellom bruker og team, da er det fortsatt i «silo»

«..tenk om det kunne kommunisert med NAV og søknader dit...»

«Teknologien kan gjøre det enklere å få oversikt over frivillige lag og foreninger i lokalsamfunnet. Det er viktig at dette kan sees i sammenheng med samvalgshjulet»

Ved spørsmål til teamet hvordan de opplevde å dra hjem til personen og foreta vurderingen i hjemmet kom følgende svar:

«Det er en fin arena å møte pasienten på»

«Jeg vil si det er en forutsetning»

«Det er kjempeviktig, da ser vi dem i deres egen setting. Det er så mye informasjon vi får, når vi kommer inn og ser hvordan ting fungerer. Hvordan de har ordnet seg i hjemmet. På vårt kontor kan de si om de har problemer med noe, så vet jo ikke vi hvordan det ser ut. Da kan vi finne ut av det fortere. Hjemme er pasienten trygg, den er på sin arena»

«Vi kan gi trenings tips i hjemmet som fungerer» «Vi kan se om det er så vanskelig å bo hjemme at de faktisk må ut av hjemmet»

«At det skjer hjemme og i nærmiljøet og at man tar i bruk nærmiljø, lokalsamfunn og frivillige er viktig»

Ved spørsmål om det var gjort en vurdering om behov for rehabilitering ved sykehuset før utskrivning til hjemmet sa de:

«Nei, det var det ikke, men det eneste var at den ene hadde fått med seg en henvisning til fysioterapi, men det var det eneste»

I forhold til helhetlig pasientforløp og hva teamet mener er viktig, gav de følgende svar:

«..det er viktig med tidlig varsling fra sykehuset»

«..det er forvaltningskontoret som får beskjed fra sykehuset. Ved meldingsutveksling, da tenker jeg: Hva får vi i dag? Hvem får det og hvor tilfeldig er det? Hvilke veier går informasjonen?»

«Det burde være en sjekkliste ved utskrivning»

I forhold til samarbeid med fastleger og hvordan de kunne vært i forhold til team svarte de:

«Jeg opplever det som kjempevanskelig å jobbe i tverrfaglig team med fastleger, fordi de er så opptatte med å være på kontorene sine med pasientene.»

«Det er kjempevanskelig med medisiner, hva gjør sykehuset og hva gjør fastlegen med det?»

Oppsummering hovedfunn

Her følger en oppsummering av de erfaringene personene og fagpersonene hadde etter gjennomføringen av testperioden. Først følger personene sine erfaringer; deretter følger fagpersonenes erfaringer. Begge gruppene er å regne som brukere i denne testen. Personene er potensielle brukere av et rehabiliteringsteam; teamet reiser hjem til dem for å gjennomføre rehabiliteringsvurdering. Fagpersonene er også brukere i dette perspektivet; de benytter en «verktøykasse» av tester, benytter nettbrettet som et verktøy for samhandling og for å understøtte arbeidsprosessen, de arbeider i team sammensatt for å gjøre en tidlig rehabiliteringsvurdering i personenes hjem. Hvordan opplever de som brukere at dette fungerer?

Personer

Intervensjonen er bare gjennomført i sin helhet på seks personer, det betyr at det er vanskelig å generalisere og trekke konklusjoner basert på så få svar. Allikevel vil bruk av semistrukturert intervju av personene som metode, kunne generere kunnskap og si noe om de erfaringene de som har deltatt sitter igjen med. Dette kan også kunne sies å ha overføringsverdi til andre.

Intervjuet ble foretatt av avansert geriatrik sykepleier som var en del av teamet og som leder VA i Eidsberg; prosjektleder fra prosjektet var med for å gjøre notater og delta i utspørringen. Det er viktig å erkjenne at det kan prege svarene at de samme som har vært og gjennomført intervensjonen også er med i intervjuet for å evaluere opplevelsen de sitter igjen med. Men; det kan også sees i lys av at det etablerer tillit og sørger for mer informasjon enn om helt ukjente gjennomførte intervjuet. Dette ble diskutert med avansert geriatrik sykepleier og med følgeforskere; og det ble besluttet å gjennomføre som beskrevet.

Det synes å være enighet om at det oppleves som meningsfullt at teamet kommer hjem til personene for å gjøre vurderingen. De har alle bak seg en sykehusinnleggelse og har nylig kommet hjem (5 gjennomførte vurderingen en uke etter hjemkomst, og en to uker etter hjemkomst). Å slippe å reise ut av hjemmet for å foreta denne vurderingen uttrykkes som bra i forhold til flere faktorer. De har nedsatt funksjon, de må ha hjelp til transport, uttrykker slitenhet og at det er godt å kunne være i hjemmet etter innleggelse.

Fordi de har opplevd funksjonsfall, var det meningsfullt at det ble vurdert om de hadde behov for rehabilitering:

« ..fordi jeg trenger å få gått på disse bena mine» (Int.5)

Det ble ikke gitt uttrykk for at dette ble gjort for tidlig etter hjemkomst, og at de kom to terapeuter samtidig; opplevdes som positivt.

Av de seks som så på samvalgshjulet, var det en som hadde sett det før, de andre så det for første gang. Selv om de akkurat hadde kommet hjem, ble det oppfattet som nyttig å også ta opp temaer rundt familie, matlaging, sosial omgang; «hva er viktig for deg temaer»:

« det vil hjelpe meg veldig...at disse tingene blir gjort noe med» (Int.1)

«...jeg ønsker mer sosial omgang, da kunne vi snakke om det»(Int. 3)

Synspunkter på bruk av nettbrett som arbeidsverktøy for fagpersonene som kom hjem til dem var, bortsett fra hos en person, positive. Det ble ikke beskrevet som et hinder eller noe fremmed som skapte distanse mellom personen og teamet. Det ble gitt uttrykk for at de kunne tenke seg å bruke det selv. Flere påpekte at det måtte være med på å effektivisere og forenkle arbeidet til fagpersonene ved hjemmebesøket. En av personene hadde ikke noe betenkeligheter med bruk av nettbrettet, men roboter på sykehjem hadde hun hørt om og det var ikke greit!



«...den utviklingen som kommer at roboter skal inn på sykehjemmene, at de skal gi deg mat og ... det synes jeg ikke noe om...det kommer til å bli sånn...» (Int. 3).

Fagpersoner

De var godt fornøyde med verktøykassen de hadde satt sammen, men de erkjente at det er viktig at den kan justeres og tilpasses etter behov. Testene som var satt sammen i verktøykassen gav en god funksjonsvurdering, men at det var behov for å justere på innhold i forhold til det sykepleiefaglige. Verktøykassen opplevdes nyttig fordi den sikrer like tjenester, men allikevel ivaretar det individuelle til hver person som blir vurdert. Det hjelper til og sikrer at det jobbes systematisk, det var lett å måle og gav godt grunnlag for test-retest.

«..det blir ingen synsing», som en uttalte.

Verktøykassen gir et godt grunnlag for utarbeidelsen av en individuell plan der det er behov for det. Som en sa: *«..jeg ville brukt verktøykassen i min vanlige jobb».*

De opplevde også at samvalgshjulet, som var en del av verktøykassen, var viktig så tidlig inn i forløpet fordi det *«..hjelper pasienten å tenke gjennom livet».*

Når det gjaldt det å jobbe i team, så var dette en positiv opplevelse for fagpersonene. De opplevde det som en fordel å være to samtidig, det gav tillit og personene gav uttrykk for at de følte seg veldig ivaretatt. Å gjøre en sentral kartlegging i felleskap i teamet på første besøk opplevdes positivt. De beskrev viktigheten av å ha en felles base for teamet; en møteplass for å kunne forberede besøk, snakke sammen og evaluere. De mente at de kunne fint vært tre samtidig.

«..men det å være et samordna team, og vi gikk ut sammen og vi samhandlet mer så er det et kjempepluss, en pang start».

En hadde erfaring fra sin vanlige jobb at de var fire i teamet, og det var en styrke i oppstart av rehabilitering.

Men, de sa også at de hadde hver sin «fagsone» og at det var bra de kunne ha den fordelingen.
«..en test er et verktøy, men har sin fagtilhørighet»

Angående nettbrettet og bruk av samhandlingsteknologi; så kom det frem at det opplevdes som nyttig, effektivt og lettvin.

En av de sa etter testperioden:

« ..jeg har savnet det etter at jeg var ferdig»

Men det var klare tilbakemeldinger på at det er viktig med god opplæring av de som skal benytte teknologien. I testgruppen var det ulikt hvor komfortable de var med bruk av nettbrettet, og at de trengte ulik opplæringstid på å lære seg teknologien. Det kom også frem hvor viktig det er å teste ulike nettbrett i forkant. De erfarte at nettbrettet var noe tungvint med et tastatur som flyttet seg over skjermen og la seg oppå det som var skrevet. Det skal lite til av forstyrrelser med det tekniske før det blir «styrete» som en av de beskrev.

De var overrasket over hvor lite bekymret personene de besøkte var for om personvernet var ivaretatt, og at de var så positive til teknologien.

De følte absolutt at teknologien bidro til å lette samhandlingen, sikret arbeidsprosessene, hjalp dem å jobbe systematisk og sparte dem for tid. De understreket imidlertid at det er viktig at det som legges på nettbrettet kunne gå rett i journal. De så også for seg hvordan fastlegen, NAV og hjelpemiddelsøknader kunne involveres i samhandlingen på nettbrettet.

Å komme tidlig hjem til personene i deres hjem opplevde de som viktig og informasjonsrikt.

Denne arenaen gav innsikt i hvordan personene har det hjemme, og om det er den beste plassen å være i forhold til behov for riktig oppfølging og tiltak. At vurderingen skjer hjemme, er viktig. De understreket også at det ikke var gjort noen form for rehabiliteringsvurdering før utskrivning fra sykehuset, unntatt hos en som hadde fått med en henvisning til fysioterapi. De var opptatt av meldingsutvekslingen mellom sykehus og kommuner før utskrivning, hvilke veier går informasjonen? «... det burde være en sjekkliste ved utskrivning».

Det var også spennende å høre i intervjuet hvordan de hadde ideer til utvikling av «apper» og forslag til at teknologien kunne følge personen; dvs at nettbrettet lå hos personen. De hadde også innspill på at de trodde at bruk av nettbrettet og mer involvering av personen i forhold til nettbrettet, ville bidra til å involvere personen mer i sin egen rehabiliteringsprosess.

Imatis sin evaluering av testperioden

Innledning

Imatis har vært teknologipartner for prosjektet "Småskaletesting av en ny innovativ tjeneste for hjemmebasert vurdering av rehabiliteringsbehov". Utprøvingen har vært gjennomført høsten 2016. I dette notatet deler vi noen refleksjoner rundt nytten, utfordringer og videre muligheter med den tekniske løsningen som ble brukt i prosjektet. Bakgrunnen er de muntlige tilbakemeldingene vi har fått fra prosjektleder og ansatte i Helsehuset IKS.

Teknologiløsning

Følgende teknologiløsninger ble brukt i test-perioden.

Elektronisk oversiktstavle (for bruk på pc eller veggskjerm) som gir oversikt over pasientene, tidspunkt for hjemmebesøk, og innhold for og resultater for valgte vurderingstester (Barthel, COPM, SPPB, Samvalg, Gripestyrke).

Applikasjon på nettbrett (Lenovo Windows 10) for å kunne gjennomføre og registrere resultater for de ulike vurderingstestene hjemme hos pasient.

Løsningen ble satt opp som sky-løsning med tilgang via nettleseren Internet Explorer nettleser, på nettbrett og pc.

Nytte

Tilbakemeldingene fra testbrukerne tyder på at det var enkelt og oppleves som nyttig å kunne registrere informasjon i sann-tid ute hos pasienten, og ha en løsning som ga felles oversikt over pasientene og de gjennomførte vurderingsbesøkene. Dette samstemmer med våre egne erfaringer med denne type løsninger hos andre kunder. Tid spares og informasjonskvalitet øker når de ansatte får mulighet til direkte digital registrering, uten behov for papirregistrering som første ledd. Informasjonen kommer opp i oversikter og gir et felles og oppdatert bilde av pasientens status og behandling. Betingelsen er at den digitale løsningen er enkel å bruke og er tilpasset de ansattes arbeidsflyt. Løsningen som ble tatt i bruk i testen var konfigurert på bakgrunn av en detaljert kartlegging av de ansattes informasjonsbehov og arbeidsflyt. Tilbakemeldingene fra prosjektleder og testbrukerne tyder på at dette har vært avgjørende for den endelige løsningens brukervennlighet. Likefullt vil det, i praktisk bruk, alltid komme på ny innsikt og behov for endringer. Så også i denne testperioden, hvor man ser behov for endring i noen av informasjonselementene. Erkjennelse av at behov endrer seg og at tilpasning til arbeidsflyt er et viktig kriterium for brukeradopsjon, er årsaken til at Imatis har verktøy for konfigurering som standard del av vår produktportefølje.

Identifiserte utfordringer og videre arbeid

Det synes som den primære utfordringen som noen brukere opplevde med teknologien var knyttet til bruk av det skjermbaserte tastaturet på nettbrettet. Vi ser at Microsoft OS sitt skjerm-tastatur bød på noen utfordringer; f.eks. må tastaturet ofte hentes opp manuelt og kan komme i veien for feltet man skriver i. Dette fører til unødig mye fikling og ekstra tastetrykk. Andre nettbrett kan være mer egnet. Strukturert opplæring bør sannsynligvis også vektlegges (bedre) i neste fase.



Selv om testpersonene rapporterte at det var svært nyttig å kunne se hva andre hadde utført av oppgaver og vurderinger, så syntes det som oversiktstavlen ble benyttet i kun begrenset grad for felles planlegging av tiltak i teamet. Her er det et uutnyttet potensiale for videre utprøving og rutineutvikling. Det er også potensial i å utnytte løsningen for digital samhandling mellom Helsehuset og sykehus. Involvering av fastlege i informasjonsflyten med felles behandlingsplan for pasient bør også være del av et fremtidig mål bilde. Helhetlig informasjonsflyt vil forøvrig være betinget av integrasjon med journal; et område Imatis allerede arbeider med. Skyløsningen som ble benyttet i testen er sikkerhetsvurdert og kan benyttes videre om det er ønskelig. En gjennomgang av teknisk arkitektur bør uansett legges inn i et videre utprøvingsløp.

Fokus i testen har vært på utprøving av nettbrett hjemme hos pasient. Man kunne kanskje forvente at enkelte av de eldre pasientene ville være skeptiske til den type "moderne" teknologi. Det er interessant at negative kommentarer fra pasientene har vært fraværende. Det tyder på at testpersonene har brukt verktøyene "riktig", dvs ikke latt nettbrettet bli et hinder for god kommunikasjon med pasienten men heller en mulig gjører. Imatis ser frem til å utforske dette mulighetsrommet, med flere, i videre samarbeid med Helsehuset IKS i 2017.

Ingrid Svagård, 9 desember 2016



2.6.7 Konklusjon

Hovedhensikten med vår testperiode har vært å teste hvordan et tverrfaglig team kan gjøre en vurdering av rehabiliteringsbehovet hjemme hos personen for å sikre tidlig oppstart av rehabilitering etter utskriving fra sykehus eller helsehus.

- For å få svar på dette valgte vi å designe testen ut fra følgende spørsmål:
- Hvordan fungerer de standardiserte verktøyene?
- Egner sammensetningen av verktøyene seg for å kunne si noe om personenes rehabiliteringsbehov?
- Hvordan kan teknologi understøtte samhandlingen?
- Hvordan kan teknologien understøtte arbeidsprosesser?

Sammensetningen av testene var godt egnet til å gjennomføre en vurdering i forhold til rehabiliteringsbehov, men at det burde suppleres med smerte og ernærings kartlegging. Det vil si at innholdet i en verktøykasse hele tiden må tilpasses teamet. Fagpersonene reflekterte også over om alle testene skulle gjøres ved første besøk. Dette viser bare hvor viktig det er at det er en kontinuerlig evaluering over hvilke verktøy som skal inngå i en kartlegging og hva som skal testes når. Men, at det er vesentlig at det benyttes validerte tester for å systematisere, unngå synsing og sikre muligheter for retesting og oppfølging.

Det kom også tydelig frem at det å gjennomføre testen i personenes eget hjem gav informasjon som er vesentlig i vurdering av rehabiliteringsbehov. At teamet kom så tidlig inn etter hjemkomst ble ikke opplevd som vanskelig for personene. Fagpersonene selv opplevde at de kunne gjennomføre vurderingen godt, men at individuelle tilpasninger selvfølgelig måtte gjøres.

Både fagpersonene og personene som var med i testen opplevde bruk av teknologien som positiv. Fagpersonene beskrev hvordan nettbrettet gjorde arbeidsprosessen med registrering og systematisering av tester som skulle gjennomføres lettere. De sparte tid og informasjonskvaliteten økte da de fikk mulighet til direkte digital registrering. Men at det er viktig at løsningen er enkel å bruke og at den er tilpasset de ansatte sin arbeidsflyt. I forhold til hvordan denne testperioden var organisert, så ble ikke samhandlingsaspektet fullt utnyttet. De benyttet i liten grad muligheten som oversiktstavlen kan gi i fellesmøter og planlegging av tiltak. Fagpersonene beskrev at de i en «virkelig» teampraksis skulle ønske at de kunne ha felles møte før de drar til pasient og felles møter etterpå for å sikre treffsikre tiltak og oppfølging.

Testperioden har gitt oss verdifulle erfaringer både i forhold til team, systematisering av kartlegging, bruk av validerte tester, vurdering gjort i personers hjem og hvordan teknologi kan understøtte arbeidsprosesser og samhandling.

Følgende momenter tas med videre ved design av neste års arbeid ang. tverrfaglig team og mulig videreføring av denne teknologien vi har testet ut:

- Bruk av felles oversiktstavle i fellesmøter og planlegging av tiltak
- Digital samhandling mellom sykehuset og Helsehuset
- Involvering av fastlege i informasjonsflyten
- Integrasjon med journal
- Vurdere hvilket nettbrett som er best egnet
- Strukturert opplæring
- Evaluering

Disse erfaringene vil danne et godt utgangspunkt for planlagt pilotperiode av tverrfaglig vurderingsteam og bruk av teknologi i 2017.

2.6.8 Referanser

Informasjon om Barthel på Norsk helseinformatikk hentet fra internett 13.10.2016;
<http://nhi.no/forside/skjema-og-kalkulatorer/skjema/barthel-adl-indeks-3248.html>

NKRR, klinisk verktøykasse hentet fra internett 13.10.2016;
<http://diakonhjemmetsykehus.no/#!/diakon/forside/helsepersonell/nasjonal-kompetansetjeneste-for-revmatologisk-rehabilitering/klinisk-verktoyer/alfabetisk-liste>

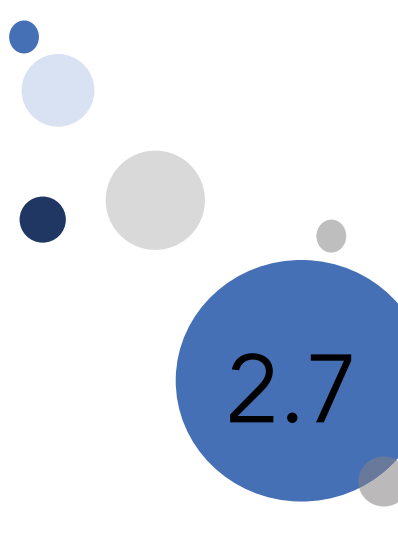
Informasjon om samvalg på helsenorge.no hentet fra internett 13.10.2016:
<https://helsenorge.no/rettigheter/samvalg>

Nilsen, Tove (2010). Masteroppgave: Håndkraft. Referanseverdier for voksne og faktorer som har sammenheng med håndkraft. Seksjon for helsefag, Det medisinske fakultetet, Universitetet i Oslo.

Merriam, Sharan B. (2009). Qualitative Research. A guide to Design and Implementation. Jossey-Bass.

Sintef, (2016). Rapport. Samhandling og IKT- støtte for pleie-og omsorgstjenesten i Bærum commune. Erfaringer med IMATIS Visi I Bærum kommune.

Thingstad, Pernille. (2013). Screening for fysisk funksjon hos eldre: Norsk oversettelse av Short Physical Performance Battery (SPPB). Fagartikkel i Fysioterapeuten 5/2013. Se internett:
<http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Norsk-oversettelse-av-Short-Physical-Performance-Battery-SPPB>



2.7

Workshop - Ambulant rehabiliteringsteam



Innhold

- 2.7.1 Innledning
- 2.7.2 Deltakere
- 2.7.3 Problemstilling
- 2.7.4 Resultater

2.7.1 Innledning

Arbeidsoppgavene i prosjekt «Innovativ rehabilitering i Indre Østfold» har vært fordelt i tre arbeidsgrupper. Helhetlig pasientforløp, interkommunalt rehabiliteringsteam og senger samt teknologi i et rehabiliteringsforløp.

I storsamlingen 23.11.16 ønsket prosjektledelsen å gi arbeidsgruppene en oppgave som forente gruppenes arbeid. De ble delt i tre nye arbeidsgrupper og jobbet med en problemstilling som prosjektledelsen hadde utarbeidet.

De jobbet i tre «nye» grupper på tre arbeidsrom og etter en time var det felles diskusjon og oppsummering; dette for å sikre bredde i problemløsingen.

2.7.2 Deltakere

Kristian Devold, Maren Lovise Aasen, Alf Johnsen, Ada Bjerke, Arne Lein, Espen Storeheier, Kirsten Sæther, Runar Stemme, Vigdis Brødremoen, Wenche Hammer, Aslak Aftenstjerne, Åsmund Kobbevik, Irene Teigen Paulsen og Kari Anne Dehli

Følgende måtte melde frafall: t: Eivind Bjørnstad, Hilde Sørli, Unni Hegle, Aase Maren Øiestad Hesleskaug, Pia Rødli, Ann Kristin Sæther, Carina Kolnes og Ina Kristin Blågestad.

Alle fikk resultatene og referatet tilsendt etter workshopen, og kunne komme med innspill som ble tatt med i endelig referat.

2.7.3 Problemstilling

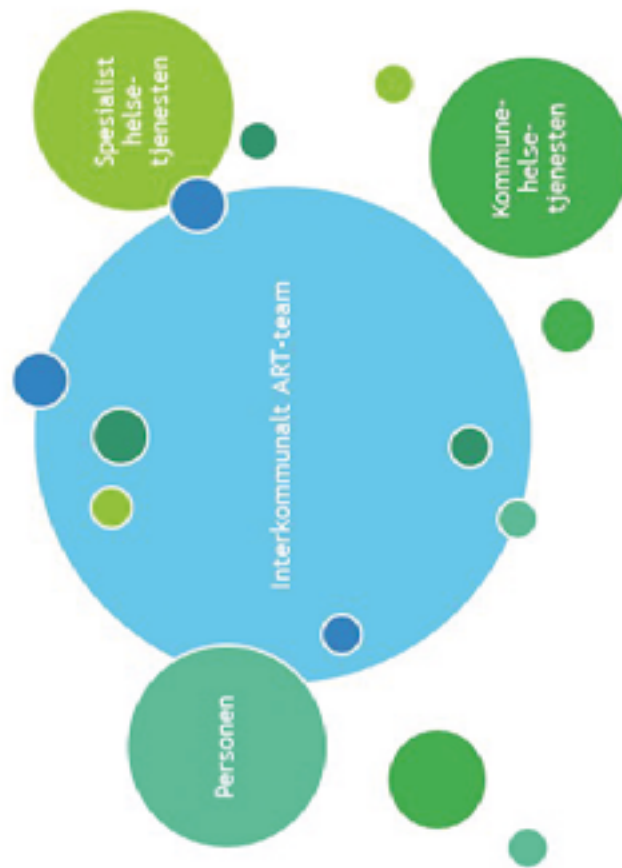
Gjennom prosjekthøsten har gruppene jobbet godt med sine arbeidsoppgaver. Rehabilitering handler om koordinerte tjenester med tverrfaglig kompetanse, og forløpet går på tvers av virksomheter og nivåer.

Deltakerne ble delt i tre grupper, og bedt om å se på hvordan et interkommunalt ambulant rehabiliteringsteam (ART) kan fungere i et helhetlig rehabiliteringsforløp, ut fra person, kommune og spesialisthelsetjenesten;

1. Sammensetning og funksjon
2. Bruk av teknologi
3. Forventede effekter og måleindikatorer

Hva medfører det av endringer for din rolle?

Oppgave, storgruppemøte 23.11.16



Deltakerne deles inn i tre grupper:

1. Personen
2. Kommunehelsetjenesten
3. Spesialisthelsetjenesten

Hver av de tre gruppene skal beskrive hvordan et interkommunalt ART-team kan fungere i et rehabiliterings-forløp:

1. Sammensetning og funksjon
2. Bruk av teknologi
3. Forventede effekter og måleindikatorer

Hva slags endringer medfører dette for «din» rolle?



3.5.4 Resultater

Resultatene som gruppene la frem presenteres her i sin helhet på inndelt etter gruppe.

Gruppe 1. Person

- Hva det innebærer å ansvarlig gjøre personen og avklaring av hvilken rolle personen skal ha vurderes i samråd med personen
- Det er personen som bestemmer
- Tilnærmingen – hva er viktig for deg?
- Hvorfor det er viktig for deg å svare på det, og hva betyr det i denne sammenhengen
- Samvalgsforutsetningen – hva denne personen kan delta i
- Fagpersoner må sørge for at hver person ut fra sine forutsetninger preger de valgene som blir gjort. Som person ønsker jeg at teamet møter meg som den jeg er.

Sammensetning og funksjon til teamet

Et basisteam i vurderingsteamet

- Personen må få informasjon om hva den blir henvist til og hva som skal skje - muntlig og eksempelvis vha en brosjyre
- Den som henviser må gi en del info til vurderingsenheten, personen skal slippe å gjengi alt
- Personen møtes av en fagperson – ergo/fysio/spl
- En lege være en del av teamet
- Basisteamet trenger ikke være likt, men tilpasset problemstillingen

I første møte

- Kartlegge så langt at man bestemmer den tverrfaglige vurderingen som skal skje
- Ytterligere klarlegge personens muligheter som f.eks. vurdere i hvilken grad personen skal holde i prosessen

En pilotstudie – ART

- Vil kunne gi oss bedre innsikt i hva som vil fungere godt
- Ha noen forslag, noen føringer, utforske sammensetningen
- Bygger opp innholdet i teamet, ev skiftes ut etter hvert

Modellen - vurderingsenheten

- Ikke en prosess som er definert tidsmessig, men ut fra hva som vurderes som viktig å gjøre.
- Teamets første besøk – kan være en fordel å være tre – for nødvendig kartlegging.
- Lege ikke nødvendig for alle møter, vurdere ut fra henvisningen.
- Fastlegen kan være legen.
- Det er best om fastlegen henviser, eks at hjemmesykepleien kontakter fastlegen for henvisning.
- Kontakt lege til lege (en suksessfaktor for døgnenheten ved Helsehuset) – både for fastlege og spesialisthelsetjenesten.
- NB! Rehabilitering er mer enn bare helse, selv om helsesituasjonen ligger i bunn.
- Som person ønsker jeg at det er systemet som står for henvisning.
- Til det første møtet, skal en del være kjent, så jeg slipper å begynne på nytt, men se på hva som er viktig for deg.

**Kvalitet på henvisningen**

- Lage en mal som er funksjonell for fastlegen – lages i samarbeid med fastlegen.
- Informasjonen som følger personen i det første møtet, må være god.
- Henvisere er flere, derfor være ulike maler.
- Også lov å henvise uten mal, men via fastlegen er en fordel.

Bruk av teknologi**Nettbrett**

- Eksempelvis kan resultater fra tester legges inn og brukes som motivasjonsfaktor for personen.
- Det som er gjort skal være tilgjengelig for personen.
- Samvalg – kan ev ses på i ro og fred ev med familie først, deretter med helsepersonell.
- Mulighet for skjermbasert møte.
- Mulighet for skjermbasert spørsmål og svar.
- Vurdere bruk av teknologi i det første møtet, hva har og kan personen av teknologi?
- Pårørende kan hjelpe med teknologi – eks barnebarn

Skjerm og ergometersykkel

- Ergometersykkel – med skjerm som viser veier i lokalmiljøet
- Nettbrettet skal understøtte

Innspill

- Om personen har et potensiale og ikke vil – motivasjon er en del av rehabilitering!

Forventede effekter og måleindikatorer

- Eksempelvis ulike kartlegginger som man følger opp, bruk av validerte tester.
- Konkrete tall som sier noe om teamets lønnsomhet.
- Senger kan frigjøre midler til å ha et team.
- Antall timer med kompenserende tjenester.
- KOSTRA - utfordre kommunene på å bruke KOSTRA tall på samme måte – sikre en baseline

Andre måter å se på dette på:

- Pasienten designe sitt forløp, kan bruke x antall tjenester, plukke tjenester. Da gjør man noen annet.
- Brukerstyrt assistent. Hva trenger du, hva hjelper deg?

Gruppe 3. Spesialisthelsetjenesten

Sammensetning og funksjon

- Basisteam – definere hvordan det fungerer mot spesialisthelsetjenesten.
- Hvilket krav har spesialisthelsetjenesten på seg? Hvordan er de et tyngdepunkt for rehabilitering?
- Lage gode samarbeidsavtaler og sjekklister for overføring og samarbeid.
- Ha sjekkliste for overføring / en fast person som har kontakt mot sykehuset.
- Vi vil det skal være gjort en rehabiliteringsvurdering før personene sendes ut.
- Ahus har gjort en telling – 8% av de som sendes ut trenger rehabilitering.
- Hvordan kan spesialisthelsetjenesten sørge for å gjøre en vurdering?
- Hvordan kan teamene møtes?

Teknologi

- Frikjøp av kompetanse fra spesialisthelsetjenesten, samhandlingsmidler fra Helse Sør-Øst? Teknologien kan hjelpe til med dette.
- Snakke samme språk, ha mange møtepunkter.
- Rutiner og sjekklister, kontaktpunkter.

Innspill:

- Klinisk samarbeidsutvalg - lage sjekklister som innebærer at man ikke får avsluttet personen før angitte forhold er vurdert.
- Viktig at Sykehuset støtter opp om kommunen når den får større ansvar; sikre flyt i arbeidet.
- Holdning til den vurderingen som er gjort i teamet.
- Krav til tyngdepunkt, hva ligger i det for kommunen?
- Strukturendring – hvor sendes personene, bruk av private opptreningsinstitusjoner vs kommunal rehabilitering.
- Kunnskap om lokalsamfunnet – det er viktig at noen i vurderings teamet har kunnskap om lokalsamfunnet – en kulturarbeider – tenke lokalsamfunn.
- Eks app for hver kommune – en ide for hvordan det kan gjøres tilgjengelig hva som skjer i lokalsamfunnet.
- Frisklivssentral har aktivitetskatalog; tips til vurderings team.
- Lokalkunnskap er en forutsetning for å mobilisere utover helsedelen.

Innspill i etterkant av workshop

Et ART – team kan:

- Serve alle kommunene ut fra prioriterte oppgaver. Alle kommuner har ikke samme behov hele tiden.
- Følge opp pasientene godt i samarbeid med hjemkommunen.
- Gi god veiledning og opplæring til person, pårørende og helsepersonell i kommunene.

Avslutning

Disse innspillene tas med i det videre arbeidet i prosjekt «Innovativ rehabilitering i Indre Østfold» neste år. Å jobbe frem et ambulant rehabiliteringsteam er en av oppgavene i prosjektet i 2017; og ansees som en viktig forutsetning for å styrke rehabiliteringen i Helsehuset sine eierkommuner og sikre et helhetlig rehabiliteringsforløp.



Gruppe 2. Kommunehelsetjenesten

Funksjon

1. Tidlig vurdering

- Vurdering hjemme. Vurdering på sykehus?
- Vurdere og finne personens motivasjon og evne til være koordinator i egen rehabilitering.
- I samråd med pasienten finne riktig nivå på innsats og tjenester, og designe forløp med tiltaksplan.
- Problemstilling: Hvem henviser? Hva utløser teamkontakt?

2. Tilrettelegging i hjemmet

3. Veiledning av PLO

- Hverdagsrehabilitering.

4. Behandling

- Intensiv rehabilitering i en oppstart.
- Teamet skal ikke utføre hverdagsrehabilitering; men kan henvise til det.

Ett og samme team gjør vurderinger og behandling.

Sammensetning

Basisteam

- Profesjoner: Sykepleier (spesielt vurderinger), Fysioterapeut, Ergoterapeut.
- I vurdering: Pleier og terapeut.

Tilgjengelig kompetanse

- Geriatrisk sykepleier
- Logoped
- Sosionom
- Kompetanse om lokalsamfunnet.
- Spesialisthelsetjenesten
 - Lege
 - Nevropsykolog
 - Logoped

Teknologi

- Benytte video/skype overføring for å «få med spesialisthelsetjenesten ut» til personene når det er behov for kompetanse som bare er tilgjengelig i spesialisthelsetjenesten.

Kommunens rolle

- Etterspørre rehabiliteringspotensiale.
- Arbeide ut i fra personens/pasientens/brukerens mål.
- Gi hverdagsrehabilitering/understøtte hverdagsmestring.



HELSEHUSET – Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS
Eventyrveien 2, 1807 ASKIM

www.iomk.no