



Prosjekt Innovativ rehabilitering

Indre Østfold

SENGER FOR INTENSIV REHABILITERING

Arbeidsgruppens levering

10.05.17





Innhold

Sammendrag	2
Del I.....	3
1 Mandat	3
1.1 Føringer fra forprosjektet.....	3
1.2 Mål og leveranse	3
2 Deltakere	4
2.1 Gruppesammensetning	4
2.2 Eksterne bidragsytere.....	4
3 Prosess.....	5
3.1 Møter i arbeidsgruppen	5
3.2 Møter i referansegruppene	5
3.3 Temaer	5
Del II.....	6
4 Rehabilitering	6
4.1 Definisjon.....	6
4.2 Inndelinger	6
5 Betydningen av senger for intensiv rehabilitering	8
5.1 Situasjonsbilde.....	8
5.2 Behov for endringer	9
5.3 Risiko ved endringer	11
6 Personperspektivet	12
6.1 Samfunnsbasert rehabilitering	12
6.2 Myndiggjøring av person.....	12
7 Innretning av senger for intensiv rehabilitering.....	13
7.1 Formål og målgruppe	13
7.2 Dimensjonering	14
7.3 Aktivitet og innhold	15
7.4 Kompetanse og bemanning.....	19
7.5 Samhandling og funksjonsfordeling	20
7.6 Teknologi	21
8 Kostnad og effekt	23
8.1. Sammenlikning med andre rehabiliteringsenheter	23
8.2 Sykehjemsplass justert for ekstraressurser.....	24
8.3 Rehabiliteringsavdeling samlokalisert med døgnetenheten på Helsehuset	25
8.4 Effekter i kommunene.....	26
8.5 Personeffekt	27
8.6 Gevinst- og kvalitetsindikatorer	27



Sammendrag

Prosjekt Innovativ rehabilitering etablerte januar 2017 et delprosjekt for senger for intensiv rehabilitering (SIR), som retter seg mot personer som har behov for rehabilitering på institusjon. Arbeidsgruppen fikk i oppdrag å legge frem forslag til en sengeenhet for intensiv rehabilitering i Indre Østfold, som erstatter senger for rehabilitering ved korttidsavdelingene på sykehjemmene.

Arbeidsgruppens oppdrag har vært å utarbeide underlag for hørings sak. Modell for realisering og organisering av sengeenheten er tatt ut av leveringen, fordi dette er vanskelig å se uavhengig av kommunestruktur jf. Stortingsbehandling 8. juni 2017. Dette betyr altså at forslag om lokalisering, samt finansiering og budsjett vil utarbeides i en eventuell neste fase.

Arbeidsgruppen slår fast at vi behøver en styrking av døgnbasert rehabilitering i regionen. Det legges vekt på høy terapitetthet, treningsintensitet og et strukturert opplegg, for å få effekt av rehabilitering. Aktivitet bør skje gjennom hele døgnet, i mye større grad enn det som foregår i dag. Anbefalingene baseres på forskning som viser at kommunal rehabilitering ved en dedikert enhet gir høyere funksjonsbedring for den enkelte og reduserte utgifter for kommunene etter rehabiliteringsopphold¹.

Kartlegging av rehabiliteringsaktivitet ved sykehjemmene viser at det er store variasjoner i praksis for inntak på rehabiliteringsplass, reinnleggelser og lengde på rehabiliteringsopphold mellom kommunene. Blant utfordringene ved dagens institusjonsbaserte rehabilitering er at det er små rehabiliteringsmiljøer ved korttidsavdelingene på sykehjemmene (fra 1 til 4 senger) og det er få terapeuter.

I gjennomsnitt benyttes 16-17 senger til rehabilitering i Indre Østfold i dag. Dersom man legger statistiske tall til grunn, med en intensjon om å etablere et effektivt tilbud i Indre Østfold, kan man se for seg at en felles enhet for døgnrehabilitering bør dimensjoneres et sted mellom 10 og 15 senger. Innretning og bruk av evt. dagplasser kan påvirke dimensjoneringen av antall døgnplasser. Det samme kan gjelde omfang og bruk av tverrfaglig vurderingsteam (TVT).

Prisestimatene synliggjør at etablering av en enhet for intensiv rehabilitering vil medføre en ekstrakostnad for kommunene. Det vurderes imidlertid at satsningen på SIR gir en mer bærekraftig utvikling og kan bidra til å redusere behovet for sterk volumøkning innenfor pleie- og omsorg, ved at personer settes i stand til å klare seg hjemme lengre.

I denne rapporten er det lagt vekt på å presentere rammer og innhold i en tenkt enhet for intensiv rehabilitering i Indre Østfold, slik at høringen kan gi en prinsippavklaring rundt en fremtidig etablering av tiltaket.

Rapporten for SIR har vært utarbeidet parallelt med en rapport om tverrfaglig vurderingsteam. Det har vært arrangert fellesmøter med arbeidsgruppen for TVT. Rapportene for SIR og TVT inneholder likelydende kapitler om definisjon og prinsipper for rehabilitering. Myndiggjøring av personen i rehabiliteringsforløpet er et bærende prinsipp i all rehabilitering.

Prosjektet ser både SIR og TVT i en større sammenheng, presentert i en modell kalt «Samfunnsbasert rehabilitering». Både tverrfaglig vurderingsteam og senger for intensiv rehabilitering anbefales etablert som tiltak på tvers av kommunene i Indre Østfold.

¹ Outcome of primary health care rehabilitation of older disabled people i two different settings, Inger Johansen, 2013



Del I

1 Mandat

Prosjektbeskrivelsen for arbeidsgruppen er godkjent av styret for Helsehuset - Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS - og lagt frem for eiermøtet 23. januar 2017.

1.1 Føringer fra forprosjektet

I mai og juni 2016 gjennomførte Prosjekt Innovativ Rehabilitering en kartlegging blant fagpersonell i kommunene og fastlegene i Indre Østfold. Da fagpersonell i kommunene ble bedt om å beskrive sine ønsker om rehabiliteringstilbud i regionen, var det stor oppslutning om å etablere «En egen rehabiliteringsenhet – ambulant team – interkommunalt samarbeid – spesialisert – vurdering av behov».

Fastlegene ble bedt om å vurdere ulike former for institusjonsbasert 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.²

I løpet av høsten 2016 utarbeidet prosjektet rapporten «Rehabiliteringsenhet og ambulant rehabiliteringsteam», som presenterer grunnlagsmateriale og forslag til rammer for tiltakene. Sammendraget i rapporten innleder med å si at «*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.*»³

Forprosjektet anbefalte blant annet at nye rehabiliteringstilbud «*vil innebære omdisponering av ressurser og tjenester innad og på tvers av kommunene*» og at det gjennom arbeid med gevinstrealisering må synligjøres hvilke kvalitative og økonomiske effekter dette får for kommunene.⁴

1.2 Mål og leveranse

På grunnlag av forprosjektets anbefalinger ble det etablert et delprosjekt for senger for intensiv rehabilitering (SIR), som retter seg mot personer som har behov for rehabilitering på institusjon. Denne delen av kommunal rehabilitering i Indre Østfold er i dag lagt til sykehjemmenes korttidsavdelinger.

I prosjektplanen for SIR av 190117 ble det satt følgende hovedmål:

² Innovativ Rehabilitering, Prosjektrapport, Forslag til Handlingsplan 2017-2020, Kap. 2.1.4, s. 48

³ Innovativ Rehabilitering, Prosjektrapport, Forslag til Handlingsplan 2017-2020, Kap. 2.3, s. 74

⁴ Som fotnote 2



«Det skal legges frem et forslag til etablering av senger for intensiv rehabilitering (SIR) i Indre Østfold, med mål om etablering i løpet av 2018. Den interkommunale rehabiliteringsenheten skal erstatte rehabilitering ved korttidsavdelingene på sykehjemmene.»

Mandatet har vært drøftet i arbeidsgruppen. Det ble reist spørsmål som knytter seg til fremgangsmåte for å realisere tiltaket og arbeidsgruppen sluttprodukt. Etter regjeringens melding om sammenslåing av Eidsberg med de tre kommunene i vest, ble mandatet sendt tilbake til oppdragsgiver med ønske om nødvendige avklaringer.

På grunnlag av signaler fra styret for Helsehuset og fra rådmannsgruppen, omarbeidet prosjektstyret prosjektplanen. Ny prosjektplan, av 040417, justerte og forklarte hovedmålet:

«Det skal legges frem et forslag til etablering av senger for intensiv rehabilitering (SIR) i Indre Østfold. Den interkommunale rehabiliteringsenheten skal erstatte senger for rehabilitering ved korttidsavdelingene på sykehjemmene.» Dette gjelder senger som omfattes av vedtak om rehabiliteringsplass, og ikke den trening, aktivisering og mobilisering som tilbys ved sykehjemmene.

Arbeidsgruppens oppdrag er å utarbeide underlag for høringssak. Gruppen avslutter sitt arbeid i mai 2017. Modell for realisering og organisering av sengeenheten er tatt ut av leveringen, fordi dette er vanskelig å se uavhengig av kommunestruktur. Stortinget gjør vedtak om kommunestruktur i juni. Dette betyr altså at forslag om lokalisering, samt finansiering og budsjett, vil utarbeides i en eventuell neste fase, etter at eierkommunene har kommet med sine høringssignaler.

Arbeidsgruppen legger derfor vekt på å presentere rammer og innhold i en tenkt enhet for intensiv rehabilitering i Indre Østfold, slik at høringen kan gi en prinsippavklaring rundt en fremtidig etablering av tiltaket.

2 Deltakere

2.1 Gruppesammensetning

Det ble etablert en arbeidsgruppe for SIR med følgende sammensetning:

- Arne Bjerke, Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne, Spydeberg
- Gerd Anette Simonsen, Enhetsleder pleie- og omsorg, Spydeberg
- Gro Abotnes, Virksomhetsleder pleie og omsorg, Skiptvet
- Jan Erik Eide, Virksomhetsleder Edwin Ruud, Eidsberg
- Katrine Solberg, HTV NSF, Spydeberg
- Kjell Liborg, kommunalsjef, Skiptvet
- Kristin Martinsen, HTV Fagforbundet, Hobøl
- Maren Cecilie Herland, Ledende fysioterapeut, Eidsberg
- Monica Nordmoen, kommunalsjef, Askim
- Reidun Heksem, Virksomhetsleder Institusjon med omsorgsboliger, Askim
- Silje Bruland Lavoll, Kommuneoverlege, Eidsberg/Fagansvarlig lege Helsehuset/Vara ADMS
- Åsmund Kobbervik, Prosjektmedarbeider (leder og sekretær), Helsehuset

2.2 Eksterne bidragsytere

I løpet av prosessen har det blitt innhentet kompetanse utenfra:

- Arne Lein, forbundsleder, Norges Handikapforbund
- Bent-Håkon Lauritzen, rådgiver, Oslo Med Tech
- Eivind Bjørnstad, spesialsykepleier, Utviklingssenteret i Eidsberg
- Hans Petter Hansvik, prosjektleder, Namdalen Rehabilitering
- Hilde Sørli, rådgiver, Sunnas Sykehus
- Inger Johansen, fastlege og forsker, Larvik/Vestfold
- Frank Becker, klinikkjef, Sunnaas sykehus



- Kristin Loxley, spesialergoterapeut, Sunnaas Sykehus
- Kristin S. Fuglerud, førsteamanuensis II, følgeforsker, Høgskolen i Sør-Øst Norge
- Hilde Eide, professor, følgeforsker, Høgskolen i Sør-Øst Norge

I tillegg er det tatt kontakt med og innhentet opplysninger fra ulike kommuner og institusjoner. Dette kommer frem av leveringen.

3 Prosess

3.1 Møter i arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen har i alt hatt 7 samlinger i perioden januar – mai 2017, der tre av samlingene ble gjennomført som fellesmøter med arbeidsgruppen for Tverrfaglig Vurderingsteam (TVT).

Oppstartsamlingen 27. januar ble gjennomført som et åpent miniseminar, hvor det ble lagt frem forskningsresultater fra et studium i Vestfold⁵. Studiet viste at effekten av rehabilitering er avhengig av terapitetthet, treningsintensitet, struktur og tilrettelagt miljø.

3.2 Møter i referansegruppene

Parallelt med arbeidet i arbeidsgruppen har det blitt gjennomført møter i referansegrupper, der arbeidsgruppens arbeid har blitt presentert

- Referansegruppe for eldreråd og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne
- Referansegruppe for hovedtillitsvalgte
- Lokalt samarbeidsutvalg

Eventuelle innspill fra referansegruppene har blitt notert og vurdert innarbeidet i leveringen.

3.3 Temaer

Arbeidsgruppen innledet sitt arbeid med å drøfte betydningen av å ha en dedikert sengeenhet for rehabilitering. Forskningsresultatene fra Vestfold ble gjenstand for debatt, hvor det avstedkom både bekreftelser og nye spørsmål.

Gjennom arbeid med SWOT⁶ har det blitt sett på alternative scenarier for rehabilitering:

- A. Analyse av døgnrehabilitering slik det er organisert ved korttidsavdelingene i dag
- B. Analyse av en tenkt etablering og drift av en felles rehabiliteringsenhet, som erstatter rehabiliteringsplassene ved korttidsavdelingene
- C. Analyse av en tenkt etablering og drift av noen felles rehabiliteringssenger, som skal håndtere komplekse utfordringer

Som en del av gruppens arbeid, er det foretatt en gjennomgang av nøkkeltall fra en kartlegging som gir nærmere oversikt over rehabiliteringstilbudet ved institusjon.

Gevinstrealisering har vært et sentralt tema for gruppen, da etablering av felles senger krever en samtidig endring og reduksjon i lokale tilbud. Den kritiske suksessfaktoren har dreid seg om å finne alternative løsningsforslag for frigjøring og overføring av ressurser fra kommunene til en felles enhet. Ulike modeller for å legge ned og flytte plasser, har blitt vurdert.

I foreliggende beskrivelse av en enhet med senger for intensiv rehabilitering, har arbeidsgruppen benyttet seg av materiale fra forprosjektet, kartleggingsundersøkelser, forskningsresultater og nyere teori samt praksis fra andres steder.

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

⁶ Styrker, svakheter, muligheter, trusler



Del II

4 Rehabilitering

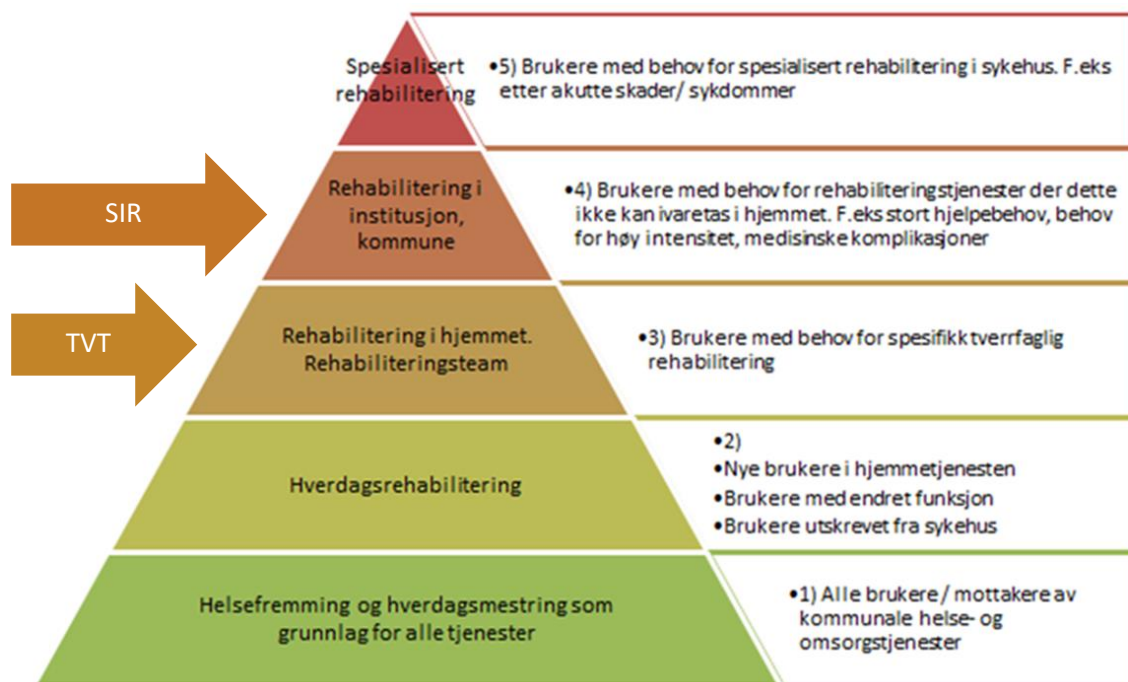
4.1 Definisjon

Selve begrepet rehabilitering kan ha to betydninger: a) gjeninnsettelse i tidligere verdighet og stilling, eller b) sette i funksjonsdyktig stand igjen⁷. Følgende definisjon av rehabilitering er gjeldende i dag: «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.»

FN konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne sier at «Partene skal treffe effektive og hensiktsmessige tiltak, herunder gjennom likemannsarbeid, slik at mennesker med nedsatt funksjonsevne kan oppnå og beholde størst mulig selvstendighet, utnytte sitt fysiske, mentale, sosiale og yrkesmessige potensiale fullt ut, og oppnå full inkludering og deltagelse på alle livets områder.»⁹

4.2 Inndelinger

I en rehabiliteringsprosess er det mange aktører som deltar med forskjellige tiltak. Når vi drøfter behovet for rehabiliteringssenger, skjer dette i regi av både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette utgjør imidlertid bare en liten del av det totale omfanget av den rehabiliteringsvirksomhet som helsetjenestene yter, slik som figuren nedenfor viser.



Figur 1. Rehabiliteringspyramiden

Denne rapporten tar for seg Senger for Intensiv Rehabilitering (SIR) og beskriver innretning av rehabilitering på kommunalt nivå for personer som ikke kan ivaretas i hjemmet (nivå 4 i pyramiden). Parallelt leveres det en rapport om Tverrfaglig VurderingsTeam (TVT) som vil ha en ambulant

⁷ <https://sml.snl.no/rehabilitering>

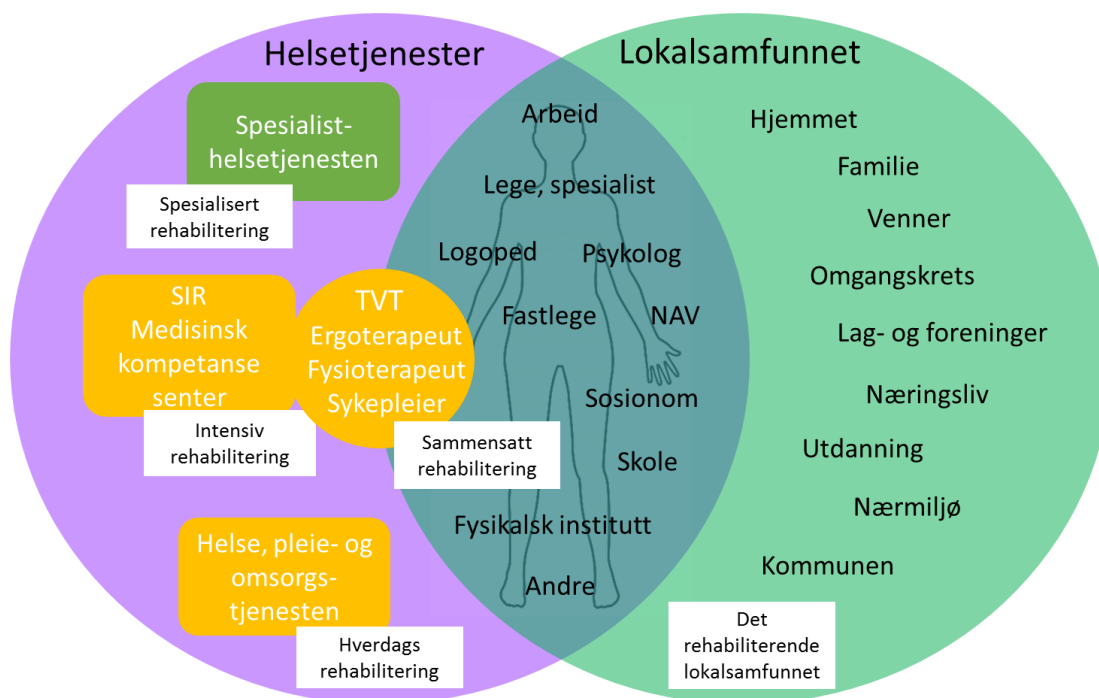
⁸ Helsedirektoratet (2015) Veileder til forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

⁹ <https://www.regjeringen.no/contentassets/26633b70910a44049dc065af217cb201/norges-rapport-konvensjon-om-rettighetene-til-mennesker-med-nedsatt-funksjonsevne.pdf>, artikkel 26



funksjon. Teamet skal jobbe ambulant, sikre tidlig tverrfaglige vurderinger, koordinere tiltak og igangsette/ utføre rehabiliteringstiltak. For å ivareta helheten i et rehabiliteringsforløp må disse tjenestene sees i en sammenheng.

Rehabiliteringspyramiden er ikke ment å lage skarpe skiller mellom regionalt og kommunalt tjenestenivå. Tjenestene er mer sammensatt enn som så. Modellen for samfunnsbasert rehabilitering¹⁰, som ble utviklet av forprosjektet, har en annen fremstilling av tjenestene og får samtidig med seg den rehabilitering som skjer i regi av lokalsamfunnet:



Figur 2. Samfunnsbasert rehabilitering

Modellen synliggjør at et rehabiliteringsforløp kan være svært sammensatt, og hvor det er behov for en koordinerende funksjon, her foreslått som det tverrfaglige vurderingsteamet (TVT). Modellen illustrerer den nære tilknytningen og samhandlingen mellom senger for intensiv rehabilitering og teamet. Dette er grunnleggende strukturer for rehabilitering som anbefales på regionalt nivå i Indre Østfold.

Hverdagsmestring er fellesnevneren for de lokale helse og omsorgstjenestene. Mens hverdagsrehabilitering må settes i tverrfaglig system for å kunne ivareta rehabiliteringen som er beskrevet i nivå 2 og til dels 3 i rehabiliteringspyramiden. For at hverdagsrehabilitering skal være en suksess, må det være satt i system. Hverdagsrehabilitering er et tilbud som er tidsavgrenset, målrettet og intens. Det skal være daglig trening. Hverdagsrehabiliteringen er ikke mindre intens enn ambulerende rehabiliteringsteam, men hvor det er mer fokus på helsefremmende arbeid, aktivitet og deltagelser og opprettholdelse av funksjon og mestring.

¹⁰ Innovativ Rehabilitering, Prosjektrapport, Forslag til Handlingsplan 2017-2020, Kap. 1.3, s. 16



5 Betydningen av senger for intensiv rehabilitering

5.1 Situasjonsbilde

Kommunal rehabilitering på institusjon i Indre Østfold, skjer i dag ved korttidsavdelingene på sykehjemmene. Korttidsavdelingene i kommunene betjener mange funksjoner. I tillegg til ordinære korttidsopphold, kan pasienter få avlastningsopphold, rehabilitering eller palliativ omsorg. Helsepersonellet ved avdelingene skal således håndtere pasienter med ulike behov og prognoser.

Korttidsavdelingene i Indre Østfold er ulikt innrettet med hensyn til struktur, bemanningsplan og tverrfaglig arbeid. Ved årsskiftet 2016/17 ble det gjennomført en kartlegging av rehabilitering ved korttidsavdelingene i Indre Østfold:

- Oversikter over antall avdelinger og senger totalt ved sykehjemmene
- Plan for korttid og bruk av korttid de tre siste årene (2014-2016)
- Pleiefaktor og øvrig personale ved korttidsavdelingene
- Rehabiliteringsstruktur (inntak, møter, vurderinger, trening, hjemmebesøk)

Kartleggingen viser store variabler mellom kommunene. Tallmaterialet vi har til rådighet, viser at det er i underkant av 270 personer som får vedtak om rehabiliteringsopphold i Indre Østfold hvert år. Praksis for å gi vedtak varierer mellom kommunene fra 2,75 til 13,5 personer/1000 innbyggere. Kommunen som gir flest vedtak gjennom et år, gir altså 5 ganger så mange vedtak som den som gir færrest.

Tabell 1. Antall senger benyttet til korttid og rehabilitering i Indre Østfold¹¹

Kommune	Innbyggere	Antall korttidsplasser	Antall benyttet til korttid/avlastn/rehab ¹²	Antall benyttet til rehabilitering
Askim	15 615	25	15,57	3,23
Eidsberg	11 396	19	13,27	3,61 ¹³
Hobøl	5 382	4	4	1 ¹⁴
Marker	3 610	7	6,97	3,93
Skiptvet	3 742	7	4,76	0,79 ¹⁵
Spydeberg	5 736	6	8,06	1,49
Trøgstad	5 343	8	7,63	2,83
Sum	50 824	76	59,26	16,88

Antall reinnleggelser på rehabiliteringsopphold varierer også. I én kommune gis det 1,75 rehabiliteringsopphold pr. bruker i løpet av 1 år, mens det i en annen kommune sjelden gis flere opphold innenfor det samme kalenderåret. Gjennomsnittlig oppholdstid varierer fra omtrent 14 dager til over det dobbelte (31 dager). Gjennomsnittet for kommunene er om lag 23 dager.

Antall brukere, antall reinnleggelser og lengde på oppholdene, avgjør hvor mange senger som benyttes til rehabilitering. Det sees ingen klare mønstre mellom disse parameterne blant

¹¹ Gjennomsnittstall for 3 siste år.

¹² Trøgstad og Skiptvet har begge satt av 1 seng til palliasjon på sine korttidsavdelinger. På de øvrige sykehjemmene er palliasjon lagt til andre avdelinger.

¹³ Eidsberg har en tydelig økende tendens på rehabiliteringsaktiviteten i perioden (fra 2 til 5 senger).

¹⁴ I mangel av digital dokumentasjon er tallet for benyttede plasser anslått

¹⁵ Avvik i 2015 pga. endringer ved sykehjemmet. Tallet for 2014 og 2016 ligger på i overkant av 1.



kommunene i Indre Østfold. Det er heller ingen bestemt sammenheng mellom kommunestørrelse og plasser benyttet til formålet. Tabell 1 viser at på sykehjemmene i Indre Østfold, opptas i gjennomsnitt 1 til 4 senger av personer som er under rehabilitering.

Kartleggingen viser også variasjoner mellom kommunene når det gjelder inntakskriterier, inntaksprosedyrer, terapitetthet, treningsintensitet, bruk av målinger og praksis for tverrfaglig samarbeid og møter. Som eksempler kan det nevnes at to av kommunene mangler ergoterapeut; Én av kommunene har ambulant rehabiliteringsteam; To av kommunene har satt/er i ferd med å sette hverdagsrehabilitering i system.

Undersøkelsene av innholdet i rehabiliteringen og tidsangivelser knyttet til ulike former for trening, er ikke presise nok til å sammenlikne tjenestene eller å foreta en kvalitativ vurdering av rehabiliteringstilbudet i Indre Østfold. Arbeidsgruppen konkluderer imidlertid med at den kunnskapen vi har til rådighet, er tilstrekkelig for å slå fast at vi behøver en styrking av tjenesten i regionen.

5.2 Behov for endringer

Som en del av bakgrunnen for prosjektet, pekes det på at enkelte kommuner og kommunesamarbeid i landet har organisert rehabiliteringen i egne enheter eller i egne sentre, med et vellykket resultat. En forskningsstudie¹⁶ fra Vestfold viste at oppholdet ved et kommunalt rehabiliteringssenter (Presteløkka, Larvik) gav pasienten høyere funksjon på kortere tid, og behovet for støttetjenester i etterkant ble betraktelig redusert. Virkningene av rehabiliteringen vedvarte etter 18 måneder.

Kommunene i Indre Østfold har forskjellig utgangspunkt ut ifra hvordan de har innrettet sine tjenester. Men likt for alle er at rehabilitering representerer en liten fagfunksjon blant mange andre oppgaver. De ansatte på sykehjemmene beveger seg mellom flere avdelinger og pasienter med ulike behov. Det er en krevende øvelse å omstille seg fra pleie til rehabilitering, og samtidig understøtte ulike behov optimalt.

Slik rehabiliteringen er innrettet i dag, kommer vi til kort på kompetanse. Ved å samle rehabiliteringen på en dedikert enhet, oppnår man at de ansatte kan konsentrere seg om rehabiliteringsoppgavene. Når en hel tjeneste er innrettet mot rehabilitering, vil det være naturlig at oppmerksomheten rettes mot kvalitet og utvikling av rehabiliteringsfaget.

En enhet for intensiv rehabilitering kan på en annen måte legge til rette for spesialisering, for forskning og dessuten for en karrierestige som ikke behøver å dreie seg om ledelse. Et støttende og fokusert miljø, vil invitere til kursing og videreutdanning, samtidig som at realkompetansen vil kunne løftes og opprettholdes på et høyere nivå enn tidligere.

Kompetanse og kapasitet er kjerneord når man skal beskrive tjenesten ved en egen enhet for rehabilitering. Høyere terapitetthet danner grunnlaget for økt treningsintensitet. Tverrfaglig tilnærming gir de nødvendige angrepsvinklene for å arbeide med funksjonsforbedring. Tett oppfølging og ved behov, samtidig intervensjon, vil være noe av styrken til enheten.

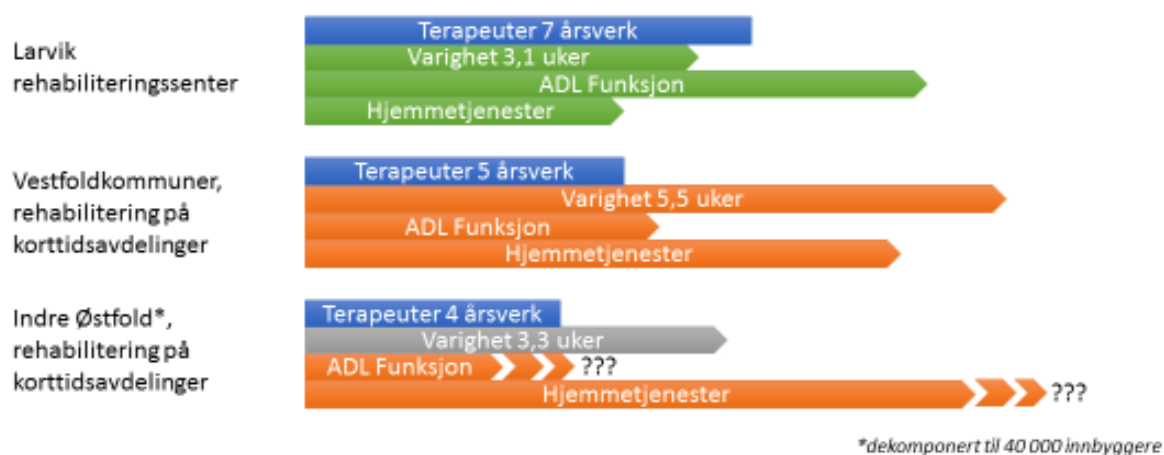
Blant suksesskriteriene for rehabiliteringssenteret i Larvik, settes det frem at rehabiliteringen i en egen enhet foregår i et stimulerende og støttende miljø, at rehabiliteringsprosessen er tverrfaglig og strukturert, der pasientene/personene får/bruker mer tid til daglig trening. Forskingen fra Vestfold er en sterk studie, som viser dokumenterbar effekt både på person og på tjenester. Modellen med en

¹⁶ Outcome of primary health care rehabilitation of older disabled people in two different settings, Inger Johansen, 2013



dedikert enhet for rehabilitering, blir derfor toneangivende for en anbefaling om et mer effektivt og bedre behandlingstilbud.

I Indre Østfold er ikke funksjonsmålinger fra rehabiliteringsforløpet satt i system. Vi har derfor ingen indikatorer på effekten av våre tjenester. Sammenliknet med forskningen fra Vestfold, ser vi at terapitettheten i Indre Østfold er lav. Når vi betrakter terapitetthet og varighet på opphold i sammenheng, er det trolig at vi har mye å hente på personeffekt av rehabilitering og dermed støttetjenester etter rehabiliteringsoppholdet. Illustrasjonen (Figur 3) under synliggjør dette.



Figur 3. Sammenlikning av terapitetthet, varighet, ADL-funksjon, hjemmetjenester. Dette er kun en illustrasjon: Det foreligger ikke dokumenterte effekter av rehabilitering Indre Østfold. Figuren får heller ikke frem variasjoner mellom kommuner i Indre Østfold.

Lav terapitetthet i Indre Østfold, kombinert med allerede kort oppholdstid, tilsier at Indre Østfoldkommunene vil ha en kostnad på etableringen av SIR. Det vil f.eks. koste penger å ansette flere terapeuter. Den gjennomsnittlige oppholdstiden er i utgangspunktet så kort at det er usikkert om det vil være formålstjenlig å redusere den ytterligere. De forventede personeffektene bør imidlertid gi muligheter til besparelser i de hjemmebaserte tjenestene. Sannsynligheten for gevinstrealisering vurderes å være større i en kommune med flere brukere.

Personeffekt er det overordnede formålet med SIR. Det å kunne tilby alle innbyggerne i Indre Østfold det samme høye nivå på tjenesten, er av stor verdi. En samling av plasser vil bety at brukerne kan treffe andre i samme situasjon. Virkninger som gjelder psykososiale forhold og sosial deltakelse, vil forsterkes når rehabilitering skjer i et støttende og motiverende miljø. For yngre personer kan det være av stor betydning at rehabiliteringsoppholdet er utenfor det tradisjonelle sykehjemmet.

Ved en samlet rehabiliteringsenhet vil selve tjenesten være mindre sårbar. Innholdet vil bli mindre tilfeldig og personavhengig, og rehabiliteringen må ikke vike for pleie- og omsorgsoppgaver. Et sterkt fagmiljø vil kunne fremstå med en tydeligere stemme og stille krav overfor spesialisthelsetjenesten. Enheten kan utfordre aktører langs hele rehabiliteringsforløpet og utgjøre en påvirkningskraft på forebyggende arbeid, f.eks. forebygging av fall.

Utad vil en felles rehabiliteringsenhet kunne være omdømmebyggende. Det kan gjelde innbyggernes tro på og stolthet av egne tjenester, så vel som helsepersonells ønske om å jobbe i Indre Østfold og med rehabiliteringsfaget spesielt. I tråd med prosjektets nasjonale oppmerksomhet, bør det være et mål at en etablering kan bli oppskriften på samarbeid andre steder i landet.



5.3 Risiko ved endringer

Det er flere elementer som må tas hensyn til ved en endring av rehabiliteringstjenesten i kommunene. Når man i dag driver generell rehabilitering på sykehjemmet, sammen med andre tilbud, så har kommunene også samlet all kompetanse her. Andre pasienter ved korttidsavdelingen eller på andre avdelinger, som ikke har vedtak om rehabilitering, kan også motta tjenester fra f.eks. fysioterapeut og ergoterapeut. I en ny situasjon må behovene for mobilisering, opptrening og aktivisering ved sykehjemmene avklares og sikres.

I Larvik kommune, som det vises til i denne rapporten, trakk man ut rehabiliteringen fra sykehjemmene og etablerte et kommunalt rehabiliteringssenter. I den forbindelse ble det utviklet en rehabiliteringsplan, hvor det ved hjelp av en rehabiliteringstrapp ble beskrevet rehabilitering på ulike nivåer i kommunen. I Prosjekt Innovativ Rehabilitering er dette synliggjort ved modellen for samfunnsbasert rehabilitering. Innholdet i rehabiliteringsvirksomheten må imidlertid tydeliggjøres.

De fleste pasientene, som får vedtak om rehabiliteringsplass i dag, kommer fra sykehuset. Overgangen mellom sykehus og kommune skjer raskt. Ikke alle pasienter er tilstrekkelig utredet for funksjon og rehabiliteringspotensial. På sykehjemmene har man den fordelen at opplegget for den enkelte pasient kan justeres for pleie, behandling eller rehabilitering, uten at man fysisk må flyttes mellom bygninger eller institusjoner.

Nærhet til hjemmet og kjennskap til hjemmesituasjon og lokalmiljø, er andre styrker ved tjenesten slik den er innrettet i dag. Samhandling med hjemmetjenesten og koordinering av lokale tilbud, skjer innenfor en og samme organisasjon, og for flere av kommunene, innenfor samme virksomhet. Dette gir gode muligheter for nettverksmobilisering rundt den enkelte pasient.

Når man skal rigge en felles enhet for rehabilitering, er det viktig å være våken på, og så langt det er mulig, kompensere for de ulempene som kommer av å ikke være under samme tak eller i samme virksomhet som tilstøtende tjenester. Samordning av inntak til en felles enhet, vil også kreve et godt apparat for tidlig vurdering og avklarte kjøreregler for kommunenes bruk av tilbudet.



Erfaringer fra Namdalen Rehabilitering viser at samarbeid om en felles rehabiliteringsenhet mellom 14 kommuner kan fungere, selv innenfor et område som er mange ganger så stort som Indre Østfold (Figur 4).

Som noen av suksesskriteriene for rehabiliteringssenteret, ligger en gjennomarbeidet finansieringsmodell, et godt utviklet nettverksarbeid mellom koordinatorene og ledere fra kommunene, og at kommunene selv har avgjørelsesmyndighet over bruk av plassene.

Figur 4. Kart over Namdalen med avtegnning av Indre Østfold



6 Personperspektivet

6.1 Samfunnsbasert rehabilitering

Prosjekt Innovativ Rehabilitering introduserer intensiv rehabilitering som et nødvendig element i samfunnets samlede rehabiliteringsinnsats. På samme måte beskrives et tverrfaglig vurderingsteam som en suksessfaktor, for å koordinere de aktører som inngår i den sammensatte rehabiliteringen. I Indre Østfold er både senger og team, nye og viktige samarbeidstiltak for å oppnå profesjonalitet rundt rehabiliteringen.

I modellen for samfunnsbasert rehabilitering er imidlertid ikke tjenestene eller aktørene de viktigste, men personen selv. I innledningen til rapporten fra 2016, peker forprosjektet på at det er behov for en dypere forståelse av dette: *«Pasienten skal gå fra en passiv rolle i et behandlingssystem, til en aktiv og bestemmende rolle i egen rehabiliteringsprosess. ... 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.»*¹⁷

I enkelte av kommunene har man allerede introdusert disse tankene i sin styringsdokumentasjon. I Askim kommune har man laget en informasjonsbrosjyre som blant annet sier at *«En god rehabiliteringsprosess er avhengig av et godt samarbeide mellom deg som hovedperson og oss som tjenesteytere, med de ressurser vi har tilgjengelig. ... Rehabilitering er ikke noe som blir gjort med deg, det er din egeninnsats som er avgjørende for hvor vellykket oppholdet blir. ... Dette krever egeninnsats fra deg som rehabiliteringspasient – du har selv rett til å bestemme over eget liv, og du har samtidig ansvar for å bestemme over eget liv.»*¹⁸

Et godt resultat av rehabilitering vil være at personen kan leve selvstendig liv slik personen selv definerer det, med sine utfordringer. De pårørende har en sentral plass i dette. Grad av selvstendighet og opprettholdelse av mestring, vil ofte være avhengig av at de pårørende opptrer rehabiliterende. De pårørende er en samarbeidspartner i rehabiliteringen. For en vellykket rehabiliteringsprosess vil det derfor være av betydning å etablere et profesjonelt pårørendearbeid, som gir opplæring til pårørende før innleggelse, og under og etter et rehabiliteringsopphold.

6.2 Myndiggjøring av person

Rehabiliteringsprosessen tar utgangspunkt i en myndiggjort person, som tar ansvar for sin egen rehabiliteringsprosess. For å få frem dette foreslo forprosjektet å gå bort ifra betegnelsen pasient i rehabiliteringssammenheng. I tillegg ble laget en alternativ definisjon av rehabilitering, som tydeliggjør personens rolle: *«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.»*¹⁹

Samtidig må vi forvente at for en del av dem som skal gå inn i et rehabiliteringsforløp, vil det kreve omstilling å sette seg mål og finne motivasjon for å nå dem. Det betyr at rehabiliteringspersonell også må ha kompetanse på pedagogiske prosesser, der man leder pasienten til det sted hvor egen motivasjon begynner å gjøre seg gjeldende. I denne sammenhengen er det mange som opplever gode effekter av likemannsarbeid.

Personperspektivet understreker betydningen av dedikerte tjenester, der hele virksomheten, fra ledelse til operativt personale, er innstilt på å understøtte og bygge på personens ansvar og

¹⁷ Innovativ Rehabilitering, Prosjektrapport, Forslag til Handlingsplan 2017-2020, Kap. 1.1, s. 12

¹⁸ Askim kommune, Info til pasienter og pårørende, 2016

¹⁹ Innovativ Rehabilitering, Prosjektrapport, Forslag til Handlingsplan 2017-2020, Kap. 1.3, s. 16



deltakelse. Det er viktig at både organiseringen og den fysiske tilretteleggingen, er innrettet for å stimulere til bruk av personens egne ressurser for å fremme god rehabilitering.

Dette vil være i tråd med opptrappingsplanen for rehabilitering som legger vekt på «å styrke brukerperspektivet og bedre kvaliteten, samhandlingen og koordineringen mellom nivåene og innenfor disse. For å få til dette er det nødvendig med endringer i arbeidsformer og kompetanse.»²⁰

7 Innretning av senger for intensiv rehabilitering

7.1 Formål og målgruppe

Formål

I arbeidet med mål og kriterier for institusjonsbasert rehabilitering, har det vært gjort en innhenting av styringsdokumenter fra kommunenes rehabiliteringsvirksomheter. Her ligger det gjennomarbeidede beskrivelser som også er anvendelige på en felles rehabiliteringsenhet:

«Rehabiliteringsvirksomheten skal være en kreativ, god og profesjonell virksomhet som skal redusere pleie- og omsorgsbehov, effektivisere ressursbruken i helsetjenesten og ivareta den enkeltes behov for å bli mest mulig selvhjulpen og selvstendig.»²¹

«Rehabiliteringstiltak skal mobilisere menneskets ressurser, med den målsetting å få igjen samme aktivitetsnivå som tidligere, eller finne nye realistiske mål som gir livet innhold. Rehabiliteringen skal være målrettet, tverrfaglig og tidsavgrenset.»²²

Målgruppe

Når vi skal definere målgruppe for virksomheten, vurderes det som hensiktsmessig å se hen til modellen fra Larvik. Etter arbeidsgruppens syn, er det ingen motsetningsforhold mellom disse kriteriene og det som ligger til grunn for vedtak om rehabilitering i Indre Østfold i dag:

«Innbyggere over 18 år fra kommunene i [Indre Østfold]

- Som er eller kan bli funksjonshemmet på grunn av sykdom eller skade i bevegelsesapparatet, nervesystemet og/eller indre organer*
- Med funksjonssvikt som går ut over deres daglige aktivitet, selvstendighet og livskvalitet*
- Som etter en faglig standardisert vurdering viser at vedkommende kan ha nytte av tverrfaglig intensiv og tidsbegrenset rehabilitering*
- Som viser tilstrekkelig motivasjon for egeninnsats da det er en viktig premiss for rehabiliteringspotensialet.*

En vesentlig del av målgruppen vil være mennesker med aldersbetinget funksjonsfall, og som spesielt fyller kriteriet i andre og tredje punkt over.

[SIR] har ikke rehabiliteringstilbud til mennesker der hovedårsaken til funksjonstapet er alvorlige psykiske lidelser, psykisk utviklingshemming, syns- og hørselshemming, sosialmedisinsk problematikk, store læringsvansker.»²³

²⁰ St. prp. 91L (2016-2017)

²¹ Eidsberg kommune, «8.1.2 Innkomst, samarbeidsrutiner og ansvarsfordeling rehabiliteringsarbeid avd. 3», 2014

²² Askim kommune, «Rehabiliteringsopphold», 2016

²³ Larvik kommune, Presteløkka Rehabiliteringssenter, 2006



7.2 Dimensjonering

Utgangspunkt for dimensjonering

Det er mange ulike faktorer som det kan tas hensyn til ved beregningen av størrelsen på en dedikert rehabiliteringsenhet i Indre Østfold. Målgruppe og kriterier for inntak er avgjørende. Erfaringer tilsier imidlertid at det kan være vanskelig å lese en tydelig praksis ut ifra et sett kriterier, fordi det vil utøves et faglig skjønn. Innenfor en og samme organisasjon vil det utvikles et felles faglig fundament, som ligger til grunn for skønnsutøvelsen. Når flere kommuner er sammen om tilbudet, vil vurderinger og prioriteringer være ulike.

Som et utgangspunkt for beregning av størrelse på avdelingen, vil arbeidsgruppen vise til mandatet som sier at den interkommunale rehabiliteringsenheten skal erstatte senger for rehabilitering ved korttidsavdelingene på sykehjemmene. Det vil si at dette er senger som omfattes av vedtak om rehabiliteringsplass, og ikke annen trening, aktivisering og mobilisering som tilbys ved sykehjemmene.

Statistiske tall fra Indre Østfold

I følge de historiske tallene for Indre Østfold benyttes det til enhver tid om lag 17 senger på sykehjemmene til personer med vedtak om rehabilitering. En utfordring med disse tallene, er den store variasjonsbredden i praksis for inntak, liggetid og reinnleggelser. Kommuner skiller seg fra hverandre på en slik måte at gjennomsnittstall for antall brukere og reinnleggelser, ikke alltid vil være representativt for regionen samlet sett.

Ved bruk av median kan man luke ut ytterpunkter og dermed få en nyttig indikasjon med tanke på Indre Østfold som helhet: Dette gir 3,55 brukere/1000 innbyggere og 1,23 opphold pr. bruker. Når det gjelder oppholdstid, er gjennomsnitt og median nær hverandre, henholdsvis på 23 og 22 døgn. 22 døgn er 3,1 uke, som er likt som i Larvik. Med dette som utgangspunkt vil vi få en avdelingsstørrelse på om lag 14 senger i Indre Østfold.

Avdelingsstørrelser andre steder

Å sammenlikne antall plasser med andre steder i landet kan være en interessant øvelse. I tabell 2 er det gjort et tilfeldig utvalg av kommuner eller kommunesamarbeid av en viss størrelse. Her vil Indre Østfold med 14 senger befinne seg på midten. Samtidig skjuler det seg store variasjoner i hva slags type rehabilitering som gis ved den enkelte avdeling eller det enkelte senter. Dette vanskeliggjør slike sammenlikninger.

Tabell 2. Antall senger pr innbyggere ved kommunale rehabiliteringsavdelinger

Kommune	Innbyggere	Antall senger	Senger/ 1000innb.
Larvik, Presteløkka 2010	40 000	16	0,40
Namdalen Rehabilitering IKS	38 000	13	0,34
Halden kommune	31 000	10	0,32
Indre Østfold	51 000	14	0,27
Sandefjord kommune	46 000	11	0,24
Fredrikstad kommune	79 000	12	0,15
Sarpsborg kommune	55 000	6	0,11

Ved Namdalen Rehabilitering IKS ligger f.eks. kommunale rehabiliteringsplasser side om side med senger for spesialistrehabilitering, noe som gir tilgang på høy kompetanse. Det er mange ulike profesjoner tilknyttet senteret. I Larviksmodellen finner vi den høyeste terapitettheten. Der ble det også gitt terapi i helger. I Sarpsborg finner vi kun 6 rehabiliteringssenger på en befolkning på 55 000



innbyggere. Til gjengjeld ytes det til sammen 2 timer ergoterapi og fysioterapi på hverdager, til hver inneliggende person.

Tidligere utredning

I prosjektrapporten fra 2016 drøftes dimensjoneringen av en rehabiliteringsenhet. I sammendraget står det at «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 der er ca. 50 tilfeller av i Indre Østfold årlig.»²⁴

Rapporten drøfter ikke andre sykdomsforekomster med hensyn til dimensjonering av senger. I kapitlet om rehabiliteringsforløp (2.2) kommer det forøvrig frem at muskel- og skjelettsykdommer 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.» I hvilken grad dette representerer sengepasienter diskuteres ikke.

Utvikling av tjenesten

Sannsynligvis representerer gruppen med muskel- og skjelettlidelser primært et behov for rehabilitering på dagtid. Rehabilitering på dagtid foregår i dag ved de fysikalske instituttene eller i personens hjem. Dersom man opprettet dagplasser for rehabilitering, ville man oppnådd et mer intensivt forløp for de som kunne ha nyttiggjort seg av dette. Med tanke på en stadig aldrende befolkning og potensielt flere personer med behov for rehabilitering, vurderes det som bærekraftig å la den fremtidige utviklingen av rehabiliteringsenheten dreie seg om dagplasser fremfor døgnplasser.

Anbefaling

Dersom man legger statistiske tall til grunn, med en intensjon om å etablere et effektivt tilbud i Indre Østfold, kan man se for seg at en felles enhet for døgnrehabilitering bør dimensjoneres et sted mellom 10 og 15 senger. Dette forutsetter for øvrig at ikke enheten overtar personer som i dag har rehabiliteringsopphold ved private institusjoner. Innretning og bruk av evt. dagplasser kan påvirke dimensjoneringen av antall døgnplasser. Det samme kan gjelde omfang og bruk av tverrfaglig vurderingsteam.

Når det skal gis en anbefaling om dimensjonering av en felles rehabiliteringsenhet vil det til syvende og sist bli et spørsmål om den enkelte kommunes vurdering av behov, dvs. hvor mange personer i hver kommune som årlig vil kunne gjøre seg nytte av tilbudet. I Namdalen ble størrelsen på den interkommunale rehabiliteringsenheten bestemt av summen av hva hver kommune ønsket seg og ville ta økonomisk ansvar for.

7.3 Aktivitet og innhold

Kvaliteter ved tjenesten

Definisjonen på rehabilitering er en beskrivelse av en interaktiv prosess. «Rehabilitering er noe annet enn behandling, selv om grensene ofte kan være uklare. Det blir lagt vekt på funksjonsbedring med fokus på den enkeltes egne ressurser.»²⁵ Personens mål og egeninnsats er helt avgjørende for «å

²⁴ Innovativ Rehabilitering Indre Østfold, Prosjektrapport, Kap. 2.3.Rehabiliteringsenhet og ambulant rehabiliteringsteam, s. 74

²⁵ Eidsberg kommune, «8.1.2 Innkomst, samarbeidsrutiner og ansvarsfordeling rehabiliteringsarbeid avd. 3», 2014



oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet.»²⁶ Dette er førende for innretningen av tilbudet.

Som en forutsetning for inntak, skal det være avklart, etter en tverrfaglig standardisert vurdering, at det foreligger et rehabiliteringspotensiale. Ved den dedikerte enheten er det fokus på rehabilitering i et stimulerende, tilgjengelig og støttende miljø. Innen- og utendørs miljø er tilrettelagt for aktivitet for funksjonshemmede.

Tjenesten kjennetegnes ved en tverrfaglig og strukturert tilnærming. Det skal settes rehabiliteringsmål, utarbeides planer og benyttes måleskalaer. Det skal være god dialog underveis og grundig arbeid med koordinering av videre tjenester.²⁷

Grunnleggende kvaliteter ved rehabiliteringen²⁸ ved senger for intensiv rehabilitering i Indre Østfold (basert på kvalitetsindikatorer som er under utprøving):

1. Personen skal medvirke i å sette mål for rehabiliteringen
2. Personen skal medvirke i planlegging av egen rehabiliteringsprosess
3. Det skal benyttes en mal for å utarbeide individuell rehabiliteringsplan for personen
4. Personen skal medvirke i evaluering av egen rehabiliteringsprosess
5. Det skal være minst to samarbeidsmøter
 - a. Med personen til stede
 - b. Og, hvis relevant, mulighet til å delta for pårørende og annet helsepersonell
6. Det benyttes pålitelige spørreskjemaer og/eller funksjonstester om fysiske, psykiske og/eller sosiale forhold
7. I samarbeid med person og evt. oppfølgende instans skal det utarbeides en spesifisert plan for videre forløp etter oppholdet, som også inkluderer personens egeninnsats
8. Måloppnåelse
 - a. Registreres med et standardisert verktøy for alle brukerne/pasientene
 - b. Registreres ved start og avslutning av rehabiliteringsetappen
 - c. Registreres 3-6 måneder etter avsluttet etappe
9. Funksjon
 - a. Registreres med et standardisert verktøy for alle brukerne/pasientene
 - b. Registreres ved start og avslutning av rehabiliteringsetappen
 - c. Registreres 3-6 måneder etter avsluttet etappe
10. Helserelatert livskvalitet
 - a. Registreres med et standardisert verktøy for alle brukerne/pasientene
 - b. Registreres ved start og avslutning av rehabiliteringsetappen
 - c. Registreres 3-6 måneder etter avsluttet etappe
11. Skader og uønskede hendelser under rehabiliteringen blir registrert

Mål og strategier for rehabilitering

Det kan settes ulike overordnede mål for et rehabiliteringsforløp. I tråd med definisjonen for rehabilitering, vil man søke å bedre funksjoner som bidrar til mening og identitet i en ny hverdag. Målsettingene kan også handle om å redusere vansker på områder som er viktig for individets dagligliv. Som en del av rehabiliteringen vil man motvirke sosial isolasjon og fremme relasjonell kompetanse, med mål om å oppnå deltakelse, både i yrkesliv og i samfunnet.

Man kan velge ulike strategier for å oppnå målet med rehabiliteringen (Becker, 2017):

²⁶ Fra definisjon på rehabilitering. Helsedirektoratet, Veileder til forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, 2015

²⁷ Inger Johansen, Forutsetninger for vellykket rehabilitering, 2017

²⁸ Kvalitetsindikatorer for rehabilitering av muskel- og skjelettskader, sykdommer og plager, NKRR, 2017



- Trening av utfall
- Oppgaverelatert trening
- Hjelpemidler
- Påvirkning av miljøet
- Kompenserende strategier
- Emosjonell bearbeiding

Utfallsbasert trening prøver å gjenvinne tapte funksjoner. Kompenserende tilnærming handler om å erstatte funksjoner som er borte. Ved funksjonsfall eller skader jobber man vanligvis med gjenopptrening av funksjoner, samtidig som man øver på kompenserende teknikker. Hovedprinsippet skal være å først jobbe med gjenopptrening av manglende funksjoner, deretter kompensering (Loxley, 2017).

Motivasjon

Identifikasjon av mål og motivasjon for å nå dem, er sentrale elementer i endringsprosesser. Motivasjon er knyttet tett opp mot mestringstro, altså troen på at man klarer å nå det målet man har satt seg. Målet bør derfor være formulert slik at brukeren selv tror han/hun kan oppnå det. Mål som er satt av personen selv baserer seg ofte på indre motivasjon, mens mål som er satt av omverden relaterer seg til ytre motivasjon.

Indre motiver for å trene, som det å oppleve glede av å mestre aktiviteten, gir en mer stabil deltagelse i treningen. Personalet er viktig for å opprettholde brukerens motivasjon. Ved siden av å skape en god relasjon, er det viktig å legge til rette for mestring og unngå at de sammenligner seg med andre eller seg selv før sykdommen (Loxley, 2017).

Intensitet og mengde

Et av de store skillene mellom rehabilitering og vedlikeholdstrening, går på treningsintensitet. Oversiktsartikler viser at trening med mange repetisjoner og høy intensitet, har best effekt for å bedre funksjon (de Groot, 2003; Veerbeek, 2014). Samtidig har forskning vist at pasienter innlagt på sykehus eller rehabiliteringsinstitusjoner, i lange perioder er inaktive og alene i større grad enn det vi forventer. En studie viste at pasientene ved en slagenhet var sengeliggende mer enn 50% og alene mer enn 60% av dagen (Bernhardt, 2004).

For å være sikre på å oppnå en bedring, er det indikasjon på at pasientene må trene 250% mer enn det de gjør til vanlig (Schneider, 2016). Det vil si at de bør være i aktivitet i mye større grad gjennom hele døgnet, enn det de er i dag. For å lykkes med jevnlig trening gjennom hele dagen, er man avhengig av å ha med seg alle faggrupper. Kompetanse er derfor avgjørende – at alle gjør likt og gjør det på en måte som oppleves trygg for brukeren (Loxley, 2017).

Forskning gir oss nå mange bevis på at hjernen er plastisk²⁹ og at plastisitet kan påvirkes gjennom trening. Intensitet i treningen anses å være en viktig faktor for å få til plastiske endringer (Becker, 2017)³⁰. Treningsintensitet må integreres uten at man mister «rehabiliteringsfeltets særegenhet og styrke, at man ikke betrakter et avgrenset medisinsk problem isolert for seg selv, men setter pasienten med hele dens livsforhold i fokus og velger tilnærminger med utgangspunkt i dette³¹».

²⁹ At hjernen er plastisk betyr at den kan endre struktur (hvordan den ser ut) og funksjon (hvordan den fungerer)

³⁰ Revidert nasjonal slagretningslinje. Utkast til anbefalinger rehabilitering: «Hos pasienter med nedsatt gangfunksjon og/eller balanse, foreslås intensiv trening for å bedre gangfunksjon og/eller ADL funksjon.» «Hos slagpasienter i kronisk fase med språkvansker (afasi) foreslås intensiv språktrening i en tidsbegrenset periode.»

³¹ Prinsipper for rehabilitering. Hva betyr disse for å organisere og gjennomføre en god rehabiliteringstjeneste? Becker, 2017



Generelle prinsipper

Kleim og Jones (Kleim & Jones 2008) har satt frem 10 prinsipper for plastisitet og trening, som på generell basis kan legges til grunn for innretningen av rehabiliteringen:

1. "Use it or loose it"
2. "Use it and improve it"
3. Spesifisitet (trene på det man skal bli god på)
4. Gjentakelser (trene på noe ofte)
5. Intensitet (trene på noe ofte med mange gjentakelser per tidsrom)
6. Tidspunkt betyr noe (tidligst mulig etter skade)
7. Personlig relevans (det man trener på må være viktig for en selv)
8. Alder betyr noe (mest i yngre alder)
9. Overførbarhet
10. Interferens (forsterkende effekt av flere faktorer)

Punktene gir en god oppsummering av sentrale prinsipper for rehabilitering. Fordi rehabiliteringen skal forankres i livssituasjonen og det livet som skal leves videre, er det viktig å kunne gi differensierte tilbud. En profesjonell tilnærming vil være å stadig tilpasse vanskelighetsgraden (shaping), slik at utfordringen ligger i sjiktet mellom hva personen klarer og ikke klarer. I betoningen av spesifikk trening, må man forøvrig ikke glemme at kondisjon og styrketrening er nyttig uansett.

ADL-treningens plass i rehabiliteringen

Selvhjelpenhet i ADL³² aktivitetene er vanligvis noe av det viktigste å ta tilbake rett etter en tap av funksjon. For de aller fleste brukere er det første og største målet «å bli som før» (Loxley, 2017). ADL-trening er derfor viktig i rehabilitering og kan forventes å ha overføringsverdi også når treningen skjer på institusjon (Ponsford, 2006). ADL-fokusert trening viser seg å gi økt funksjon i både P- og I-ADL³³. Det minsker også risikoen for en dårlig prognose (Legg et al, 2006).

Oppgaveorientert tilnærming anbefales ved fysisk gjenopptrening (Carr & Shepherd 2000, Shumway-Cook & Woollacott 2007). Ved oppgaveorientert tilnærming lærer pasienten å løse problemer som kreves for å mestre oppgaven. Dette tar utgangspunkt i hverdagsaktiviteter og baserer seg på gjennomføring av aktivitet og gjentakende utførelse av motoriske oppgaver.

Aktiv deltakelse skapes når aktivitetene oppleves som meningsfulle for den enkelte pasient. I ADL-treningen trener man på aktiviteter fremfor kroppsfunksjoner, og man trener direkte på den oppgaven man ønsker å mestre. Det er viktig å fokusere på hele aktiviteten. Enkeltaktiviteter bør ikke deles opp, men vanskelige og sammensatte aktiviteter bør brytes opp i delkomponenter for å tilpasses den enkelte pasients funksjonsnivå. For helsepersonell må det skapes en bevissthet rundt bruk av verbal, visuell og taktil instruksjon/tilbakemelding i treningen.

I ADL-trening er det hensiktsmessig med *tilfeldig* trening. Det vil si at man legger inn variasjoner i treningen. Hvis man trener likt hver gang, kan man få en uriktig oppfatning av mestring. *Fordelt* trening gir bedre effekt enn lange treningsøkter. Det betyr mer pauser og lengre trening totalt. Denne treningen bør ha tilstrekkelig intensitet og mengde gjennom hele døgnet våkne timer.

Suksesskriterier for ADL-trening (Loxley, 2017):

- Investere nok tid
- Jobbe tverrfaglig
- Bygge kompetanse

³² Aktiviteter i dagliglivet

³³ Primær ADL (P-ADL) inkluderer basale daglige aktiviteter som å spise, drikke og utføre personlig stell. Instrumentell ADL (I-ADL) omfatter mer krevende hverdagsaktiviteter som innkjøp, matlaging eller rehabilitering.



- Fast pleiepersonale og terapeuter som jobber i team
- Pasientens ønsker og mål står i fokus
- Alltid utfordre, men samtidig skape mestring

7.4 Kompetanse og bemanning

Dette kapitlet presenterer ikke en løsning for hvordan tverrfaglig vurderingsteam (TVT) kan inngå i en bemanningsplan ved SIR. Ved en tett integrering kan man se for seg bedre mulighet til å ivareta helheten rundt den enkelte person, samt at man i større grad vil kunne få heltidsstillinger. Spørsmål om grad av integrering, vil vurderes nærmere i løpet av pilotperioden for TVT høsten 2017.

Terapitetthet

Treningsintensitet er avhengig av en viss terapitetthet. Ved Presteløkka i Larvik var det til sammen 7 årsverk fysio- og ergoterapeuter på 16 plasser. I Sarpsborg er det i praksis 1 årsverk fysioterapeut og 1 årsverk ergoterapeut som betjener 6 plasser. Dette er eksempler på avdelinger med høy terapitetthet, med en ressursfaktor på henholdsvis 0,44 og 0,33 pr. plass. Når man tar i betraktning at Larviksmodellen hadde terapi i helger, vil ressursnivået på hverdager være det samme for disse to enhetene.

Skal man oppnå tilsvarende effekter som ble dokumentert i Larvik, er det det grunn til å tro at man må nærme seg det samme nivået, og med terapi i helger. Med f.eks. 3,5 årsverk fysioterapi og 2,5 årsverk ergoterapi på 14 senger, vil man få en ressursfaktor pr. plass på 0,43.

I dag er det tilknyttet 3,85 fysioterapeuter og 1,3 ergoterapeut til de ca. 17 sengene som benyttes til rehabilitering i Indre Østfold. Kartleggingen tilsier at om lag halvparten av disse ressursene fortsatt bør være tilknyttet sykehjemmene. Det betyr at en felles rehabiliteringsenhet krever ansettelse av 3 nye årsverk i terapiressurser.

Legeressurs

Summen av legeressurser som i dag benyttes til rehabiliteringsplassene ved sykehjemmene, er i underkant av 0,7 årsverk. Hvis man tar forprosjektets anbefaling i betraktning, kan en 50-75% stilling vurderes som et utgangspunkt for legefunksjonen ved en rehabiliteringsenhet på 14 senger.

Samtidig bør man se på muligheten for at legeressursen ved enheten kan sees i sammenheng med andre behov i Indre Østfold, f.eks. tverrfaglig vurderingsteam, slik at man heller sørger for en 100% legestilling som også ivaretar øvrige oppgaver. Som eksempel kan det nevnes at sykehjemmene i Askim og Eidsberg har et vellykket samarbeid om en full sykehjemslegestilling.

For å ivareta rehabiliteringsfeltet, med sin særegne profil, er det imidlertid viktig å tilsette en lege som er dedikert til faget. Legen utgjør en viktig del av teamet rundt de personene som er i et rehabiliteringsforløp. En legeressurs, gjerne en fysikalsk medisiner, vil representere en faglig autoritet i samhandlingen med sykehuset og andre aktører.

Bemanningsfaktor

Pleiefaktoren ved korttid/rehabavdelingene i dag ligger på mellom 0,58 og 0,7. Behov for sykepleiere og helsefagarbeidere ved en enhet for intensiv rehabilitering, vurderes å ligge på en pleiefaktor mellom 0,8 og 0,9.

Med utgangspunkt i at senger for intensiv rehabilitering erstatter senger for rehabilitering ved korttidsavdelingene, skulle pasientgrunnlaget og dermed hjelpebehovet være det samme. Samtidig er det et par faktorer som tilsier at pleiefaktoren burde økes: Som en del av forventningen til en felles rehabiliteringsavdeling bør enheten håndtere en større kompleksitet av sykdoms- og funksjonsutfordringer. I tillegg vil den ADL-baserte treningen kreve ressurser. Det tar tid å jobbe med hendene på ryggen.



På en annen side vil det være naturlig å betrakte personalet som en samlet innsatsfaktor ved enheten. Både terapeuter og pleiere skal jobbe i team og ha den samme tilnærmingen overfor inneliggende personer. ADL-trening er felles innsatsområde for alle. I oppsettet av bemanningsplanen vil man ta hensyn til dette.

Bredde

Terapeuter, pleiere og lege utgjør basiskompetansen i rehabiliteringen ved senger for intensiv rehabilitering. Arbeidsgruppen vurderer terapitetthet som den viktigste innsatsfaktoren i rehabilitering ved enheten. For å optimalisere rehabiliteringsprosessen, vil det imidlertid være behov for en bredde i tilnærmingen. Følgende profesjoner anses som viktige:

- Logoped
- Psykolog
- Klinisk ernæringsfysiolog
- Sosionom

Behovet for tilgang til denne type kompetanse kan løses på flere måter. Namdalen Rehabilitering IKS, som det også vises til i denne rapporten, har primært inngått avtaler for å sikre tilgang på nevnte yrkesprofesjoner. I Indre Østfold, med korte avstander mellom kommunene, burde det ligge til rette for flerbruk av denne type kompetanse mellom eierkommunene og rehabiliteringsenheten.

Skal man følge anbefalingene fra forprosjektet, vil det være et samlet behov for 0,5-1 årsverk av disse yrkesgruppene ved enheten.

7.5 Samhandling og funksjonsfordeling

Inntakskriterier og tildeling av plasser

Kartleggingen i kommunene, som viser at det faglige skjønnnet og andre lokale forhold er avgjørende for vedtak om rehabiliteringsplass, tilsier at det er viktig å samarbeide om utformingen av kriteriene for bruk av rehabiliteringsplassene. Det er viktig å bruke tid på dette i fellesskap, også etter at enheten er etablert. Erfaringene fra Namdalen Rehabilitering viser at nettverksarbeid mellom kommunene og enheten, er viktig for å skape og opprettholde en felles forståelse av funksjonsfordelingen dem imellom.

Samtidig er det viktig at spesialisthelsetjenesten er kjent med inntakskriteriene. Sykehuset og kommunene bør benytte samme standardiserte verktøy i målinger av pasientens funksjon og tilstand, slik at vurderingsarbeidet i forkant av vedtak, kan gjøres så effektivt som mulig.

Fra Namdalen beskrives det også som en suksessfaktor at kommunene selv har inntaksmyndighet. Dette innebærer for øvrig at vedtakskontoret må besitte kompetanse om rehabilitering. Det tverrfaglige vurderingsteamet vil være en ressurs, og bør ha en sentral rolle i vurderingen av hvilke pasienter som skal få plass ved enheten.

Mest sannsynlig vil pasientene komme fra sykehuset, fra en USK-seng på Helsehuset og evt. fra hjemmet. Det tverrfaglig vurderingsteamet skal ha en mobilitet som muliggjør umiddelbare vurderinger og sørger for raske tilbakemeldinger til kommunenes vedtakskontor.

Tverrfaglig vurderingsteam

Tverrfaglig vurderingsteam (TVT) bør ha base ved senger for intensiv rehabilitering. Det er en intensjon at teamet bør sees i sammenheng med eller inngå i enhetens bemanningsplan. Ideelt sett burde flere av terapeutene og deler av pleiepersonalet organiseres i teamet, slik at de kan følge personene fra inntak til overføring til hjemmet, med dialog til det nettverk av aktører som vil inngå i videre rehabilitering.



Teamet vil spille en nøkkelrolle i å ivareta overgangene mellom sykehus, interkommunal enhet og kommuner. Opplæring og kompetanseoverføring til kommunene vil også være av teamets hovedoppgaver. Piloten for TVT høsten 2017 vil høste nyttige erfaringer og kan komme med nærmere råd om teamets rolle.

Spesialisthelsetjenesten

Kompetanseoverføring er en av spesialisthelsetjenestens viktigste oppgaver. Både Sykehuset Østfold og Sunnaas Sykehus er sentrale samhandlingspartnere overfor kommunene. Det bør forventes at SIR selv inntar en rolle som faglig autoritet hva angår intensiv rehabilitering på kommunalt nivå. Fra spesialisthelsetjenesten er det imidlertid viktig å få tilgang til spesialistkompetanse, enten det gjelder fysikalsk medisin, ortopedi, nevrologi eller andre fagretninger.

Ved etableringen av SIR og TVT vil kommunene få en betydelig bestillerkompetanse overfor spesialisthelsetjenesten. Administrativt er det viktig å kommunisere om grenseganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Avtaler må konkretiseres, og ansvars- og oppgavefordelingen bør løftes i møter og strategiske dokumenter.

Det operative samarbeidet må fokusere på kompetansetilgang. Videoteknologi og andre elektroniske verktøy, vil være viktige for å skape en tett samhandling omkring de personene som er i et rehabiliteringsforløp.

Hjemmebaserte tjenester

Som et bærende prinsipp skal personen bo hjemme så lenge som mulig, med størst mulig grad av selvhjulpenhet og selvstendighet. SIR skal bidra til å løfte funksjonsnivået maksimalt før hjemreise. Hjemmetjenestens ansvar vil være å opptre rehabiliterende, i tråd med den veiledning som er gitt fra TVT og i henhold til prinsippene i hverdagsrehabilitering.

I overføringen til hjemmet vil det være vesentlig å se på muligheten for å begrense støttefunksjoner og evt. erstatte personell med teknologiske verktøy. De hjemmebaserte tjenestene har ansvar for å hente ut samfunnsøkonomiske effekter som et bedret funksjonsnivå danner grunnlag for. På et overordnet nivå vil det være viktig å drøfte resultatene av rehabilitering ved SIR, i lys av behovet for støttetjenester.

Sykehjem

Ved sykehjemmene har om lag 80% av pasientene grad av demens. Her skal det arbeides for å forebygge funksjonssvikt og opprettholde funksjon og mestring. Det skal legges vekt på å stimulere til autonomi. Gruppetrening vil være viktig tiltak for å skape sosiale plasser og invitere til deltakelse.

Systematisk bruk av korttidsopphold, med gjennomgang av øvelser og aktiviteter, kan medføre at flere hjemmeboende kan bo lengre i eget hjem. Treningsintensiteten ved sykehjemmet vil imidlertid være for lav for en person med rehabiliteringspotensiale.

Kompetanseoverføring fra SIR og TVT til sykehjemmene, er viktig for å finne effektive metoder for trening, ADL-trening og kognitiv stimulering. Veiledning av personalet (terapeuter og pleiere) og pårørende samt å spille på frivillige lag og foreninger, vil være oppgaver for TVT.

7.6 Teknologi

Det finnes en rekke teknologiske verktøy som kan understøtte tjenesten og samhandlingen. I forprosjektet deles dette feltet inn i følgende hovedkategorier:

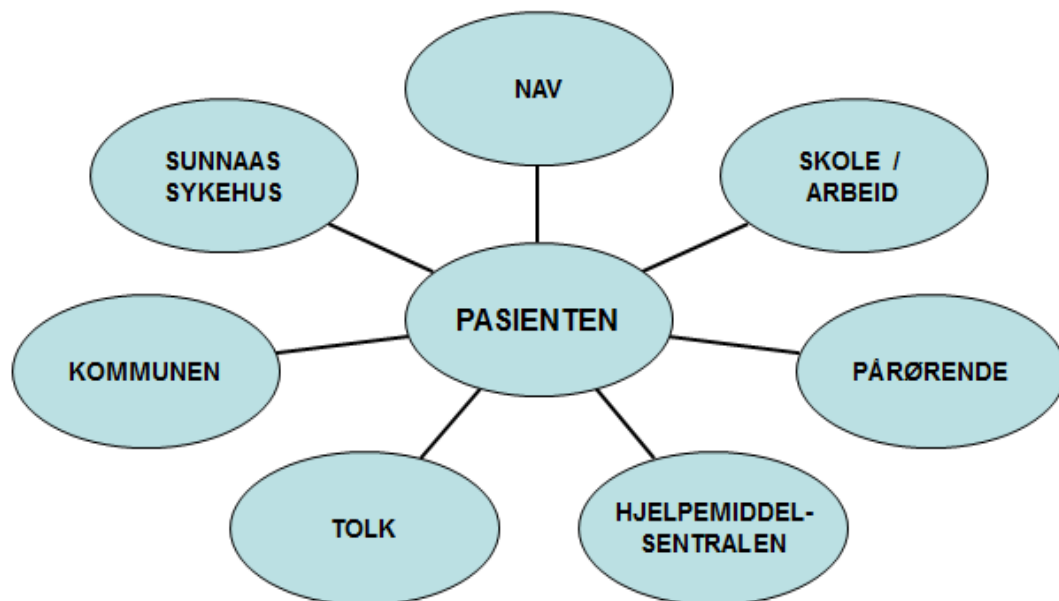
1. Datspill for opptrening / rehabilitering
2. Telerehabilitering og oppfølging/monitorering på avstand med nettbrett
3. Sikker og effektiv informasjonsdeling mellom aktører i rehabiliteringsprosessen



I det følgende presenteres tiltak som rehabiliteringsenheten bør innrettes for og utstyr som bør anskaffes.

Møterom med utstyr for videokonferanse

Møterommene på SIR bør innrettes med utstyr som gjør at man kan gjennomføre videokonferanse. Dette vil forenkle og effektivisere kontakten mellom ulike aktører i et rehabiliteringsforløp. I dag er det utviklet er sikkerhetsgodkjente programmer (Acano) for bruk innen helse- og omsorgssektoren, som gir tilgang til oppsett, gjennomføring og monitorering av videokonferanser mellom flere deltakere.



Figur 5. Videokonferanse som verktøy for samhandling i rehabilitering (Sunnaas, 2016)

Bærbare kameraer

Videoverktøy kan benyttes til mer enn møter og undervisning. Håndholdte kameraer kan blant annet benyttes i arbeid med diagnostikk og behandling. Ved skjermoverføring kan personell ved enheten konsultere legespesialister på en effektiv måte. En annen bruksmåte er hjemmebesøk med videokonferanse og kamera. Personer som ikke er i stand til å dra ut på hjemmebesøk, kan delta virtuelt fra sengeenheten (hjemmebesøk kan altså gjennomføres uten at personen selv er til stede).

Rom og utstyr tilrettelagt for dataspill

Spillteknologi gir en rekke muligheter i en rehabiliteringsprosess. Dette kan være et nødvendig supplement for å oppnå tilstrekkelig grad av treningsintensitet. Sunnaas Sykehus har utviklet en liste over spill ut ifra spillerens funksjon, tilgjengelig spillkonsoll og behov for øvelser. Nettsiden www.spilldegbedre.no er tilgjengelig for alle som ønsker å bruke spill i trening etter skade eller sykdom.

For skape gode vilkår for egentrening med dataspill, vil det være behov for rom med skjerm og fremvisningsutstyr, samt egnede spillkonsoller. Det er viktig med flere slike rom, evt. tilrettelagt på enerom, men også store rom som gjør at flere kan spille samtidig.



Samhandlingsteknologi

I forprosjektet ble det gjennomført en småskålatest med programvare fra Imatis. I testperioden ble det benyttet elektronisk oversiktstavle (til bruk på pc eller veggskjerm) og applikasjon på nettbrett. Dette er verktøy som kan brukes til å gi en oversiktlig monitorering av den enkeltes rehabiliteringsforløp. Anvendelighet og mulighetsrom knyttet til elektroniske tavler på vaktrommet ved rehabiliteringsenheten, bør undersøkes nærmere.

Elektronisk individuell plan er et verktøy for personens helhetlige plan og aktørene rundt, der alle kan gå inn og skrive i samme plan. Dette kan utforskes videre som et mulig samhandlingsverktøy.

Interaktiv målplan kan benyttes som et dynamisk redskap for personens mål og prosess mot å nå målene sine. Personen kan selv legge inn, justere mål og vurdere innsats mot målene.

8 Kostnad og effekt

Etablering av senger for intensiv rehabilitering vil medføre en kostnadsøkning på selve institusjonsplassene. Den økte innsatsen man legger inn på institusjonsbasert rehabilitering, kan imidlertid bidra til å dempe veksten i pleie- og omsorgstjenesten. Dette er for øvrig berørt under kapittel 5.2 i denne rapporten. I dette kapitlet vil vi komme med noen prisestimer.

For å få et fullstendig kostnadsbilde av senger for intensiv rehabilitering, vil man være avhengig av å kjenne lokalisering og organisering av sengene. Kommunene vil dessuten kunne velge ulike modeller for å realisere tiltaket, noe som vil få store konsekvenser for den reelle kostnaden for den enkelte kommune. Fremgangsmåten for dette sees ikke uavhengig av kommunestruktur, og hører derfor med til en eventuell neste fase i arbeidet – høsten 2017.

For å gi en prisantydning har vi valgt ulike fremgangsmåter:

- Sammenlikning med andre rehabiliteringsenheter
- Sykehjemsplass justert for ekstraressurser
- Rehabiliteringsavdeling samlokalisert med døgnenheten på Helsehuset

8.1. Sammenlikning med andre rehabiliteringsenheter

Det er gjort et forsøk på å innhente døgnpriser fra andre rehabiliteringsenheter for å finne et utgangspunkt for et mulig kostnadsanslag. Utfordringen med dette er at det er veldig ulikt hva som legges til grunn for kostnaden og hvilke utgifter som er regnet med, enten det er fellesutgifter, administrasjonskostnader eller kostnader til lokaler.

For Namdalen Rehabilitering IKS er døgnprisen basert på selskapets totale utgifter. Her er for øvrig kommunale rehabiliteringsplasser samlokalisert med plasser for spesialisert rehabilitering, hvor pasientene er mindre pleietrengende. Pris for en kommunal rehabiliteringsplass i 2017 er 3003,- pr. døgn.

En god måte å sammenlikne seg med andre rehabiliteringsenheter, vil være å se på bemanningsplanen og ressurstilgang. Da kan man få en indikasjon på dagens status og hvor mye man må øke, for å nå det nivået man vil strekke seg etter. I tabellen på neste side vises pleiefaktor³⁴, terapi- og legeressurser (årsverk) ved utvalgte avdelinger.

³⁴ Beregning av gjennomsnittlig antall pleiere pr. seng



Rehabiliteringsavdelingene i tabellen er lokalisert på eget senter, vanligvis på kommunens helsehus, og ofte samlokalisert med andre senger.

Kommune	Antall senger totalt ved enheten	Antall rehabsenger	Pleie-faktor	Samlet terapi-dekning	Samlet lege-dekning
Larvik, Presteløkka 2016 ³⁵		23	0,7	8,1	0,7
Namdalen Rehabilitering IKS	26	13		6,5	1,15
Halden kommune	20	10	0,62	1,6	0,5
Sandefjord kommune	18	11	0,87	3,75	1
Fredrikstad kommune	12	12	0,78	4,5	0,5
Sarpsborg kommune		6		2	

Både Larvik, Sandefjord og Sarpsborg har en ressurstilgang som er sammenliknbare med den bemanning og terapitetthet som er foreslått under kapittel 8.4 i denne rapporten. Dette vil gi følgende eksempeloppsett, her sett sammen med dagens situasjon.

Indre Østfold	Antall rehabsenger	Pleiefaktor	Terapidekning	Legedekning
<i>Rehabsengene på korttid i dag</i>	16,88	0,64	2,58 ³⁶	0,70 ³⁷
<i>Mulig SIR</i>	14	0,8	5,5	0,70

Eksemplet med 14 senger viser at vi må totalt sett øke med 5-6 årsverk av pleiere og terapeuter, for å få den bemanning og treningsintensitet som vi er ute etter ved rehabiliteringsavdelingen.

8.2 Sykehjemsplass justert for ekstraressurser

I Kostra finnes oversikt over kostnader til kommunale heldøgnsplasser. I tabellen under er det foretatt en gjennomsnittsberegning av kommunale plasser i Indre Østfold. Tallene får ikke frem kostnadene ved rehabiliteringsplassene spesielt.

Korrigerte brutto driftsutgifter pr. kommunal plass 2016			
Kommune	Totalkostnad (m/FDV bygg)	% pleieandel	Pleiekostnad
Gjennomsnitt IØ	1 025 003	88,0	902 134
Døgnekostnad	2 808		2 472

I tråd med foreslått bemanning, som beskrevet i forrige avsnitt, vil det knytte seg ekstrakostnader til senger for intensiv rehabilitering. Sammenliknet med dagens gjennomsnittlige bemanning ved korttid/rehabavdelingene, vil dette utgjøre ca. pr. seng:

- Pleiere 0,3 årsverk
- Terapeuter 0,3 årsverk
- Lege omtrent omtrent som i dag
- Div profesjoner 0,05 årsverk

³⁵ I Larvik er avdelingen i de senere år utvidet med 7 plasser

³⁶ Utgjør halvparten av de terapiressurser som er ved avdelingene/sykehjemmene i dag

³⁷ Andel av de legeressurser som er ved avdelingene/sykehjemmene



På grunnlag av dette kan det anslås en kostnadsøkning pr. seng på ca. 460 000,-. Dette utgjør en økning på døgnbasis på ca. 1260,-.

Som en tommelfingerregel kan man si at for hvert årsverk sykepleier/fysioterapeut/ergoterapeut man legger til ved en avdeling på 10 senger, vil døgnprisen pr. plass øke med 200,-.

8.3 Rehabiliteringsavdeling samlokalisert med døgnenheten på Helsehuset

For å unngå store kostnadsøkninger ved etablering av senger for intensiv rehabilitering, er det naturlig å se på mulighetene for stordriftsfordeler. Lokalisering av rehabiliteringsplassene er ikke drøftet, men som et eksempel vil arbeidsgruppen vise hvordan man kan se ressurser på tvers ved en plassering på Helsehuset. Andre lokaliseringmuligheter kan vurderes i en senere fase.

Ved døgnenheten på Helsehuset i Indre Østfold er det i dag 10 senger for KAD og USK pasienter. Dersom man ser for seg en samlokalisering i 3. etg. ved Helsehuset, vil det være plass for til sammen 20 pasienter. En av fordelene ved samlokalisering er felles utnyttelse av personell, spesielt nattevakt. Dagens pleiebemannning ved døgnenheten, 10 plasser:

KAD og USK, 10 senger (i dag)							
	man	tirs	ons	tors	fre	lør	søn
Dag	3	3	3	3	3	3	3
Kveld	3	3	3	3	3	3	3
Natt	2	2	2	2	2	2	2

Ved etablering av 10 tilstøtende rehabiliteringsplasser kan man legge følgende til grunn:

Dag - Høy terapitetthet som understøtter pleierne i ADL.

Kveld - Pleier nr. 3 fra KAD og USK benyttes på tvers mellom begge poster.

Natt - Nattevakter fra KAD og USK benyttes på tvers.

REHAB, 10 senger (forslag)							
	man	tirs	ons	tors	fre	lør	søn
Dag	2	2	2	2	2	2	2
Kveld	2	2	2	2	2	2	2
Natt	0	0	0	0	0	0	0

Dette tilsvarer 6,31 pleieårsverk. Sett i sammenheng med ressursene på døgnenheten gir dette en pleiefaktor på 0,55. I praksis vil denne faktoren styrkes med den relativt høye andelen terapeuter. Terapeutene kan eksempelvis fordeles slik:

	man	tirs	ons	tors	fre	lør	søn
Dag	4	3	4	3	4	1	1

Oppsettet tilsvarer 4,51 årsverk terapeuter, som fordelt på 10 senger, svarer til terapitettheten ved Larviksmodellen av 2010. Bemannning i helg er viktig for å kunne ta imot nye personer og sikre kontinuitet i treningen. Foruten fokus på ADL, vil gruppetrening og tilrettelegging for egentrening være viktig på lørdager og søndager.



Mulig budsjettoppsett

Tilleggs kostnader ved samlokalisering med døgnetenheten (KAD og USK)		REHAB 10 senger	
Lønnskostnader³⁸	Pleiere	6,31	4 846 839
	Fagspl		
	Fysio	2,51	1 610 599
	Ergo	2	1 239 840
	Lege	0,5	525 000
	Overlege		
	Andre profesjoner	0,5	323 400
	Teamleder	0,5	420 000
	Avd.leder		
	Andel adm		
	Ferievikar mm		500 000
	Tot årsverk	12,32	9 465 678
Øvrig kost			1 500 000
Husleie	1500,-/m2	558	837 000
Total sum			11 802 678
	Pris pr seng		1 180 268
	Pris pr døgn		3 234

Oppsettet viser kun hva døgnprisen pr. seng vil være, dersom sengene benytter seg av eksisterende bemanning og administrasjon ved Helsehuset. I et samlet budsjettoppsett vil KAD- og USK-sengene bli rimeligere, mens rehabiliteringssengene vil gå opp i pris.

8.4 Effekter i kommunene

Etableringen av senger for intensiv rehabilitering vil kunne gi flere mulige effekter.

Overføring av stillinger til SIR

Modell for realisering og organisering av SIR vil avgjøre i hvilken grad den enkelte kommunene vil kunne ta ut effektene av en etablering. Hvordan dette løses vil være forskjellig fra kommune til kommune.

Redusert behov for hjemmesykepleie

Kostnadsreduksjon på grunn av redusert behov for støttetjenester, er den største økonomiske gevinsten som forventes å komme av intensiv rehabilitering. I beregningene fra Vestfoldprosjektet var den årlige kostnaden redusert fra 113 000,-/person/år i kontrollkommunene til 60 000,-/person/år i Larvik. Besparelsen var på 53 000,- eller 47%.

Dersom vi etablerer 10 senger for intensiv rehabilitering, med gjennomsnittlig opphold på 3,1 uke (jf. Larviksmodellen), vil vi betjene nærmere 170 personer årlig. Dersom vi makter å ta ut *halvparten* av forventet effekt etter opphold, f.eks. 25 000,- pr. person, vil dette utgjøre 4 250 000,- årlig.

Kommunene vil ha ulike forutsetninger for å ta ut effekten som kommer av redusert behov for støttetjenester. Det vurderes uansett at satsningen på SIR gir en mer bærekraftig utvikling og kan

³⁸ Lønnsnivå er hentet fra utdanning.no og fra Helsehuset



bidra til å redusere behovet for sterk volumøkning innenfor pleie- og omsorg, ved at personer settes i stand til å klare seg hjemme lengre.

Redusert behov for kort- og langtidsopphold

Forskningsarbeidet i Vestfold kunne vise til at behovet for antall døgn på korttids døgnopphold, var lavere i gruppen som hadde fått intensiv rehabilitering, sammenliknet med kontrollgruppen. Behovet for langtidsplasser doblet seg i kontrollgruppen i løpet av de neste 18 månedene etter opptrening. Av de over 80 år, hadde personene som gjennomgikk intensiv rehabilitering, 30% lavere behov for sykehjemsplass sammenliknet med den generelle norske befolkning over 80 år.

Intensiv rehabilitering ventes altså å redusere trykket på sykehjemsplassene. Dette kan legge til rette for en endret bruk av sykehjemsplasser, og i et fremtidsperspektiv dempe behovet for utbygging av sykehjemsplasser i Indre Østfold.

8.5 Personeffekt

Den overordnede målsettingen med etablering av senger for intensiv rehabilitering, er å kunne gi «bistand til personens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse, sosialt og i samfunnet», som det står i rehabiliteringsdefinisjonen.

I Vestfoldstudiet, som det er vist til flere ganger i dette dokumentet, var personeffekten betydelig. Likevel var personene selv, enten de fikk intensiv rehabilitering eller rehabilitering ved sykehjemmets korttidsavdeling, like godt fornøyd med tilbudet. Dette understreker hvor viktig det er at helsetjenestene selv gir anbefaling om kvaliteten ved tilbudet, og innretter det slik at det gir tiltenkt effekt.

En virkningsfull rehabiliteringstjeneste vil gi enkeltmennesker grunnleggende forutsetninger for å ha en meningsfylt tilværelse. Kvalitativt gode og økonomisk hensiktsmessige løsninger, kan imidlertid være vanskelig å forene. Vi har forsøkt å peke på at en annen innretning av tjenesten, med et samtidig fokus på å hente ut gevinster, kan kombinere dette.

8.6 Gevinst- og kvalitetsindikatorer

Det er mange effekter som man regner med at senger for intensiv rehabilitering vil genere. I prosjektplanen for SIR er det angitt flere effektmål:

- Det gis strukturert og intensiv rehabilitering ved institusjon i Indre Østfold.
- Rehabiliteringen settes tidlig i gang, med høy presisjon og bredde i tilbudet.
- Rehabiliteringsarbeidet kan håndtere en stor variasjon av ulike helsetilstander.
- Personen tar ansvar for egen rehabiliteringsprosess.
- Det oppnås god funksjon hos personer med behov og potensiale for rehabilitering.
- Det er redusert behov for støttetjenester hos personer som har blitt rehabilitert ved institusjon. De pårørende gir god støtte i hjemmet.
- Det er redusert behov for kort- og langtidsopphold hos personer som har blitt rehabilitert ved institusjon.
- Fagmiljøet ved enheten har styrket kommunens bestillerkompetanse overfor samarbeidende aktører.



Arbeidsgruppen har tatt for seg effektmålene og vurdert hvordan virksomheten bør innrettes for å nå ønskede effekter. Dette er innarbeidet i rapporten. For å måle virkningene av tiltaket, foreslås følgende:

1. Kartlegge personens
 - a. Motivasjon for rehabilitering
 - b. Involvering i rehabiliteringen
2. Kartlegge pårørendes involvering og bidrag
3. Gjøre funksjonsmålinger (se. Pkt. 8.3)
4. Kartlegge hvilke pasientkategorier som får opphold ved enheten
5. Måle kostnader i hjemmebaserte tjenester
 - a. For personer som har vært inne til rehabilitering
 - b. Generell utvikling
6. Måle bruk av sykehjemsplasser
 - a. For personer som har vært inne til rehabilitering
 - b. Generell utvikling