

PROSJEKT INNOVATIV REHABILITERING

Utprøving av senger for intensiv rehabilitering ved Døgnerheten,
Helsehuset IØMK IKS 2019



Arbeidsgruppen og rehabiliteringsteamets levering
kari.anne.dehli@io.kommune.no

31.12.19

Redigert 29.04.20

Innhold

1.0	Innledning og bakgrunn.....	3
1.1	Prosjekt Innovativ rehabilitering	3
1.2	Forankring av arbeidet med senger for intensiv rehabilitering	4
1.3	Formål med utprøving av senger for intensiv rehabilitering og arbeidsgruppens oppdrag ...	4
2.0	Arbeidsgruppen, ressurser, møter og arbeidsmetoder	5
2.1	Arbeidsgruppens sammensetning.....	5
2.2	Eksterne ressurser	5
2.3	Møter og arbeidsmetoder	5
2.4	Rehabiliteringsteamet	5
3.0	Arbeidsgruppens anbefaling til utprøving.....	6
3.1	Fokusområder for utprøving – senger for intensiv rehabilitering.....	6
3.2	Driftsforberedende fase	6
3.3	Rammer for utprøving.....	7
4.0	Metode - Grunnleggende tenkning/verdier og innhold i prosedyrer og rehabiliteringsprosessen	8
4.1	Grunnleggende tenkning/verdier.....	8
4.2	Innhold i prosedyrer og rehabiliteringsprosessen.....	9
4.3	Kartleggingsskjemaer - verktøy	12
4.4	Gjennomgang av tjenesteforløp og materiell med arbeidsgruppen.....	13
5.0	Resultater – Evaluering av utprøvingen	14
5.1	Midtevaluering – arbeidsgruppen	14
5.2	Evaluering av utprøving av senger – rehabiliteringsteam og arbeidsgruppe.....	15
5.2.1	Rammene for utprøvingen	15
5.2.2	Informasjon og opplæring til Døgnerheten og implementering av utprøvingen	17
5.2.3	Samhandling - Døgnerheten-TVT-hjem	17
5.2.4	Teknologi - hvordan kan dette understøtte samhandlingen og personen?.....	20
5.2.5	Prosedyrer	21
5.2.6	Videreføring av forløp etter et opphold på seng.....	23
5.2.7	Lokalsamfunnet i modellen «Samfunnsbasert rehabilitering» - implementert i et «sengeforløp»	23
5.3	Resultater - kvalitative innspill - dialogmøte med følgeforskere	24
6.0	Konklusjoner og veien videre	26
6.1	Overføringsverdi til fremtidige senger for intensiv rehabilitering	27
7.0	Vedlegg.....	29

Sammendrag

Det er gjennomført og evaluert en utprøving av senger for intensiv rehabilitering ved Døgnerheten på Helsehuset IØMK IKS i samarbeid med Tverrfaglig vurderingsteam og prosjekt Innovativ rehabilitering. Hensikten var å se på hvordan vi kan sikre kvalitet i rehabiliteringen og samhandling i rehabiliteringsforløpet. En arbeidsgruppe har forberedt og planlagt utprøvingen sammen med et rehabiliteringsteam og prosjektet.

Det er sett på fem fokusområder som ble vurdert å være avgjørende for å oppnå formålet. I tillegg vurderte man rammene for utprøvingen og informasjonen for implementering av utprøvingen.

Følgende 7 punkter er vurdert:

1. Rammene for utprøvingen
2. Informasjon til Døgnerheten og implementering av utprøvingen
3. Samhandling gjennom hele kjeden – Døgnerhet/ rehabseng – TVT - hjem
4. Bruk av teknologi for samhandling og for personen; samhandlingsteknologi, treningsteknologi og telerehabilitering
5. Prosedyrer
6. Videreføring av forløp etter et opphold på seng
7. Lokalsamfunnet i modellen «Samfunnsbasert rehabilitering» - implementert i et «sengeforløp»

I evalueringen søker man å finne faktorer og samle erfaringer som har overføringsverdi til fremtidige senger for intensiv rehabilitering.

Utprøvingen oppfattes som vellykket; vi har fått testet det vi ønsket å teste. Utprøvingen har avdekket viktige faktorer og erfaringer som det bør legges vekt på når senger for intensiv rehabilitering skal i drift.

Dette handler om:

- Informasjon og implementering av tiltaket
- Tilgang til lege
- Kommunikasjon og rapportering
- Trening – teknologi og egentrening
- Lokalsamfunnet i modellen Samfunnsbasert rehabilitering

Det er laget en detaljert liste med punkter som tas med videre i forbindelse med overføringsverdi til fremtidige senger for intensiv rehabilitering.

1.0 Innledning og bakgrunn

1.1 Prosjekt Innovativ rehabilitering

Prosjekt Innovativ rehabilitering ble etablert i 2016, og er organisert under Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS (Helsehuset). Helsehuset eies av syv kommuner (Askim, Eidsberg, Hobøl, Marker, Trøgstad, Skiptvet og Spydeberg) som til sammen har ca 50 000 innbyggere. Krav og anbefalinger i veileder om rehabilitering, habilitering og individuell plan og koordinator, ligger til grunn for arbeidet i prosjektet. Prosjektet er finansiert over Statsbudsjettet siden 2016 med kr 5 millioner per år. Prosjektet er foreslått med nye 5 millioner kroner for 2020. Helsedirektoratet har oppfølgingsansvar og det er følgeforskere tilknyttet prosjektet som skal ha nasjonal overføringsverdi. Overordnet mål er å utvikle innovative løsninger og en styrket rehabiliteringstjeneste i Indre Østfold.

I løpet av høsten 2016 utarbeidet prosjektet rapporten «Rehabiliteringsenhet og ambulant rehabiliteringsteam»¹. Innholdet i denne presenterte et grunnlagsmateriale og forslag til rammer for både enhet og rehabiliteringsteam. På grunnlag av denne rapportens anbefalinger, ble det etablert et delprosjekt i 2017 for senger for intensiv rehabilitering (SIR), som retter seg mot personer som har behov for rehabilitering på institusjon². Denne kom med anbefalinger for en sengeenhet for intensiv rehabilitering i Indre Østfold (her 7 kommuner), som erstatter senger for rehabilitering ved korttidsavdelingene på sykehjemmene.

Samtidig med dette arbeidet så en arbeidsgruppe på hvordan et Tverrfaglig vurderingsteam (TVT) kunne gjøre en helhetlig funksjonsvurdering, igangsette tiltak og koordinere personens rehabiliteringsforløp i kommunen³. TVT er realisert og har vært operativt som et prosjekt fra høsten 2018 og som en del av ordinær kommunehelsetjeneste siden 2019.



Figur 1. Modell for Samfunnsbasert rehabilitering viser den samlede rehabiliteringskraften i samfunnet

¹ Innovativ rehabilitering Indre Østfold, Prosjektrapport, Forslag til Handlingsplan 2017-2020, Kap. 2.3 side 73

² Innovativ rehabilitering Indre Østfold,enger for intensiv rehabilitering, mai 2017

³ Innovativ rehabilitering Indre Østfold, Tverrfaglig vurderingsteam, mai 2017

Senger for intensiv rehabilitering er beskrevet som en viktig del av prosjektets arbeidsmodell for kommunal rehabilitering – «Samfunnsbasert rehabilitering»⁴. I denne inngår både helsetjenester og lokalsamfunnet.

Senger for intensiv rehabilitering vil bidra til å styrke rehabiliteringen i Indre Østfold, i tråd med Handlingsplan 2017-2020⁵.

1.2 Forankring av arbeidet med senger for intensiv rehabilitering

Fem av de syv nevnte kommuner blir fra 2020 Indre Østfold kommune. En del av forankringsarbeidet for tjenester for rehabilitering har derfor vært knyttet opp mot Fellesnemda – politisk organ for den nye kommunen.

I forbindelse med etablering av et tverrfaglig vurderingsteam (TVT), ble det samtidig bedt om at Fellesnemda tok stilling til senger for intensiv rehabilitering. I den forbindelse ble det laget en intensjonsavtale med mål om å opprette senger for intensiv rehabilitering i ny kommune (Indre Østfold kommune).

Intensiv rehabilitering gir resultater for både personen og kommunen⁶. I denne utprøvingen av senger for intensiv rehabilitering, var hensikten å se på hvordan vi kan sikre kvalitet i rehabiliteringen og samhandling i rehabiliteringsforløpet. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe som skulle forberede og planlegge en utprøving av senger for intensiv rehabilitering.

1.3 Formål med utprøving av senger for intensiv rehabilitering og arbeidsgruppens oppdrag

Arbeidsgruppen ble gitt et konkret oppdrag med følgende hovedmål og delmål der formålet med utprøvingen var: å sikre kvalitet i rehabiliteringen og samhandling i rehabiliteringsforløpet.

Hovedmål:

- Arbeidsgruppen skal forberede og planlegge en utprøving av senger for intensiv rehabilitering

Delmål:

Arbeidsgruppen skal:

- Definere målgruppe - seng (i samhandling med prosjektstab)
- Lage en tidslinje for utprøvingen
- Presisere målsettinger for utprøvingen (i samhandling med prosjektstab)
- Beskrive behov for og metode: Kompetanse- opplæring ansatte Døgnetenhet
- Begynne å beskrive behov for utstyr
- Lage en tjenestereise- / -beskrivelse av et forløp

Resultatene fra arbeidsgruppen blir en viktig ressurs inn i driftsforberedende fase samt et grunnlag for endelig prosjektplan for utprøvingen.

⁴ Innovativ rehabilitering Indre Østfold, Prosjektrapport, Forslag til Handlingsplan 2017-2020, Kap. 1, s 12 og 16

⁵ Innovativ rehabilitering Indre Østfold, Prosjektrapport, Forslag til Handlingsplan 2017-2020, Kap. 1.5, s 20-21

⁶ Johansen I et al, Structured community-based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard primary health care rehabilitation: an open comparative study, Disabil Rehabil. 2012;34(24):2039-46

2.0 Arbeidsgruppen, ressurser, møter og arbeidsmetoder

Arbeidsgruppen har hatt en bred sammensetning både fra ledelse av Helsehuset, Døgnerheten og prosjektet i tillegg til faglig ansvarlige ved Døgnerheten.

2.1 Arbeidsgruppens sammensetning

Følgende har deltatt i arbeidsgruppen:

1. Linda Øverland, teamleder Døgnerhet
2. Cecilie Danielsen Bjerkeli, avdelingsleder legevakt og Døgnerhet
3. Irene Boye, tillitsvalgt, Døgnerhet
4. Veronica Tomasgaard, fagsykepleier Døgnerhet
5. Espen Storeheier, fagsjef Helsehuset
6. Per Kvakkestad, rehabiliteringslege TVT /tillitsvalgt
7. Marianne Baggetorp Landerud, kontaktsykepleier Døgnerhet i utprøvningsperioden
8. Carina Kolnes, teamleder Tverrfaglig team (TVT)
9. Kari Anne Dehli, prosjektleder Innovativ rehabilitering

2.2 Eksterne ressurser

Fredrikstad kommunes rehabiliteringsavdeling ved Helsehuset i Fredrikstad - la til rette for et hospiteringsbesøk og deling av sine erfaringer og anbefalinger.

2.3 Møter og arbeidsmetoder

Arbeidsgruppen har hatt fire møter i perioden 26.02.19 til 13.05.19.

Terapeuter, sykepleier og prosjektleder Innovativ rehabilitering, deltok på en ekskursjon til Helsehuset i Fredrikstad som huser kommunens rehabiliteringsavdeling. De fikk en innføring i driften av avdelingen.

Terapeutene deltok på en lungerehabiliteringskonferanse i forkant av utprøvingen for å være rustet til å ta imot målgruppen – personer med KOLS.

Arbeidsgruppen har delegert ansvaret til enkeltpersoner eller deler av arbeidsgruppen, for å gjennomføre oppgavene som arbeidsgruppen skulle løse.

Kick off 29.05.19 sammen med Døgnerheten og prosjektet, markerte oppstarten av utprøvingen.

2.4 Rehabiliteringsteamet

Rehabiliteringsteamet ble satt sammen av følgende fagpersoner:

- Marianne Molle - ergoterapeut, TVT - 100 %
- Yvonne Stenberg Skjøthaug - fysioterapeut, TVT - 60 %
- Per Kvakkestad - lege, TVT
- Marianne Baggetorp Landerud - sykepleier, Døgnerheten
- Laura De Nova de la Mata - sykepleier, Døgnerheten

Lina Lindegaard, fysioterapeut TVT og Tone Authen, ergoterapeut TVT, var ferievikarer for terapeutene.

3.0 Arbeidsgruppens anbefaling til utprøving

Arbeidsgruppen har diskutert, drøftet og hatt ekskursjon til en rehabiliteringsinstitusjon for å løse oppdraget. Kontaktsykepleier og prosjektet har utformet det skriftlige materialet på bakgrunn av drøftingene. Dokumentene «Prosedyrer for utprøving av to senger for intensiv rehabilitering ved Døgnerheten Helsehuset, prosjekt Innovativ rehabilitering» og «Opplæringsperm – senger for intensiv rehabilitering», kan fås ved henvendelse.

Prosjektstab for Innovativ rehabilitering diskuterte utfordringen med rammene med hensyn til kortere tid for utprøving og ferieavvikling i samme periode. Man var klar over at dette var en risiko for utprøvingen og overføringsverdien, men man valgte likevel å gjennomføre utprøvingen.

3.1 Fokusområder for utprøving – senger for intensiv rehabilitering

Fokusområdene for utprøving er valgt på grunnlag av fremtidig overføringsverdi.

- **Samhandling for å sikre et helhetlig rehabiliteringsforløp** – Døgnerhet/ rehabiliteringsseng – TVT – hjem
- **Teknologi relevant for rehabilitering** – hvordan kan dette understøtte samhandling samt personen; samhandlingsteknologi, spillteknologi og telerehabilitering
- **Prosedyrer** – finne/ utvikle egnede prosedyrer som kan ha overføringsverdi til fremtidige senger for intensiv rehabilitering på Helsehuset
- **Videreføring** etter et opphold på seng
- **Lokalsamfunnet** i modellen «Samfunnsbasert rehabilitering» - implementert i et forløp med senger og rehabilitering i hjemmet

Utprøvingen skal ha overføringsverdi til fremtidige senger for intensiv rehabilitering, som er planlagt på Helsehuset inn i ny kommune.

3.2 Driftsforberedende fase

Driftsforberedende fase forløp mer eller mindre fra oppstart av arbeidsgruppen i februar og frem til oppstart av utprøvingen som var 27. mai. I denne perioden gjennomførte man den praktiske tilretteleggingen for å kunne gjennomføre utprøvingen. Dette innebar utarbeiding av: prosedyrer, opplæringsperm, maler for henvisning og tildeling, brosjyremateriell til deltakere, beskrivelse av behov for og anskaffelse av utstyr samt beskrivelse av innholdet i utprøvingen.

Det ble beskrevet krav til ansatte for gjennomgang av prosedyrer og opplæringsperm.

Prosedyrer

Det ble utarbeidet både faglige og praktiske prosedyrer. Aktuelle faglige prosedyrer ble hentet ut fra Compilo, og kontaktsykepleier og terapeutene utarbeidet prosedyrene som manglet.

Prosedyrene som ble valgt, er bygget på:

- Kvalitetsindikatorer i rehabilitering fra Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR)
- Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging av KOLS

- Veileder til forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, Helsedirektoratet
- Mandatet til Innovativ rehabilitering Indre Østfold
- Rapporter fra Innovativ rehabilitering Indre Østfold – helhetlig forløp, personperspektivet og eksisterende prosedyrer på Døgnerheten

Metode og kompetanse - opplæring ansatte Døgnerheten

Alle skulle lese prosedyrene i Compilo og kvittere ut før oppstart. Prosjektet lagde en opplæringsperm som omhandlet rehabilitering, prinsipper og «tilnærming» for å sikre «et støttende rehabiliteringsmiljø» samt hensikten med utprøvingen. Alle ansatte på Døgnerheten fikk dette tilsendt på e-post. I tillegg ble noen eksemplarer skrevet ut og lå tilgjengelig på vaktrommet.

Suksessfaktorer for en vellykket utprøving

I det første arbeidsmøte definerte vi suksessfaktorer for en vellykket utprøving. Det er lagt vekt på disse i driftsforberedende fase og i informasjonsarbeidet som har vært gjort overfor de som skulle involveres. Vi definerte følgende faktorer som kritiske:

God informasjon; deltakelse på personalmøte, hvorfor denne utprøvingen nå, forankring av utprøvingen, bruk av case eksempel, hvorfor Helsehuset og ikke hjem, god opplæring ift valgt målgruppe.

Gode kriterier jmf målgruppe, sikre gode rutiner/prosedyrer – plan for forløp og sikre gode overganger. Dialog med saksbehandler / vedtaks kontor i forkant av utprøving. Det må være en kontaktperson inn til sengene for fysio- og ergoterapeut, og en kontaktperson for Døgnerheten. Terapeutene bør være en del av Døgnerheten – se på mulighet for å dele kontorplass.

Bruk av teknologi – Nintendo wii og virtuell trening (VT) samt bruk av Imatis-tavle på tvers av senger-rehabiliteringsteam - i forløp, ble også sett på som suksessfaktorer. Det skulle også lages en tidslinje for utprøving.

3.3 Rammer for utprøving

Nedenfor listes en kortversjon av rammene som ble lagt for utprøvingen:

- Utprøvingen skjer i 2 senger i enkeltrom på Døgnerheten
- Oppstart – primo mai med avslutning medio august
- Prosjektet har ansatt ekstra personale fra 1. april 60 % fysioterapeut til seng og dag. 100 % ergoterapeut på seng og dag fra 30. april. I tillegg styrkes TVT med 100 % fysio fra 1. april som også vil bidra inn på seng/dag.
- Personene henvises fra Døgnerheten eller TVT
- Kriterier for å delta:
 - Personen skal ha lav pleietyngde; dvs ikke trenge heis eller to i stell
 - Type problemstillinger: KOLS, ulike sammensatte problemstillinger
 - Personen skal være motivert for rehabilitering
 - Ha rehabiliteringspotensiale
 - Lengden på opphold; inntil 3 uker
- Inntaksteam er: Kontaktsykepleier Døgnerheten, lege TVT og teamleder TVT, møte 1 gang per uke
- Det skal gjennomføres en midtevaluering for eventuelt å korrigere opplegg og prosedyrer

4.0 Metode - Grunnleggende tenkning/verdier og innhold i prosedyrer og rehabiliteringsprosessen

Tidligere i prosjekt Innovativ rehabilitering har det vært egne arbeidsgrupper som har sett på helhetlig forløp og personperspektivet. Dette er grunnelementer i prosjektet og for rehabiliteringstankegangen som skal gjennomsyre arbeidet vi gjør.

4.1 Grunnleggende tenkning/verdier

Personperspektivet

Prosjektets grunnleggende tilnærming til rehabilitering tar utgangspunkt i at rehabiliteringsprosessen er et forløp som er bestemt av personen selv i samskaping med tjenestestyrer og andre relevante aktører.

Personen er sentrum for rehabiliteringsprosessen og personen eier sin egen rehabiliteringsprosess. Personen skal gå fra en passiv rolle i et behandlingssystem som pasient, til en aktiv og bestemmende rolle i egen rehabiliteringsprosess; en person som er myndiggjort og tar ansvar i prosessen.

Resultatet av en rehabilitering avhenger av hvilke mål personen har, og hvilken innsats vedkommende er villig til å yte, samt at fagpersonene legger til rette for at dette kan skje på beste måte.

Vi vet at rehabilitering må inneholde aktivitet – fysisk, mentalt og sosialt. Aktivitet og deltagelse 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 måte⁷.

Samfunnsbasert rehabilitering

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.

Rehabilitering er et svært sammensatt område. 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 tilgjengelig for personen også etter et avsluttet rehabiliteringsforløp. 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 lokalsamfunnet⁸.

⁷ Innovativ rehabilitering Indre Østfold, Rapport Personen som eier av egen rehabiliteringsprosess, januar 2018

⁸ Innovativ rehabilitering Indre Østfold, Prosjektrapport, Forslag til Handlingsplan 2017-2020, kap 1, s 12

Utprøvingen

God rehabilitering er preget av motivasjon og egeninnsats, intensitet, konkrete målsettinger og tiltak, ukeplan/timeplan, systematisk kartlegging, terapitetthet og dedikert helsepersonell.

I denne utprøvingen er oppholdet avgrenset til 3 uker og skal være starten på en prosess i samspill med hjemkommunen og Tverrfaglig vurderingsteam (TVT) ved behov. Det skal være høy terapitetthet og personen skal stå i sentrum.

Rehabiliteringsteamet vil bestå av sykepleieren som er på vakt, fysioterapeut, ergoterapeut, kontaktsykepleier og lege. Det vil være legevisitt én gang i uken med legen som er ansatt i prosjektet. Personene som er på rehabilitering skal være i en stabil fase som ikke skal trenge legetilsyn daglig, men det blir gjort en innsikt i uke 1, oppfølging i uke 2 og utskrivelse uke 3. Ved spesielle behov kan legen tilse personen utover dette.

Dersom det vurderes at personen har behov for ytterligere en ukes opphold, tas dette opp med inntaksteamet.

Vi har kjernetid fram til kl 15.00 hvor det foregår aktiviteter og trening. Nærpersonene er hjertelig velkomne etter dette, og oppfordres til å bidra til helsefremmende aktiviteter som gangtrening, treningsprogram eller annen fysisk eller mental aktivitet som bidrar til at personen når sine mål.

Rehabilitering 24/7

Rehabilitering foregår gjennom hele døgnet. Ansatte på Døgnetenheten er i dag allerede gode på dette. Likevel er det viktig å trekke fram at personens ressurser og mål skal ha hovedfokus. «Hva er viktig for deg?» i stedet for «Hva trenger du hjelp til?».

ADL-trening og aktivitetsbasert trening står sentralt også her. Det er viktig at personene gjør det de vanligvis gjør hjemme så langt det er mulig, f.eks. smøre mat, ta medisiner, følge opp blodsukker og insulin (medisiner og liknende i samarbeid med sykepleier på avdelingen). Sykepleieren skal være støttespiller og motivator for aktivitet, samt delta inn i teamet med tverrfaglig drøfting og tiltak.

4.2 Innhold i prosedyrer og rehabiliteringsprosessen

Info i forkant av henvisning

Før personene blir henvist til senger for intensiv rehabilitering, skal den henvisende fagpersonen informere om innholdet i rehabiliteringsoppholdet, og innhente muntlig samtykke til henvisningen. Det skal også avklares på forhånd om personen har individuell plan og eventuelt hvilke tjenester personen allerede har og avklare behov for hjelpemidler.

Henvisning – inntaksteam - tildelingsbrev

Henviser fyller ut et eget skjema for personen som skal til senger for intensiv rehabilitering, se vedlegg. Et eget inntaksteam vurderer henvisningene og avgjør hvem som skal få et tilbud. Det bes om en beskrivelse av personens medisinske situasjon og hvorfor henviser mener at et rehabiliteringsopphold er hensiktsmessig for personen. Både pleietyngde og motivasjon skal beskrives.

Inntaksteamet kontakter personen som har fått innvilget opphold og gjør avtale om innkomst. Personer som får tilbud om opphold, mottar et tilbudsbrief som inneholder informasjon om blant annet varighet, tidspunkt for innleggelse, informasjon om rehabiliteringsteamet og Døgnetenheten, forventninger til personen, rehabiliteringsplan, samarbeidsmøter og om mulighet for videre oppfølging og rehabilitering i hjemmet.

Innkommst og tverrfaglig kartlegging

Personen møter kl 16 på mandager (møtetidspunktet ble endret fra formiddag til ettermiddag etter midtevalueringen). Sykepleier ved Døgnetenheten gjennomfører innkommstamtalen og dokumenterer. Det skal kartlegges medisinsk historie, medisiner, ernæringsstatus, nåværende situasjon skal beskrives, hjemmesituasjon og hjelpemidler.

Verktøyene COPM (hva er viktig for deg – mål), SPPB, gripestyrke og 6 minutters gangtest, er noen av skjemaene / testene som skal gjennomgås /-føres. Se punkt 3.5 Kartleggingsverktøy og skjemaer for fullstendig liste.

Tverrfaglig funksjonsvurdering utføres av ergoterapeut og fysioterapeut samt kontaktsykepleier dersom det er mulig. Både for å øke det tverrfaglige samarbeidet samt få en felles forståelse av funksjon, mål og tiltak. Personen får oppnevnt en kontaktperson i rehabiliteringsteamet for oppholdet.

Personens erfaring/ motivasjon i forhold til bruk av teknologi i eget rehabiliteringsforløp skal også kartlegges.

Dokumentasjon

Alle data skal registreres i Imatis eller Geric. Hver fagperson har beskrivelse/ rutine for hva som skal registreres hvor.

Rehabiliteringsoppholdet

Individuell rehabiliteringsplan (IRP). Alle personene skal utarbeide en IRP i samarbeid med sin kontaktperson. Personen setter seg mål for rehabiliteringen og bidrar i planleggingen av rehabiliteringsprosessen. Innholdet i planen defineres ut ifra personens mål. Den individuelle rehabiliteringsplanen skal evalueres i uke 2 av oppholdet og ved hjemreise. Rehabiliteringsplanen kan videreføres ved hjemreise og være starten på en Individuell plan (IP). Der arbeid er mål tas det kontakt med individuell jobbspesialist (IPS)/ TVT.

Trening og aktivitet. Treningsprogram blir tilpasset individuelt for fysisk funksjon og hverdagsaktiviteter. Ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier er ansvarlig for dette. Måltidene er også en del av aktiviteten, og personene skal smøre sin egen mat/ brødmåltidene.

Ulike fagpersoners rolle

Det er beskrevet de ulike fagpersoners rolle og oppgave i prosedyrene. Nedenfor nevnes kun noen vesentlige funksjoner.

Legens rolle. Legen i TVT er medisinsk ansvarlig lege for personene under rehabiliteringsoppholdet. Legen sender e-link til fastlegen og informerer om at personen skal på senger for intensiv

rehabilitering, og ber om aktuelle opplysninger. Supplerende dokumentasjon kan hentes inn fra ulike etter personens samtykke. Samarbeid med fastlegen er vesentlig.

Legen deltar i inntaksteam og på tverrfaglige møte i uke 2. Før hjemreise utføres en utskrivelsessamtale og legen skriver et sluttnotat som denne sender til fastlege via e-link. Se også punkt om utskrivelse og prosedyre for legens rolle, for flere opplysninger.

Sykepleierens rolle. Sykepleier tar inkomstsamtale med personen ved innleggelse. Sykepleier på vakt holder i det sykepleiefaglige rundt personen og er en del av det tverrfaglige teamet. I tillegg er det en ressurs sykepleier på Døgnerheten som deltar på inntaksteam og på tverrfaglige møter og har ansvar for det sykepleiefaglige gjennom hele rehabiliteringsoppholdet. Sykepleier motiverer og veileder personen i: ADL trening i matsituasjonen, stell osv, og til å følge rehabiliteringsplanen gjennom dagen. Oppfølging av ernæring og monitorering om nødvendig. Sykepleier følger opp det medisinske rundt personen. Sykepleier deltar i utskrivelsesamtalen og skriver den sykepleiefaglige delen av epikrisen.

Fysioterapeutens og ergoterapeutens rolle. Fysio- og ergoterapeuten er personens kontaktperson. Terapeuten gjennomfører individuelle kartlegginger blant annet; hva er viktig for deg – er med på målsettingsarbeidet, utarbeider og leder individuelt treningsprogram og andre tiltak, har oppfølging, behandling, støtter og motiverer, vurderer underveis og koordinerer.

Kontaktpersonens rolle. Kontaktperson er fysio- / ergoterapeut fra rehabiliteringsteamet. Kontaktpersonen er personens, pårørende og samarbeidspartnere sin kontaktperson under oppholdet og skal sikre gode overganger.

Møteplasser og samhandling

Fysio-/ergo deltar på rapport på Døgnerheten daglig kl 07.45; rapport både morgen og ettermiddag på personens inkomstdag (møtetidspunktet ble justert med 15 minutter etter en midtevaluering). Imatis-tavle brukes som samhandlingsverktøy. Hensikten er å holde fokus på personens mål og funksjon. Det skal gjennomføres minst to samarbeidsmøter i løpet av oppholdet; mellom kontaktperson, Døgnerheten og personen som er til rehabilitering eventuelt dennes nærpersion. Hvem som deltar blir bestemt ut ifra personens behov for individuelle rehabiliteringsplan.

Samhandling og videreføring

Rehabiliteringsoppholdet er en del av et helhetlig rehabiliteringsforløp. Kontaktpersonen har et koordinerende ansvar for sømløse overganger til eventuelt andre nødvendige tjenester. Det kan være samhandling med TVT, kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Det anbefales å invitere til samarbeidsmøter så tidlig som mulig i oppholdet, gjerne i løpet av uke 2. Dersom det er behov for videre oppfølging i kommunen eller lokalsamfunnet, skal dette være avklart i samarbeidsmøte før utskrivelse. Døgnerheten og terapeutene setter hverandre alltid i kopi når det sendes e-link vedrørende personer.

Utskrivelse

Ved utskrivelse gjennomføres de samme testene som ble gjennomført ved innkommst.

Det lages en sluttrapport som inneholder en oppsummering fra hver faggruppe og en felles status og beskrivelse av videre forløp. Sluttrapporten sendes fastlege, henvisende instans, eventuelt hjemmetjenesten og andre samarbeidspartnere samt til personen.

Dersom det er aktuelt med videreføring av individuell rehabiliteringsplan (IRP), skal denne redigeres før hjemreise. Den skal da inneholde videre målsetting, tiltak og hvem som er ansvarlig, inkludert det som personen selv skal jobbe med. Retest gjennomføres etter 3 og 6 måneder etter avsluttet rehabilitering.

Arbeid som mål

Individuell jobbspesialist (IPS) kan også kobles på ved henvisning til tverrfaglig vurderingsteam (TVT) om arbeid er en målsetning i rehabiliteringen.

Helhetlig forløp

Senger for intensiv rehabilitering er en del av et helhetlig forløp. Arbeidsmodellen for samfunnsbasert rehabilitering og personperspektivet er grunnlag for tjenesten. Pasienten skal gå fra en passiv rolle i et behandlingssystem til en aktiv og bestemmende rolle i egen rehabiliteringsprosess.

4.3 Kartleggingsskjemaer - verktøy

Nedenfor listes skjemaer og metoder som er benyttet i rehabiliteringsforløpet. Forklaring til testene er beskrevet i prosedyren, se vedlegg.

- For kartlegging og arbeid med målsettinger: COPM og Mestringshjulet
- For kartlegging av fysisk funksjon: SPPB, hånddynamometer, 6 minutters gangtest i kombinasjon med Borg score
- For vurdering av ADL: ADL-Taxonomien, IPLOS, Barthel ADL-indeks
- For vurdering/ registrering av helserelatert livskvalitet: EQ5-D
- For medisinsk vurdering: klinisk undersøkelse av lege, MEWS, gjennomgang av medisiner, EKG – der det er relevant, ev samtale om røykeslutt
- For kartlegging av ernæringsstatus: MNA og NRS 2002 - verktøy for screening som brukes for å indentifisere ernæringsstatus. Appetitus er en app der man kan registrere hva man spiser og drikker. Denne kan benyttes som et grunnlag for videre ernæringskartlegging og oppfølging.
- Teknologi: Videosamtaler med Confrere, videomøter via Norsk Helsenett, virtuell trening, nettbrett med relevante apper, Nintendo Wii og KOMP
- Evaluering av rehabiliteringsoppholdet fra personen – spørreskjema kvalitetsindikatorer i rehabilitering fra NKRR – besvart via Imatis - nettbrett

Etiske retningslinjer for Helsehuset er benyttet. (ligger til grunn)

4.4 Gjennomgang av tjenesteforløp og materiell med arbeidsgruppen

I siste driftsforberedende møte med arbeidsgruppen, gjennomgikk og forankret man hele tjenesteforløpet og alt av materiell som er produsert for utprøvingen. Punktene listes nedenfor:

- Planlagt oppstart – 27.05.19
- Rekruttering
- Klargjøring av rom/senger
- Hvordan man løser matserveringen
- Opplæringshefte til Døgnetenheten/ infomateriell til person
- Oppgaver kontaktsykepleier
- Prosedyreansvarlig – leder TVT
- Kick off 29.05.19
- Mottak av personer som skal til rehabilitering
- Pasientreiser
- Føring i Gerica
- Imatis
- Rutine – morgenmøte – hva er viktig for fysio og ergo i det møtet?

5.0 Resultater – Evaluering av utprøvingen

I dette kapittelet beskrives i hovedsak resultater fra de ulike evalueringene av utprøvingen. Resultatene er vurdert opp mot hva man ønsket å undersøke i utprøving av senger for intensiv rehabilitering.

Det er også noen resultater på personnivå. Disse er sekundære til selve utprøvingen, men vi velger å ta de med inn som et resultat som kan benyttes i vurdering av kvaliteten i forløpet

Det er gjennomført følgende evalueringer underveis og etter utprøvingen:

- Midtevaluering fra arbeidsgruppen etter 1 måneds utprøving 24.06.19
- Evaluering fra rehabiliteringsteam etter utprøvsperioden 02.09.19
- Evaluering fra arbeidsgruppe etter utprøvsperioden 04.09.19
- Presentasjon av resultater på personnivå for TVT og følgeforskerne
- Innspill fra dialogmøte med følgeforskere 22.10.19

5.1 Midtevaluering – arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen hadde denne evalueringen etter fire uker i utprøvsperioden. Hensikten var å korrigere forhold som man allerede nå så ikke fungerte som forventet.

Det var laget en liste med momenter som skulle diskuteres. Nedenfor gjengis noen av punktene som ble løftet og som var vesentlige for videre arbeid. Enkelte punkter gikk direkte på samhandlingen mellom Døgnetenheten og rehabiliteringsteamet, mens andre forhold handlet mer om tilrettelegging for personene som skulle til rehabilitering.

Endringer

- Innkomst for personen endres til mandag kl 16 i stedet for mandag mellom kl 10 og kl 13
 - For at sykepleierne skal ha bedre tid til å ta imot personen – hektisk på formiddagen
 - For at det tverrfaglige teamet skal få noe bedre tid til planlegging/ innhenting av informasjon/ rapportering
- Rehabiliteringsteamet er med på ettermiddagsrapport på innkomstdagen
- Fortsetter å delta på morgenrapport de andre dagene

Forhold som skal følges opp

- Rapporteringsrutiner etter både samarbeidsmøter og hjemmebesøk
 - Avklaring av hvem som skal motta rapporter
 - Hvem som skal skrive rapportene
- Kommunikasjon generelt mellom alle enheter/personer/ fagpersoner som er/skal involveres
- Hvor tiltaksplaner skal noteres og hvem som avgjør om det skal utarbeides tiltaksplaner
- Samhandling med lege og fastlege
- Sikre tverrfaglighet – mer kan gjøres i fellesskap - kommunikasjon mellom fagpersoner som er involvert – felles tverrfaglig rapport – terapeutene delta på slutten av ettermiddagsrapporten
- Rapporten er forumet for å ta opp spørsmål
- Utfylling av henvisningsskjemaet – hjelpemiddelbehov – god funksjonsbeskrivelse/ nødvendige tilrettelegginger
- Samtykke – hvordan – muntlig /skriftlig
- Timeplan for personen - kveld – avsatt tid til aktivitet

Avklaringer vedrørende personen som er til rehabilitering

- De med multidose/dosett styrer dette selv
- Viktig å huske på størrelsen på rommene med tanke på personens hjelpebehov (lave toaletter, for små for el-stoler etc)
- Fortløpende vurdering av matsituasjonen
- Organisering av første dag – prosedyre for dette

5.2 Evaluering av utprøving av senger – rehabiliteringsteam og arbeidsgruppe

Både rehabiliteringsteamet og arbeidsgruppen har hatt egne evalueringer, henholdsvis 02.09.19 og 04.09.19. Det er skrevet referat fra begge evalueringene.

Formålet med utprøvingen var å sikre kvalitet i rehabiliteringen og samhandling i rehabiliteringsforløpet. For å teste ut dette valgte vi å se på fem fokusområder som ble vurdert å være avgjørende for å oppnå formålet.

Hensikten med evalueringen var derfor å evaluere fokusområdene i utprøvingen. I tillegg vurderte man rammene for utprøving og informasjonen for implementering av utprøvingen. Følgende 7 punkter er vurdert:

1. Rammene for utprøvingen
2. Informasjon til Døgnerheten og implementering av utprøvingen
3. Samhandling gjennom hele kjeden – Døgnerhet – TVT - hjem
4. Bruk av teknologi for samhandling og for personen; samhandlingsteknologi, treningsteknologi og telerehabilitering
5. Prosedyrer
6. Videreføring av forløp etter et opphold på seng
7. Lokalsamfunnet i modellen «Samfunnsbasert rehabilitering» - implementert i et «sengeforløp»

I evalueringen søker man å finne faktorer og samle erfaringer som har overføringsverdi til fremtidige senger for intensiv rehabilitering.

Nedenfor følger en sammenfatning av evalueringene som er gjennomført av rehabiliteringsteamet med teamleder TVT og arbeidsgruppen. Det er valgt å samle disse evalueringene under én overskrift, siden mange av de samme vurderingene og innspillene går igjen. Konklusjonene er stort sett listet først i kapitlene.

5.2.1 Rammene for utprøvingen

Noen konklusjoner for rammene for utprøving

- Personene ble håndplukket fra TVT eller Døgnerheten – kunne maks trenge 1 i stell
- Man erfarer at sykepleierne på Døgnerheten skulle vært involvert i enda større grad
- Det var lite aktivitet på kvelden – ble ikke rehabilitering 24/7
- Det er nødvendig med minimum et tre ukers forløp. Behovet bør styre lengden på oppholdet
- Midtevaluering var viktig for å korrigere det som ikke fungerer etter intensjonen
- Det er behov for å lage konkrete rutiner for kommunikasjon om fravær og stedfortreders oppgave
- Det er forventninger om at det er lege tilgjengelig når det kalles intensiv rehabilitering

- Spørsmål om man bør ha en fysikalsk medisiner ved en rehabiliteringsenhet
- Ved en reell drift vil sykehuset ha forventninger til at enheten kan ta imot alle som har behov for rehabilitering

Rekruttering av personene

I denne utprøvingen ble personene håndplukket fra TVT eller Døgnenheten for deltakelse. Personen kunne maks trenge hjelp av 1 i stell. Dette reduserer grad av overføringsverdi og man kan ha mistet reelle rehabiliteringskasus.

Involvering av sykepleiere

Man erfarer at sykepleierne på døgnenheten skulle vært involvert i enda større grad. Dette gjelder både for å lese seg opp på prosedyrer og hvilken rolle de var tenkt å ha i egentrening og rammene rundt måltidsfunksjon. Det var en egen prosedyre for måltidene.

Terapeutene kunne vært mer deltakende i rapporten på ettermiddagen for å involvere sykepleierne som var på vakt, og for å holde fokus på egentrening og den helhetlige tilnærmingen høyt oppe.

Lite aktivitet på kveld: Det var stille på kveldene; kjedelig. Det ble ikke rehabilitering 24/7.

Tid og ressurser for terapeutene. Terapeuttetthet er avgjørende for intensiv rehabilitering. De opplevde at de hadde tid og ressurser til en intensiv rehabiliteringsprosess, men at noen av personene hadde andre avtaler de vanskelig kunne endre på, fikk besøk osv. Dette medførte at ikke alle fikk to treningsøkter per dag og at egentrening var redusert.

Siden det var ergoterapeut i 100 % stilling og fysioterapeut i 60 % stilling falt en del av rapporteringsarbeidet på ergoterapeuten. Dette medførte at den ønskelige tverrfagligheten ble noe redusert særlig i forbindelse med sluttrapportering.

Lengde på forløpet

Det er nødvendig med minimum et tre ukers forløp. Behovet bør styre lengden på oppholdet.

Midtevaluering

Midtevalueringen var viktig. Det ble gjort endringer i innkost som følge av dette. Denne endringen var til det bedre.

Ferieavvikling og fravær

Siden utprøvingen foregikk i juni, juli og august var ferieavvikling noe som måtte håndteres.

Under planlagt ferie for lege TVT ble ikke personer fulgt opp etter gjeldende prosedyre. Ved fremtidige planlagte innleggelser for rehabilitering er det meget viktig å ha en klar avtale med stedfortreder god tid i forveien, slik at personene blir ivaretatt etter prosedyre.

Lege - behov for tilstedeværelse og kompetanse

Det vurderes at tilgang til lege en gang per uke, vil være for lite på en reell rehabiliteringsavdeling. Med intensiv trening for dårlig fungerende personer, er det viktig med fortløpende avklaringer med lege; endringer kan skje fort. Det var imidlertid mulighet til å bruke lege TVT utover de konsultasjonene som var beskrevet i prosedyrene for oppholdet.

Det er pekt på forventninger om at det er lege tilgjengelig når det kalles intensiv rehabilitering.

I utprøvingen har akuttlege på KAD/USK vært lege i TVT og for senger for intensiv rehabilitering. Det stilles spørsmål om det bør være en fysikalsk medisiner; en lege med fagansvar som har erfaring med rehabilitering. Ved ny avdeling på Helsehuset etter ombygging, med senger for intensiv rehabilitering og forsterket korttidsavdeling, blir det viktig å rigge en tilstrekkelig og riktig legekompetanse.

Henvising av personer til rehabilitering

Ved en reell drift vil sykehuset ha forventninger til at vi kan ta imot alle som har behov for rehabilitering; må kunne ta imot de som kommer.

5.2.2 Informasjon og opplæring til Døgnerheten og implementering av utprøvingen

Det ble gitt mye informasjon om utprøvingen og hvordan denne skulle foregå og rehabilitering var tema på egen fagdag.

Å sette seg inn i informasjonen som ble gitt, handler både om tid og kapasitet som personalet har. Endring tar også tid. Dette er et nytt fagfelt for mange og prosedyrene er annerledes både når det gjelder utforming og innhold. I tillegg er tankegangen annerledes for rehabilitering; personene skal gjøre mest mulig selv – i motsetning til et pleie- og omsorgsfokus.

Pleierne oppgir også at flere ikke gikk helt inn i oppgaven siden dette var en utprøving og de skulle på ferie i perioden. Det oppgis også at implementeringen hadde vært annerledes dersom utprøvingen hadde gått over lengre tid. Sykepleierne var imidlertid veldig positive til utprøvingen som ble oppfattet som en ekstra boost i hverdagen.

Det ble drøftet om det kunne vært gjort noe annerledes med hensyn til informasjon. Det var gjengs oppfattelse av at informasjonen var bra. Den ble gitt og gjentatt på mange arenaer, blant annet på avdelingens fagdag og på personalmøtet. Særlig fagdagen ble oppfattet som en god arena. Det var laget en egen opplæringsperm og prosedyrer for utprøving av to senger ved Døgnerheten og forløpet forøvrig. Disse inneholdt god informasjon om sykepleiers rolle. Opplæringspermen ble brukt som et oppslagsverk.

Både kontaktsykepleierne og terapeutene fikk en del spørsmål fra de andre sykepleierne for informasjon.

Det er også vist til i rammene at terapeutene kunne deltatt i større grad på ettermiddagsrapporten for å involvere sykepleierne i større grad.

5.2.3 Samhandling - Døgnerheten-TVT-hjem

Noen konklusjoner for Samhandling – Døgnerheten – TVT-hjem – overføringsverdi

- Imatis-tavle er et godt verktøy og morgenmøte en god møteplass for samhandling - viktig å finne en god form på møteplassen
- Ikke nødvendig at lege deltar på denne møteplassen
- Ønskelig at terapeut og sykepleier kan gjennomføre IPLOS-registreringer i sammen for bedre samhandling og økt rehabiliteringstankegang blant sykepleierne
- Ønskelig med større samhandling også mellom lege og terapeuter
- Det var utfordrende å oppnå kontakt med personens fastlege før et opphold.
- Lege er en viktig ressurs for medisinsk avklaring i inntaksteamet
- Flere ble henvist videre til TVT og til andre tiltak; fysio i kommunen, Nav og Frisklivsentral

- Viktig erfaring; være ekstra observante på de som kommer rett fra sykehus med stor endring i funksjon og som skal hjem/ eventuelt et annet sted – etter et rehabiliteringsopphold
- I samarbeidsmøter må det avklares hvem som skriver referatet og alle må være innforstått med oppgaven som beskrives for dem som er involvert; TVT/terapeuter/ kommunen
- Størrelse og sammensetning av inntaksteamet fungerte godt
- Henvisningsmalen må være fylt ut; viktig å få nok informasjon om personen
- Det er ønske om mer samarbeid rundt utskrivelse – mellom Døgnerheten og rehabiliteringsteamet
- Det er ønske om mer samarbeid for involvering av lokalsamfunnet

Samarbeid om personene – Morgenmøter, Imatis-tavle og registrering

Det var et godt samarbeidsklima mellom ansatte på Døgnerheten og terapeutene. Selve samhandlingen var bedre for personene som hadde behov for sykepleie; et større hjelpebehov. For de som var helt selvhjulpne var det mest terapeutene som hadde kontakten med personene.

I utprøvsperioden var det mest samhandling mellom sykepleiere som var konkret med i prosjektet, som var involvert og dedikert. De øvrige på avdelingen var litt usikre på sin rolle og følte seg litt på utsiden.

Morgenmøtene; det var litt utfordrende å finne formen på møtene. Det ble en del gjentakelser, men møteplassen ble opplevd som en viktig felles plattform og et fast møtepunkt. Dette var viktig for god samhandling. Lege TVT deltok ikke på disse morgenmøtene, men det var greit.

Imatis-tavlen ble et viktig verktøy og fungerte godt på morgenmøtene og bidro til at samhandlingen rundt personene ble mer konkret. Målene til personen sto på Imatis-tavlen noe som gjorde det enklere for alle å holde fokus på personens mål; de ble felles for alle. Bedre og mer konkret samhandling, bidro til at det ble mindre beskjeder i gangen.

COPM og IPLOS registrering. COPM ble ofte gjort av terapeuter, og burde i enda større grad vært del av et tverrfaglig samarbeid. Sykepleier og terapeuter gjennomgikk IPLOS registrering sammen noen ganger. Dette kunne med fordel vært gjort flere ganger. Samhandlingen bidro til å øke rehabiliteringstankegangen på avdelingen.

Journalføring og bruk av datautstyr for dette: Terapeutene brukte ikke PC-ene på Døgnerheten, men satt på kontorene sine siden dette var mest praktisk; plass og tilgang til PC. Sykepleier og terapeuter kunne lese hverandres journaler, men ikke hverandres E-link, men de satte hverandre på kopi for informasjon.

Samhandling med lege TVT

Det var mest samhandling mellom lege og sykepleier. Det er mulig at dette kan ha noe med kultur å gjøre. Internmelding (meldingsutveksling i Geric) er et godt verktøy for samhandling med legen. Sykepleierne og terapeutene opplevde samhandling med lege som tilfredsstillende.

Samhandling lege TVT (rehabilitering) og fastlege

Lege TVT er bindeleddet til personens fastlege. Det var utfordringer med å oppnå kontakt med personens fastlege i forkant av rehabiliteringsoppholdet. Det ble både kommunisert pr e-link og pr telefon, uten at det var en garanti for at informasjon ble utvekslet. En mulig årsak var at tiden fra personen takket ja - til tilbudet til opphold startet, var kort. Lengre tid mellom akseptert opphold og

innleggelse vil kunne sikre at en får relevant informasjon fra fastlege. Ferieavvikling kan også ha hatt noe å si for tilgjengeligheten. Etter et opphold sender lege egen epikrise til fastlegen.

Fra Døgnerhet – TVT – hjem/pårørende

Flere ble henvist videre til TVT/Nav – individuell jobbstøtte (IPS). Noen ble henvist til andre tiltak som; fysioterapeut i kommunen og frisklivssentral.

Terapeutene (Fysio/ ergo) fulgte opp personen med et hjemmebesøk, kort tid etter hjemkomst, og koblet på TVT eller andre aktører i kommunene.

For en person ble det noen utfordringer etter samarbeidsmøte med kommunen; på hjemmebesøk med nærpersion, person og kommunal ergoterapeut. En viktig erfaring å ta med videre; man må være ekstra observante på de som kommer rett fra sykehus med stor endring i funksjon som skal hjem/ eventuelt et annet sted etter et rehabiliteringsopphold; der boligsituasjonen er noe uavklart.

I samarbeidsmøter må det avklares hvem som skriver referatet og alle må være innforstått med oppgaven som beskrives. Det må skrives tydelige referater der det avklares arbeidsoppgaver mellom dem som er involvert; TVT/terapeuter/kommunen.

Inntaksteam, inntak og utskrivelse

Størrelsen og sammensetningen av inntaksteamet (teamleder TVT, lege og kontaktsykepleier) var god og fungerte bra. Lege er viktig for medisinsk avklaring ved inntak og er en viktig ressurs i inntaksteamet.

Det er viktig å ha nok informasjon om personen; henvisningsmalen må være utfylt.

Personer som fikk tilbud om et rehabiliteringsopphold, fikk dette på kort varsel siden TVT og Døgnerheten selv måtte finne personene som skulle tilbys et rehabiliteringsopphold. Selv om begge opplevde at kriteriene var utfordrende, fikk man det til på en god måte, og fikk rekruttert tilstrekkelig med personer til utprøvingen. Dette vil være annerledes i en reell setting, der man får henvist personer til rehabilitering.

Det tverrfaglige samarbeidet ved utskrivelse er sentralt fordi man har «ulike briller på», og det er ønske om mer samarbeid rundt utskrivelse. Terapeutene opplevde at dette ble bedre når innkomst ble endret fra mandag formiddag til mandag ettermiddag som et resultat av midtvalueringen. Da fikk terapeutene mulighet til å skrive avsluttende rapport og bli helt ferdig med det administrative før det kom nye personer. Siden fysioterapeut jobbet i redusert stilling, var det ergoterapeuten som i hovedsak tok ansvar for rapporten fra fysio- og ergoterapeut.

Terapeuter og sykepleier sender en tverrfaglig rapport til fastlegen, personen selv og til den som har henvist og tildelingskontoret i aktuell kommune.

Samhandling om involvering av lokalsamfunnet – i modellen

For terapeutene er det mye å tenke på ved innkomst; kartlegginger, funksjonstester mm. Terapeutene konsentrerte seg om treningsfokuset framfor involvering av lokalsamfunnet. Hele dette opplegget var nytt, også for terapeutene. I denne utprøvingen erfarte man at det var mer utfordrende å implementere lokalsamfunnet i personens rehabiliteringsforløp, enn for de som har tilbud gjennom TVT. I en hjemmesituasjon er man i sitt eget miljø og det oppfattes at det også for personen er lettere å tenke inkludering av lokalmiljø enn når man er lagt inn. Se også punkt 5.2.7 Lokalsamfunnet i modellen «Samfunnsbasert rehabilitering».

Samhandling med personen og pårørende

Personene som deltok i utprøvingen var motiverte og det var god samhandling med dem.

Alle personene fikk tilbud om at pårørende kunne delta og involveres i forløpet. Dette var det flere som ikke ønsket. Sykepleierne var i kontakt med pårørende når de var på besøk på kvelden. Noen var med på møter, få var med på treningsøkter.

Alle fikk brosjyrer og tilbudsbrev. Terapeutene/ sykepleierne fikk ingen tilbakemelding på manglende informasjon.

5.2.4 Teknologi - hvordan kan dette understøtte samhandlingen og personen?

Noen konklusjoner for teknologi – hvordan kan dette understøtte samhandling og personen:

- Teknologi for samhandling fungerer - videomøter
- Teknologi for trening fungerer – virtuell trening (VT) og spillteknologi
- Personene viste liten/varierende interesse for å bruke teknologi for egentrening
- Viktig å avklare om Døgnerheten skal være aktiv inn i bruk av teknologi for personen
- Imatis-tavle - tavlemøter er viktig - mål kan tas opp 2-3 ganger per uke - ikke hver dag
- Vurdere om det er aktuelt for alt personale å være til stede – 2 av 14 var rehab.personale
- Imatis-tavle – ha et punkt for å krysse ut at lokalsamfunnet er kartlagt
- Imatis-tavle – ha et punkt for oppfølging av egentrening
- Det bør stå i informasjonsbrevet at teknologi benyttes i forbindelse med trening
- Det er ønskelig med et rom der man kan spille i fellesskap om kvelden – både trening og sosialt

Teknologi for samhandling

Videokonferanse ble brukt i forbindelse med et overføringsmøte fra Sunnaas til senger for intensiv rehabilitering. Dette fungerte bra.

Nettbrett med digital kalender. Noen av personene hadde nettbrett med digital kalender. Dette var veldig fint for terapeutene, men oppfattes å ikke være så viktig for personene. Det var kun app for kalender som ble prøvd ut for samhandling mellom personene og rehabiliteringsteam.

App for nettbrett for kartlegging av matinntak og næringsstoffer; Appen APPETITus, ble forsøkt brukt på en person. Vedkommende likte det ikke og ville ikke bruke den.

Imatis-tavle

Bruk av Imatis-tavle gjorde at målene ble tydelige for alle i rehabiliteringsteamet og for alle på Døgnerheten forøvrig. I utgangspunktet er det ikke behov for å diskutere personens mål hver dag, men siden det er ulike personer på jobb, så ble det likevel vurdert som nødvendig.

Alle som er på jobb deltar på morgenmøtet på Døgnerheten. Man bør vurdere hva som er aktuelt for alle som er til stede – her var bare 2 av 14 var rehabiliteringspersonale/-kontakter. Dette handler om effektiv bruk av tid. I en ny enhet vil alle jobbe med rehabilitering.

Selve oppbyggingen på Imatis-tavlen var ikke optimal; rehabilitering var en egen «tavle» som man aktivt måtte klikke opp, den var ikke koblet direkte til døgnerhetens tavle; litt tungvint.

Det er behov for at man også kan krysse av for at lokalsamfunnet er kartlagt. Egentrening burde også vært et av punktene på Imatis-tavla.

Anbefaling for neste utprøving: Tavlemøter er viktig. Mål kan tas opp 2-3 ganger per uka. Ikke hver dag.

Teknologi for trening

De fleste personene som deltok brukte teknologi som trening sammen med terapeutene og som egentrening; Nintendo Wii eller VT. Denne treningsteknologien fungerte bra. Virtuell trening var den type treningsteknologi som ga best registrering av egentrening.

Bruk av treningsteknologi på eget rom var utfordrende med hensyn til romstørrelse. Det ble derfor gjort i stand et eget rom på Døgnerhetens avdeling som personene kunne bruke til virtuell trening.

Ingen hadde med virtuell trening (VT) hjem. Terapeutene som holdt i teknologien var usikre på om de som jobbet på Døgnerheten skulle støtte opp under utprøving av teknologi. Egentrening sto på ukeplanen og var opplyst ved oppslag i rommet til personen og i permen de hadde. Blant sykepleierne var det uklart om de skulle delta aktivt i personens egentrening, med motivasjon. Egentrening burde være et av punktene på Imatis-tavla.

Annet om trening og teknologi

Personene viste varierende interesse for teknologi for egentrening og for bruk av kalender på nettbrett. Det etterspørres om bruk av teknologi var beskrevet i tilbudsbrevet eller informasjonsbrosjyren. (Tilføyelse etter utsjekk: Teknologi var en del av kartleggingen ved innkommst. Tilbudsbrevet inneholder ikke informasjon om teknologi. Brosjyre som har gått til henvisere, omtaler teknologi).

Det bør beskrives i informasjonsbrevet at teknologi benyttes i forbindelse med trening sammen med terapeut og som egentrening. Det er ønskelig med et egnet rom der man kan koble opp spillteknologi og som kan benyttes for de som er til rehabilitering om kvelden.

5.2.5 Prosedyrer

Noen konklusjoner for prosedyrer:

- Prosedyrene var veldig nyttig for terapeutene og ble brukt aktivt
- Opplæringsperm for senger for intensiv rehabilitering – ble lest og etterfulgt
- Prosedyrene hadde en annerledes utforming enn det som er vanlig for sykepleier
- I prosedyren for sykepleier gikk det tydelig fram hva sykepleier skulle gjøre, den ble lest og oppfattet som nyttig
- Generelt ønske for prosedyrer: mer spesifisering og inndeling i oppgaver i tillegg til at det forenkles
- Innhenting av samtykke bør være en del av en inkomstsamtale
- Måltidet bør gjennomføres i et ordentlig spiserom – i utprøvingen ble det en lite reell gjennomføring av måltidet
- Presisering av ordbruk som personen kan kjenne igjen når denne skal besvare spørreskjema etter endt forløp

Generelt

Det var utviklet egne «Prosedyrer for utprøving av to senger for intensiv rehabilitering ved Døgnerheten». Prosedyrene var veldig nyttig for terapeutene og de brukte disse aktivt. Prosedyrene beskrev rehabiliteringsprosessen og hver faggruppe sine roller, men hadde en annen form enn hva pleiepersonalet på Døgnerheten er vant til. Prosedyren for sykepleierens rolle har blitt mest lest.

I prosedyren for sykepleier gikk det tydelig frem hva sykepleier skulle gjøre. For å få innblikk i helheten er det nødvendig å kjenne innholdet i alle prosedyrene. Disse hadde imidlertid sykepleierne ikke tid til å sette seg inn. Prosedyren for «Sykepleierens rolle» ble skrevet ut og de hadde den ved arbeidsplassen. «Prosedyrer for utprøving av to senger for intensiv rehabilitering ved Døgnerheten» ble likevel oppfattet som relevant, nyttig og nødvendig som et hjelpemiddel og et oppslagsverk under utprøvingen. Det ble påpekt at det var viktig at prosedyren var konkret.

Opplæringsperm – senger for intensiv rehabilitering var relevant; denne ble lest og etterfulgt av sykepleierne.

Generelt for prosedyrer, så er det ønskelig med en større spesifisering og inndeling i oppgaver i tillegg til at det forenkles.

Innhenting av samtykke. Det var utydelig hvem som skulle innhente samtykke og om det skulle være et muntlig eller skriftlig samtykke. Vanlig praksis på Døgnerheten for lege og sykepleier er å innhente et muntlig samtykke som dokumenteres. TVT derimot innhenter et skriftlig samtykke som dokumenteres.

Det er foreslått at den første som snakker med personen skal innhente et skriftlig samtykke, og at det bør være en del av en inntakssamtale.

Måltidsituasjon. Det var laget egne rutiner for hvordan måltidene skulle gjennomføres, og man erfarte at rutiner må være konkrete. Sykepleier er vant til at pasientene spiser på senga, og de som jobbet på avdelingen var usikre på hvordan dette skulle gjøres for disse personene. Det endte med at noen spiste på rommet selv om de egentlig skulle spise på «stua». Det ble en bedring på dette etter hvert, og det ble utarbeidet en konkret prosedyre. Denne hang på kjøkkenet til Døgnerheten.

For flere ble matserveringen en kunstig situasjon. I utprøvingen hadde man ikke egnet kjøkken, men en provisorisk løsning på stua. Det er ønske om et stort felles kjøkken med mange små bord.

Spørreskjema – Kvalitetsindikatorer i et rehabiliteringsforløp. Hvilke begrep man bruker for å beskrive blant annet møtene man har, er viktig for at personene skal krysse av for riktig svar ved besvarelse av spørreskjemaet. Der spørreskjemaet går igjennom sammen med en terapeut, er det mulig å spesifisere spørsmålet/ordbruken og avklare misforståelser.

Noen av spørsmålene var det vanskelig å svare på, men spørreskjemaet var likevel nyttig og en påminnelse/ huskeliste for terapeuten for kvalitetsindikatorer i rehabilitering.

5.2.6 Videreføring av forløp etter et opphold på seng

Terapeutene videreførte personene til TVT og tok kontakt med fysioterapeuter, ergoterapeuter, tildelingskontoret i kommunen, NAV (IPS) og frisklivsentral i kommunene. Denne videreføringen ble oppfattet som positiv. Særlig samarbeid med NAV var vanskelig for noen av deltakerne, og de satte stor pris på at dette ble tatt tak i under rehabiliteringsoppholdet. Personene kom med ønsker om hva de ønsket videre, og dette ble tatt på alvor.

Sykepleier og lege brukte vanlig prosedyre for videreføring/overføring av pasienter fra døgnavdelingen; kontakt med vedtakskontor og hjemmesykepleien.

Avbrytning av et forløp

En person avbrøt oppholdet. Det ble tatt en avgjørelse i uke 2 på at det var nødvendig å avbryte. Dette skjedde etter samtaler både med terapeut og personens kontaktperson fra kommunen som deltok i et møte sammen med personen, terapeuten, lege og sykepleier der dette ble drøftet. Personen ble koordinert over til andre tilbud i kommunen.

Det ble tydelig at det er behov for rutiner for hvordan man håndterer et avbrudd av forløpet.

5.2.7 Lokalsamfunnet i modellen «Samfunnsbasert rehabilitering» - implementert i et «sengeforløp»

Noen konklusjoner lokalsamfunnet implementert i et sengeforløp:

- Kunne vært en større del av miljøet på avdelingen; med brosjyrer og oversikter over tilbud i lokalmiljøet
- Utfordrende for terapeutene å holde fokus på lokalsamfunnet inne på institusjon enn når terapeutene er på hjemmebesøk.
- I dette forløpet; svært mye skulle gjøres disse tre ukene
- Det oppleves likevel som nyttig og relevant å tenke implementering av lokalsamfunnet på seng; tidlig i forløpet
- Lokalsamfunnet bør være en av kolonnene på Imatis-tavlen for å tydeliggjøre dette fokusområde. En rullegardin, med mulighet for utfylling.
- Terapeutene må ha god kjennskap til hvilke tilbud som finnes i lokalsamfunnet. En god oversikt over tilbudene er nødvendig. Oversikten må også finnes på Døgnetheten
- Nav med jobbspesialist deltok i to forløp
- Nyby oppfattes som en aktuell app for involvering av lokalsamfunnet

Å implementere lokalsamfunnet i et sengeforløp var en del av målarbeidet. Det er ønskelig at dette kunne vært en større del av miljøet på avdelingen; brosjyrer og oversikter over hva som finnes av tilbud i lokalmiljøet kan ligge fremme på avdelingen som en inspirasjon.

Selv om terapeutene opplevde det som utfordrende å koble på lokalsamfunnet ut ifra alt annet som skulle gjøres disse tre ukene, oppleves det som nyttig og relevant å tenke implementering av lokalsamfunnet i et sengeforløp. Det er også logisk og naturlig å tenke på dette tidlig i et forløp, og det er viktig å komme i gang tidlig; tre uker går veldig fort. Erfaringsmessig oppleves det som

vanskeligere å holde fokus på lokalsamfunnet inne på en institusjon enn når terapeutene kommer hjem til personene.

Lokalsamfunnet bør være en av kolonnene på Imatis-tavlen for å tydeliggjøre dette fokusområde. En rullegardin, med mulighet for utfylling.

Terapeutene må ha god kjennskap til hva som finnes i lokalsamfunnet, og det er behov for en oversikt over hvilke tilbud som er tilgjengelig i lokalsamfunnet. Denne oversikten må også være tilgjengelig på Døgnerheten.

NAV med jobbspesialist var inne i to forløp for tilrettelegging og planlegging av videre tiltak.

Nyby oppfattes som en aktuell app. Med denne kan personen selv involvere lokalsamfunnet som er viktig for livsglede. For eksempel frivillige som kan gjøre det litt hyggelig/ lag og foreninger som kan bidra inn til sosiale aktiviteter. F eks kunne spørre om noen vil være med på tur. Flere hadde ønsket om å få en større omgangskrets. Brukerorganisasjoner nevnes også.

5.3 Resultater - kvalitative innspill - dialogmøte med følgeforskerne

Alle som gjennomførte forløpet hadde funksjonsmålinger før og etter forløpet. Personene har svart på spørreskjemaet om kvalitetsindikatorer for rehabilitering (NKRR). Selv om oppnådd funksjonsbedring ikke var det primære som skulle testes, er resultatene samlet og presentert for tverrfaglig vurderingsteam (TVT) internt møte og i et dialogmøte med følgeforskerne.

Det var 7 personer som deltok i utprøvingen. Det er resultater fra kvalitetsindikatorer for 5 av disse, en avbrøt oppholdet og for en ble det tekniske feil i forbindelse med besvarelsen som ble gjennomført digitalt.

De kvantitative dataene er basert på kun 5 deltakere, men de gir likevel verdifull informasjon om kvaliteten i forløpet. Nedenfor gjengis konklusjonene fra presentasjonen og diskusjonen av dataene.

Resultater på personnivå – kvalitative funn

Alle har oppnådd ett eller flere mål, funksjonsbedring og bedre livskvalitet. Resultater vedrørende deltakelse i forbindelse med utarbeidelse og oppfølging av individuell rehabiliteringsplan (IRP) og antall treningsøkter ble svakere enn forventet.

Flere som deltok i utprøvingen, var i utgangspunktet «for friske». Intensiteten i oppholdet ble redusert for noen av disse pga andre avtaler som var vanskelig å avlyse; personene hadde blitt hentet inn på relativt kort varsel til oppholdet. Som tidligere påpekt var det andre fokusområder enn effekt av rehabilitering som ble testet; samhandling, verktøy, prosedyrer, mm.

Momenter som tas med videre inn i utvikling av senger for intensiv rehabilitering:

- IRP – utarbeidelse og evalueringspunkter – det er tett mellom punktene for et forløp på tre uker
- Motivasjonen for å gjøre egentrening var varierende – antall egentreninger burde vært høyere
- Hvordan sikre intensiteten?
- Hvordan dokumentere egentrening?
- Hvordan sikre at aktiviteten tas igjen – hvor hardt skal man ligge på ift egentreningen
- Ernæringskartlegging ble ikke registrert – en sykepleieoppgave iht prosedyren
- Den sosiale settingen ble feil – de kjedet seg – utfordrende spisesituasjon
- De ble mindre aktive enn de hadde vært hjemme

Hvordan hindre at de aktive ingrediensene i rehabilitering blir redusert i rehabiliteringen pga sykehus og andre avtaler, selv med høy terapitetthet, prosedyrer og strukturer på plass?

- Personen må være til stede
- Må ha et strukturert opplegg med trening - også i helgene
- Må være en bevisst struktur rundt sengene; intensitet, mye aktivitet og større volum for gruppedynamikk
- Dette er ikke en struktur som bare kan etableres – krevende å få det å fungere
- Må utvikle hvordan denne helheten skal fungere – sikkerhetsnett så ikke treningsintensiteten blir spist opp av besøk, undersøkelser mm
- Volum og hvilken kultur du kommer inn i er viktig – her: en annen kultur som ble styrende
- Flere sykepleiere på avdelingen har sagt at de ser viktigheten av rehabilitering

6.0 Konklusjoner og veien videre

I hovedsak oppfattes utprøvingen som vellykket; vi har fått testet det vi ønsket å teste på tross av rammene for utprøvingen.. Dette har vært et felles prosjekt med Døgnerheten og utprøvingen har vært prisgitt det gode samarbeidet med hele enheten, terapeuter med god kompetanse på rehabilitering og innsatsen fra kontaktsykepleierne.

Utprøvingen har avdekket viktige faktorer og erfaringer som det bør legges vekt på når sengene skal i drift. Særlige fokusområder beskrives nedenfor.

Informasjon og implementering av tiltaket

Her ble det testet rehabiliteringssenger på en døgnerhet med plasser for kommunalt akutte døgnplasser (KAD) og for utskrivningsklare pasienter (USK). Fokuset blant sykepleierne har naturlig nok preg av medisinsk oppfølging.

Selv om informasjon og opplæring var gitt ved flere anledninger, og det er gjengs oppfattelse av at informasjonen var bra, har vi i utprøvingen ikke lyktes med en fullstendig implementering. Det gjentas for flere av områdene som er vurdert, at sykepleierne burde vært involvert i enda større grad. Dette handlet om oppmerksomhet for personens mål for rehabiliteringen, støtte og motivere for egentrening, være orientert om teknologi, bruke måltidet som en aktivitet og hvordan samtykkeerklæring skulle håndteres. Det bør ses på hvordan dette kan gjøres på en bedre måte. Gjennomføring av COPM med både terapeuter og sykepleier, kan bidra til et økt tverrfaglig samarbeid og til at personen når sine mål. Et annet forslag er at terapeutene bør delta mer i ettermiddagsrapporten. Det er mange som skal involveres til enhver tid. Det presiserer at dette handler om rammer. Innstillingen blant sykepleierne til utprøvingen var svært positiv.

Tilgang til lege

På en reell rehabiliteringsavdeling er det forventninger til at det er lege tilgjengelig. Der kommer personer rett fra sykehus og det er behov medisinske avklaringer fortløpende. Personene som deltok i utprøvingen var i stor grad medisinsk avklart, og det var ikke så stort behov for lege.

Det bør vurderes om lege skal være en fysikalsk medisiner ved oppstart av senger for intensiv rehabilitering på Helsehuset (2020/2021).

Kommunikasjon og rapportering

Det må være klare rapporteringsrutiner etter både samarbeidsmøter og hjemmebesøk. Dette for å unngå misforståelser. Det er generelt viktig med god kommunikasjon og videresending av informasjon til alle som er involvert.

Det er behov for å lage konkrete rutiner for kommunikasjon om fravær og stedfortreders oppgave. Hvordan skal det kommuniseres slik at det er helt sikkert at riktig informasjon går til riktig personer. Klare avtaler i enhver situasjon.

Trening – teknologi og egentrening

Teknologi for trening og samhandling fungerer. Det var noe utfordringer med å få til egentrening på ettermiddag/kveld. Det bør ses på egne rom for dette, der også flere kan gjøre noe sammen.

Lokalsamfunnet i modellen «Samfunnsbasert rehabilitering»

Det var svært utfordrende for terapeutene å koble på lokalsamfunnet innenfor disse tre ukene; hovedfokus var på trening, målsettinger, evaluering, testing, samtaler; en helhetlig tilnærming.

Det oppleves likevel som relevant og nyttig å tenke implementering i et sengeforløp. Det er behov for at avdeling og terapeuter jobber sammen om dette. Brosjyrer om tilbudet i lokalmiljøet må finnes på avdelingen, og frivillige kan knyttes til aktiviteter på kveldstid og i helger.

Resultater på personnivå

Disse er tatt med der det kan knyttes til kvaliteten i forløpet.

6.1 Overføringsverdi til fremtidige senger for intensiv rehabilitering

Konkrete punkter å ta med seg videre:

- Morgenmøte med Imatis-tavlene på Døgnerheten var veldig nyttig, et felles møtepunkt med ro og tid til å reflektere med fokus på personene – der personens mål var tydelig
- Greit at lege ikke deltar på morgen/ettermiddagsmøte
- Innkomst ettermiddag fungerer best for både personale døgner og for terapeuter
- Terapeuter må delta på ettermiddagsrapport innkomstdagen
- Behov for tydeligere prosedyre for organisering av første dag
- Presisering av sykepleiers rolle vedrørende motivasjon og støtte for egentrening
- Presisering av hvordan samtykkeerklæring skal håndteres
- Prosedyrene fungerte som en mal og som et oppslagsverk for terapeutene og sykepleierne
- Terapeutene opplevde at de hadde tid og ressurser til en intensiv rehabiliteringsprosess
- Det var mindre ressurs til fysioterapeut - medførte at den ønskelige tverrfagligheten ble noe redusert særlig i forbindelse med sluttrapporteringen
- Fokus på hvordan man sikrer tverrfagligheten – mer man kan gjøre i fellesskap – COPM, I-plos-registreringer, rehabiliteringsplan oa
- Meldingsutveksling i Gericar er et godt verktøy for samhandling med lege og andre faggrupper
- Behov for spesifikke rutiner for kommunikasjon om fravær og stedfortreders oppgave
- Avklare om det er behov for en fysikalsk medisiner på fremtidige rehabiliteringssenger
- Størrelse på inntaksteamet fungerte bra; teamleder TVT, lege og kontaktsykepleier
- Lege viktig ressurs i inntaksteamet
- Hvordan få kontakt med fastlegene?
- Ved utskriving – viktig med samarbeid mellom døgnerhet og terapeuter
- Behov for brosjyrer/informasjon om hva som er tilgjengelig av tilbud i lokalsamfunnet på avdelingen
- Behov for samhandling for å involvere lokalsamfunnet tidlig i forløpet
- Teknologi for trening fungerer godt i trening sammen med terapeut. Hvordan få det til som egentrening?
- Videokonferanse fungerer godt ved utskrivelse/samhandling
- Flere momenter kan med fordel implementeres i Imatis-tavle for økt fokus; lokalsamfunnet, egentrening
- Informasjonsbrevet/tildelingsbrevet må inneholde informasjon om at det brukes teknologi
- Behov for eget rom for egentrening når man ikke har tilgang til treningssal som brukes på dagtid – der flere kan gjøre noe sammen
- Behov for aktivitet for person på kveld – at noe skjer – oppholdet ble kjedelig

- NB! Romstørrelse for personer med rullestol
- Behov for eget rom/kjøkken for bespisning

Fra resultater personnivå

- Individuell rehabiliteringsplan – utarbeidelse og evalueringspunkter – veldig tett mellom punktene for et forløp på tre uker
- Hvordan sikre intensitet? NB! fravær
- Motivasjonen for å gjøre egentrening var varierende – antall egentreninger burde vært høyere
- Hvordan sikre at aktiviteten tas igjen – hvor hardt skal man ligge på ift egentreningen
- Hvordan dokumentere egentrening?
- Ernæringskartlegging ble ikke registrert – en sykepleieoppgave iht prosedyren
- Personene ble mindre aktive enn de hadde vært hjemme – dette var en bekymring arbeidsgruppen hadde før utprøvingen – rammene var ikke tilstrekkelig tilrettelagt for aktivitet på kveld. Dette påvirket også den sosiale settingen
- Må ha et strukturert opplegg for trening også i helgene
- Må ha et stort nok volum av personer for å oppnå en gruppedynamikk
- Senger for intensiv rehabilitering er mer enn en struktur – det er krevende å få det til å fungere
- Må utvikle hvordan denne helheten skal fungere – et sikkerhetsnett så ikke treningsintensiteten blir spist opp av besøk, undersøkelser mm

7.0 Vedlegg

Vedlegg 1

MAL Henvisning til rehabiliteringsseng

Person (navn, adresse, personnummer, telefon):

Fastlege:

Pårørende og kontaktinformasjon:

Aktuell(e) diagnoser:

Aktuell hendelse/situasjon:

Faste legemidler:

ADL – funksjon:

Boforhold:

Arbeidsforhold:

Igangsatte kommunale tjenester (ved hjemmesykepleie oppgi antall besøk pr dag, ved praktisk bistand oppgi antall timer pr mnd.):

Har personen Individuell Plan?

Begrunn behov for rehabilitering på seng?

Er personen motivert for rehabiliteringsopphold?

Har personen samtykket til at informasjon deles?

Er personen informert om at dette er en henvisning, og at det er et inntaksteam som vurderer henvisningen og tar avgjørelsen på hvem som får tilbud?

08.05.19

Vedlegg 2

MAL Tilbudsbrev om opphold på rehabiliteringsseng

Tilbud om rehabiliteringsopphold ved Døgnerheten Helsehuset Indre Østfold

Du tildeles rehabiliteringsopphold, i perioden xx.xx – xx.xx. Oppmøte kl xxxxx
Det er mulighet for helgepermisjoner.

Velkommen til rehabilitering ved Døgnerheten, Helsehuset Indre Østfold.
Adressen er Eventyrveien 2, 1807 Askim, og avdelingen ligger i 2.etg.
Døgnerheten er en avdeling som består av 12 senger, hvor 2 av dem i en begrenset periode skal prøves ut som rehabiliteringssenger. Utprøvingen er en del av prosjekt «Innovativ rehabilitering», som har som mål å styrke rehabiliteringen i Indre Østfold. Prosjektet har fra 2017 driftet Tverrfaglig vurderingsteam. Det er ingen egenandel i forbindelse med oppholdet.

Innhold i rehabiliteringsoppholdet:

Motivasjon og egeninnsats, intensitet, konkrete målsetninger og ukeplan er viktige element for en god rehabilitering. Du vil på rehabiliteringsoppholdet møte et team bestående av fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og lege. Du vil ha en kontaktperson, som sammen med deg vil ha hovedansvaret for de viktige elementene i en god rehabiliterings som nevnt over. Dine mål er utgangspunktet for aktiviteten disse ukene, og målene dine vil bli definert i en Individuell rehabiliteringsplan. Treningen tilpasses din funksjon og dine mål, og vil foregå individuelt og i grupper. Rehabiliteringen vil foregå i avdelingen og i treningssalen i 3.etg. I løpet av oppholdet vil det være samarbeidsmøter sammen med teamet, hvor nærpåsoner kan inviteres og eventuelt andre fagpersoner som er viktig for deg. Det kan være mulighet for videre oppfølging og rehabilitering i hjemmet etter opphold, dersom det er behov.

Mellom 08.00 - 15.00 vil det foregå aktiviteter og trening. Nærpåsonene er hjertelig velkomne etter dette, og oppfordres til å bidra til helsefremmende aktiviteter som gangtrening, treningsprogram eller annen fysisk eller mental aktivitet.

For å bekrefte at du takker ja til tilbudet, ring Carina Kolnes, på telefon 47798154 innen XX.XX.XX

Dersom du har allergier må dette gis beskjed om når du takker jeg til tilbudet.

Vennlig hilsen

Carina Kolnes, leder inntaksteam, rehabiliteringssenger.

Carina.kolnes@iomk.no

Tilbudet gjelder for kommunene i Indre Østfold:

- Marker
- Eidsberg
- Askim
- Spydeberg
- Hobøl
- Trøgstad
- Skiptvet

Tjenesten er gratis

Tverrfaglig team består av:

Marianne Molle Ergoterapeut
Yvonne Skjøthaug Fysioterapeut
Per Henrik Kvakkestad Lege
Marianne B. Landerud Sykepleier



Utpøving

Senger for intensiv rehabilitering

- en ressurs i rehabiliteringen i Indre Østfold

Prosjekt Innovativ rehabilitering
Mai-august 2019



Mestringshjøl



Vedlegg 4 Brosjyre til personen



Prosjekt Innovativ rehabilitering

Utprøving:

Senger for intensiv rehabilitering ved
Helsehuset - Indre Østfold Medisinske
Kompetansesenter IKS

Mai - August 2019

Inntaksteam består av:

Carina Kolnes Teamleder/ergoterapeut 47798154

Marianne Baggetorp Sykepleier

Per Kvakkestad Lege



Eventyrveien 2

1807 ASKIM

Måltider

Frokost kl 0800-0830

Lunsj kl 1230-13.00

Middag kl 1630-1700

Kveldsmat kl 2000

Viktig at det informeres om evt allergi før innkomst

Dette må du ha med deg:

- Hjelpemidler du bruker daglig
- Medisiner
- Vask av tøy må utføres nærperso-ner
- Behagelig tøy til trening
- Joggesko/gode sko til aktivitet og trening
- Toalettsaker

Besøk

Under rehabiliteringsoppholdet er fokuset terapi og trening mellom 10.00- 14.00. Det er mindre aktivitet etter klokken 1500, da er nærperso-ner velkomne på besøk. Vi setter ekstra pris på at besøkende bidrar med helsefremmende aktiviteter. Det kan være aktiviteter som gå trening i korridor, følge opp treningsprogram fra fysioterapeut og ergoterapeut eller annen fysisk eller mental aktivitet som bidrar til at pasienten når sine mål.

Ankomst og utreise-tider

Ankomst kl: 10 eller 13

Utreise etter avtale

Døgnrehabilitering

På senger for intensiv rehabilitering ved Helsehuset - Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter er personen i sentrum og terapitettheten stor. Rehabiliteringsteamet består av fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og lege.

Det utarbeides en individuell rehabiliteringsplan ut i fra personens mål, sammen med det tverrfaglige teamet. Personen får en kontaktperson, som koordinerer rehabiliteringsforløpet.

Hva er viktig for deg?

Under oppholdet har man tilgang til gode treningsfasiliteter, hvor egentrening også vil være mulig. Oppholdet er avgrenset, og starten på en prosess, også i samspill med tverrfaglig vurderingsteam og hjemkommunen.