



Prosjekt Innovativ rehabilitering Indre Østfold

TVERRFAGLIG VURDERINGSTEAM

Arbeidsgruppens levering

10.05.17





Innhold

Sammendrag.....	2
1.0 Mandat	3
1.1 Føringer fra forprosjekt	3
1.2 Mål og leveranse for TVT	4
2.0 Deltakere	4
2.1 Arbeidsgruppens sammensetning	4
2.2 Eksterne bidragsytere.....	5
3.0 Møteplasser og informasjonsflyt.....	5
3.1 Møter i arbeidsgruppen.....	5
3.2 Møter i referansegruppene.....	5
4.0 Grunnlag for anbefaling om TVT	6
4.1 Modeller for rehabilitering og myndiggjøring av person	6
4.2 Dagens situasjon	9
4.3 Føringer for ambulant kommunal rehabilitering.....	12
4.4 Forskning og kunnskap om rehabilitering.....	12
5.0 Arbeidsgruppens anbefalinger.....	16
5.1 Tverrfaglig vurderingsteam TVT	16
5.2 Sykehuset/ spesialisthelsetjenesten	19
5.3 Kommunen	19
5.4 Samhandling.....	20
5.5 Bruk av teknologi	21
5.6 Dimensjonering, lokalisering og finansiering	24
6.0 Gevinster og effekt av TVT.....	28
6.1 Mulige økonomiske gevinster som følge av etableringen av TVT	28
6.2 Gevinster for personen, pårørende og kommunen.....	28
6.3 Vurdering av effekt	29
6.4 Vurdering av kvalitet.....	30
7.0 Pilotperiode.....	31



Sammendrag

På bakgrunn av mandatet gitt arbeidsgruppen for tverrfaglig vurderingsteam (TVT), nasjonale føringer for kommunal rehabilitering, kunnskap og forskning på feltet, anbefaler arbeidsgruppen at det etableres et interkommunalt ambulant tverrfaglig vurderingsteam. Dette vil bidra til å styrke rehabiliteringen i Indre Østfold, i tråd med Handlingsplan 2017-2020 presentert av prosjektet. TVT er en viktig del av helhetsmodellen samfunnsbasert rehabilitering, som prosjekt Innovativ rehabilitering har utarbeidet for kommunal rehabilitering, der både helsetjenester og lokalsamfunnet inngår. TVT skal underbygge myndiggjøring av personene som har opplevd funksjonssvikt, og som skal rehabiliteres. Målgruppen er voksne over 18 år som er i behov av rehabilitering, der rus, psykiatri og demens ikke er hovedutfordringen.

TVT skal jobbe ambulant, sikre tidlig tverrfaglig vurdering, koordinere tiltak og rehabiliteringsforløp, og igangsette/utføre rehabiliteringstiltak. I samarbeid og samhandling med kommunens helsetjenester og spesialisthelsetjenesten, sikre tverrfaglig intensiv rehabilitering av høy kvalitet. Teamet skal være en integrert del av kommunens rehabiliteringstjeneste. Høy kompetanse på teamet sikrer tidlig vurderinger og rask igangsetting av treffsikre tiltak. I dag er det bare Askim kommune av Helsehuset IKS sine eierkommuner som har et ambulant rehabiliteringsteam.

Teamet skal benytte seg av teknologi som muliggjør samhandling med andre, understøtter arbeidsprosesser og som vil være et sentralt hjelpemiddel for personen i rehabiliteringen. Dette muliggjør at teamet kan utvikle nye innovative arbeidsformer.

Anbefalt bemanning i TVT:

100% ergoterapeut, 150% fysioterapeut, 100% sykepleier, 15% lege (endelig anbefaling om legeressurs kommer etter utprøving i pilot 2017).

Foreløpig kostnadsanslag viser at etablering av TVT med denne bemanningen utgjør ca 3 200 000 kr.

Forventede personeffekter ved etablering av TVT:

Mottar rask vurdering for behov for rehabilitering, fokus på egne ressurser og ønsker, økt sannsynlighet for å nå eget rehabiliteringspotensiale, sammenhengende rehabiliteringsforløp, og rehabiliteringen kan skje i hjemmet der ressurser i eget lokalsamfunn integreres.

Mulige forventede effekter av TVT som vil kunne gi økonomiske besparelser for kommunene:

- Kortere rehabiliteringsforløp
- Mer rehabilitering kan skje i hjemmet i stedet for på institusjon, muligheter for tidligere hjemkomst fra rehabiliteringsopphold
- Redusert behov for kommunale støttetjenester etter rehabilitering
- Redusert behov for korttidsopphold
- Utsatt behov for langtidsopphold

En pilotperiode gjennomføres i perioden august til desember 2017 med pasientrettet virksomhet ut til Helsehuset IKS sine syv eierkommuner. Askim kommune stiller sitt ambulerende rehabiliteringsteam til disposisjon i hele perioden. I tillegg rekrutteres det internt i eierkommunene for å sikre kompetanse og god nok kapasitet. Teknologi skal utprøves. Perioden skal evalueres i samarbeid med prosjektets følgeforskere.

Etableringen av TVT som interkommunalt team for å styrke rehabiliteringen, vil være et stort løft for regionen, og er en del av Handlingsplanen 2017 – 2020 som prosjektet har presentert som en helhetsmodell for interkommunal rehabilitering. Arbeidsgruppen anbefaler etablering av TVT i løpet av 2018 som et interkommunalt tiltak.



1.0 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 forprosjekt

I mai og juni 2016 gjennomførte Prosjekt Innovativ rehabilitering Indre Østfold (heretter 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 private 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.¹

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

Gruppen anbefaler at et interkommunalt rehabiliteringstilbud bygges opp rundt et ambulant rehabiliteringsteam for å sikre fokus på kompetanse ut til brukeren. Muligheter for rehabilitering bør alltid vurderes og kartlegges før man setter i gang andre helse- og omsorgstjenester, eller utvider eksisterende tjenester. Lang saksbehandlingstid må unngås, rehabilitering må settes i gang snarest mulig.»²

Forarbeidet med gevinstrealisering i 2016, og kartleggingen fra forprosjektet, viste at det er et utbredt ønske om et ambulant rehabiliteringsteam i regionen.³

Resultatene fra forprosjektet, inkludert egen workshop om temaet, peker på betydningen av at rehabiliteringsforløpet har en tydelig lokal forankring og tar utgangspunkt i personen selv. Som en del av dette, vil et interkommunalt ambulant team arbeide med vurderinger, og i samarbeid med personen, initiere og koordinere tiltak. Dette tverrfaglige vurderingsteamet (TVT) skal samhandle med kommunenes øvrige helsetilbud og aktører samt med spesialisthelsetjenesten. Prosjektets

¹ Innovativ rehabilitering IØ, Prosjektrapport, Nasjonale føringer og dagens situasjon, Kap. 2.1.4, s. 48, 2017

² Innovativ rehabilitering IØ, Prosjektrapport, Rehabiliteringsenhet og ambulant tem, Kap. 2.3.1, s. 74, 2017

³ Innovativ rehabilitering IØ, Prosjektrapport, Gevinstrealisering, Kap 2.5, s. 129, 2017



arbeid bygger på modellen for samfunnsbasert rehabilitering, som ble utarbeidet i forprosjektet 2016.

1.2 Mål og leveranse for TVT

Delprosjektet for TVT retter seg mot alle over 18 år som har behov for en funksjonsvurdering og vurdering av behov for rehabilitering, hovedsakelig for somatiske lidelser.

Hovedmål for arbeidsgruppen:

Det skal etableres et tverrfaglig vurderingsteam (TVT) i Indre Østfold. Teamet skal arbeide med vurdering, understøtte og koordinere oppstarten og forløpet av rehabiliteringen.

Arbeidsgruppen skal beskrive:

- Faglig funksjon og innhold
- Organisering og samhandling
- Dimensjonering, lokalisering og finansiering
- Gevinst og kvalitetsindikatorer
- Bruk av teknologi

Effektmål:

- Myndiggjøring av innbyggerne, som i større grad tar ansvar for egen rehabilitering
- Gode overganger og mindre forsinkelser i rehabiliteringsforløpet
- Tidligere igangsetting av høyere presisjon på rehabiliteringstiltak
- Dreining i det lokale helsesystemet, fra pleie til forebygging og rehabilitering
- Økt bestillerkompetanse i kommunenes rehabiliteringsinstanser
- Økt tilgjengelighet av relevant kompetanse fra spesialisthelsetjenesten

Arbeidsgruppens skal utarbeide en rapport som vil fungere som et underlag for hørings sak til kommunene. Gruppen avslutter sitt arbeid i mai 2017.

2.0 Deltakere

2.1 Arbeidsgruppens sammensetning

Representanter til arbeidsgruppen ble rekruttert fra kommunene og våre samarbeidspartnere; Sykehuset Østfold og Sunnaas Sykehus. Alle eierkommunene har fått tilbud om å delta i arbeidsgruppen. Det ble etablert en arbeidsgruppe for TVT med følgende sammensetning:

- Alf Stausland Johnsen, kommuneoverlege, Askim
- Annette Bjerknes, fagsykepleier, døgnenheten Helsehuset IØMK IKS
- Carina Kolnes, ergoterapeut, Marker
- Gro Irene Lund, hovedtillitsvalgt NSF, Trøgstad
- Heidi Eek Guttormsen, virksomhetsleder hjemmebaserte tjenester, Askim
- Hilde Sørli, fysioterapeut og rådgiver, avd for innovasjon og e-helse, Sunnaas Sykehus
- Iren Ekvold, seksjonsleder, fysikalsk medisin og rehabilitering, Sykehuset Østfold Moss
- Irene Teigen Paulsen, prosjektmedarbeider, Helsehuset IØMK IKS
- Jan Børre Johansen, kommuneoverlege, Spydeberg



- Kari Anne Dehli, prosjektleder, Helsehuset IØMK IKS
- Lena Persson, hovedtillitsvalgt Fagforbundet, Marker
- Lovise Aasen, fysioterapeut, ambulant rehabiliteringsteam, Askim
- Randi Olofsson, avdelingssjef, fysikalsk medisin og rehabilitering, Sykehuset Østfold
- Terje Pettersen, Eldrerådet, Eidsberg
- Wenche Hammer, avansert geriatrisk sykepleier USHT, Eidsberg

2.2 Eksterne bidragsytere

I løpet av prosessen har det blitt innhentet kompetanse utenfra:

- Arne Lein, forbundsleder, Norges Handikapforbund
- Bent-Håkon Lauritzen, rådgiver, Oslo Medtech
- Frank Becker, klinikkoverlege, Sunnaas Sykehus
- Hans Petter Hansvik, prosjektleder, Namdalen Rehabilitering IKS
- Hilde Eide, professor, følgeforsker, Høgskolen i Sør-Øst Norge
- Inger Johansen, fastlege og forsker, Larvik
- Kristin Loxley, spesialergoterapeut, Sunnaas Sykehus
- Kristin S. Fuglerud, førsteamanuensis II, følgeforsker, Høgskolen i Sør-Øst Norge

3.0 Møteplasser og informasjonsflyt

3.1 Møter i arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen har i perioden 7. februar til 5. mai, hatt syv samlinger, der tre av samlingene ble gjennomført som fellesmøter med arbeidsgruppen senger for intensiv rehabilitering (SIR).

I første fellesmøte deltok Hans Petter Hansvik prosjektleder ved Namdalen Rehabilitering IKS, som ga et innblikk i hvordan 14 kommuner hadde etablert et interkommunalt rehabiliteringssenter i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Han gikk igjennom fallgruver og suksesskriterier for etableringen og videre drift.

I det andre fellesmøtet var fokus myndiggjøring av person og bruk av teknologi i et rehabiliteringsforløp. Begge disse temaene er grunnpilarer i prosjekt Innovativ rehabilitering Indre Østfold, og omtales senere.

Arbeidsgruppemøtene har vært holdt på Helsehuset og på Sykehuset Østfold. Tilstedeværelsen i arbeidsgruppemøtene har vært god med ca 80 % fremmøte. Der det har vært nødvendig å ha ytterligere kontakt med de som eventuelt ikke har kunnet deltatt, har det vært egne kontaktpunkter.

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 elderråd og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne
- Referansegruppe for hovedtillitsvalgte
- Lokalt samhandlingsutvalg (LSU)

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



4.0 Grunnlag for anbefaling om TVT

4.1 Modeller for rehabilitering og myndiggjøring av person

4.1.1 Definisjon på rehabilitering

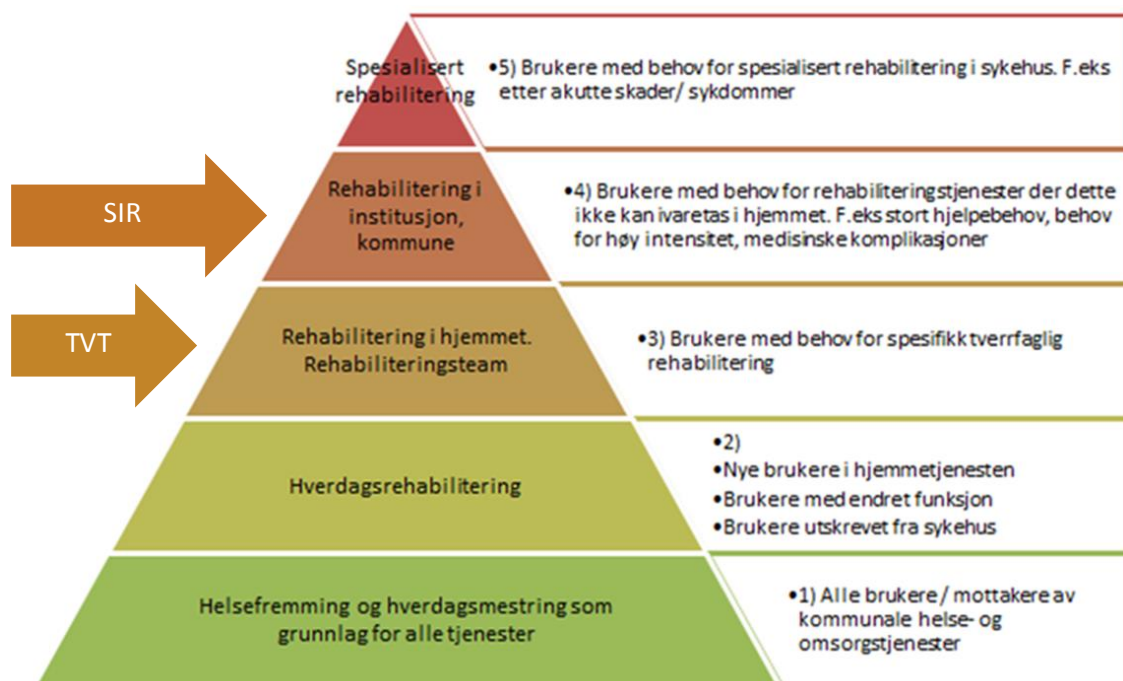
Selve begrepet rehabilitering kan ha to betydninger: a) gjeninnsettelse i tidligere verdighet og stilling, eller b) sette i funksjonsdyktig stand igjen.⁴

Følgende definisjon av rehabilitering er gjeldende i dag⁵: «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 deltakelse på alle livets områder.»⁶

4.1.2 Modeller for rehabilitering

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. Rehabiliteringspyramiden⁷

⁴ <https://sml.snl.no/rehabilitering>

⁵ Helsedirektoratet, Veileder til forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, 2015

⁶ <https://www.regjeringen.no/contentassets/26633b70910a44049dc065af217cb201/norges-rapport-konvensjon-om-rettighetene-til-mennesker-med-nedsatt-funksjonsevne.pdf>, artikkel 26

⁷ Etter - Plan for folkehelse, forebygging og rehabilitering, Kristiansand kommune, 2013



Et viktig skille mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester er at de kommunale tjenestene i hovedsak skal være generalistbaserte, ikke oppdelt i spesialiserte enheter. Dette må balanseres mot behovet for å samle og systematisere nødvendig fagkompetanse innen ulike områder. Rehabilitering i kommunen bør derfor organiseres mest mulig som et generalisttiltak, ulike typer rehabiliteringsforløp skal kunne håndteres av det samme tverrfaglige miljøet, ikke en spesiell faggruppe for hver type rehabiliteringsbehov.

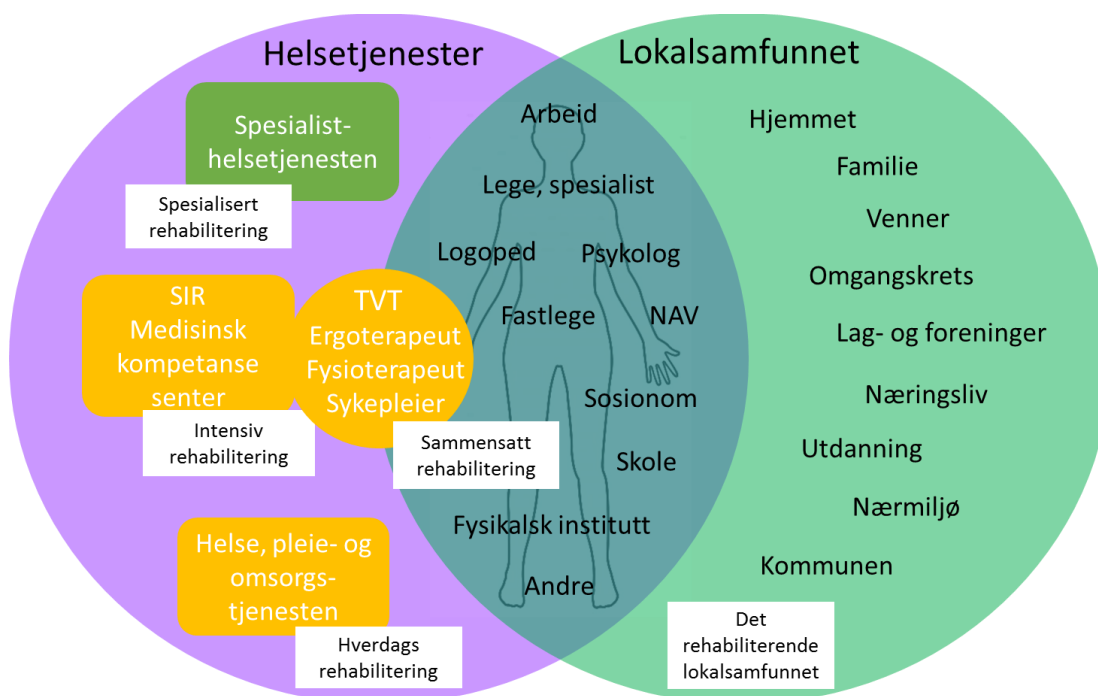
Denne rapporten tar for seg Tverrfaglig vurderingsteam (TVT) og beskriver innretning av rehabilitering på kommunalt nivå for personer som kan rehabiliteres i hjemmet (nivå 3 i pyramiden). Parallelt leveres det en rapport om Senger for Intensiv Rehabilitering (SIR) (nivå 4 i pyramiden).

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

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.

Alle nivåene i rehabiliteringspyramiden er likeverdige og inngår i helheten.

Modellen for samfunnsbasert rehabilitering⁸, viser den samlede rehabiliteringskraften i samfunnet, og synliggjør at et rehabiliteringsforløp kan være svært sammensatt.



Figur 2. Samfunnsbasert rehabilitering

⁸ Innovativ rehabilitering IØ, Prosjektrapport, Forslag til Handlingsplan 2017-2020, Kap. 1.3, s. 16, 2016, rev.



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

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. Arbeidsgruppens anbefalinger for TVT tar utgangspunkt i denne helhetlige modellen.

4.1.3 Myndiggjøring av person

Prosjekt «Innovativ rehabilitering» er opptatt av at 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, hvilken innsats vedkommende er villig til å yte, samt at fagmiljøet legger til rette for at dette kan skje på den beste måten. Derfor kaller vi den som er i et rehabiliteringsforløp for en person; en myndiggjort person som tar ansvar i prosessen.

Dette krever at tjenestene som ytes må være innstilt på å understøtte og bygge på personens ansvar og deltakelse. For en del av dem som skal gå inn i et rehabiliteringsforløp, vil det kreve omstilling for å sette seg egne mål og finne motivasjon for å nå dem. For å understøtte denne prosessen, må rehabiliteringspersonell ha kompetanse på pedagogiske prosesser for å fremme motivasjon og egeninnsats. Likemannsarbeid kan være med å hjelpe personen og fagpersonene i denne prosessen.

Personperspektivet understreker betydningen av dedikerte tjenester der hele virksomheten er innstilt på å understøtte og bygge på personens ansvar og deltakelse.

Etablering av tverrfaglig vurderingsteam kan bidra til å underbygge myndiggjøring av personer som har opplevd funksjonssvikt, og som skal rehabiliteres. Det å kunne ta del i og velge et rehabiliteringstilbud, som er bygget på dokumenterte effekter, vil gi en opplevelse av myndighet i egen rehabiliteringsprosess.

4.1.4 Samfunnsbasert rehabilitering

Modellen for samfunnsbasert rehabilitering viser en helhetlig tilnærming til rehabilitering og den totale rehabiliteringskraften i samfunnet.

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.

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 opptre 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, under og etter et rehabiliteringsopphold.



4.2 Dagens situasjon

Prosjekt «Innovativ rehabilitering Indre Østfold» har lagt frem en Handlingsplan 2017-2020⁹ for å styrke den kommunale rehabiliteringen i Helsehuset IØMK IKS sine eierkommuner. Sammen med arbeidet for å etablere felles senger for intensiv rehabilitering (SIR), er etableringen av et tverrfaglig vurderingsteam (TVT) sentralt for å lykkes med dette.

I Helsehuset IKS sine eierkommuner er det i dag bare Askim kommune som har et ambulant rehabiliteringsteam. I de øvrige kommunene er det Marker og Skiptvet som har etablert, og er i ferd med å etablere, hverdagsrehabilitering.

Teknologikartleggingen i 2016 viste at kommunene har forskjellige system og relativt lite samarbeid rundt teknologiske løsninger, spesielt innen rehabilitering.

For øvrig er rehabilitering i Helsehuset sine eierkommuner, organisert ved korttid/rehabiliteringsavdelinger ved sykehjemmene. Prosjektets kartlegging viser at det er store variasjoner i tildeling av disse plassene¹⁰.

4.2.1 Kartleggingsundersøkelsen 2016 i Indre Østfold

Kartleggingsundersøkelsen¹¹ som ble gjennomført i 2016, pekte på utfordringer ved kommunal rehabilitering knyttet til bl.a.:

- Kommunikasjon mellom behandlere
- Kompetanse
- Kapasitet
- Organisering – rutiner – samarbeid - samhandling
- Mangel på ambulant rehabiliteringsteam

Fagpersonene ble bedt om å beskrive hva slags rehabiliteringstilbud de skulle ønske kommunene kunne tilby. Noen av svarene beskrev følgende ønsker:

- Hverdagsrehabilitering
- En egen rehabiliteringsenhet med ambulant team som jobber med vurderinger
- En helhetlig tankegang i forhold til rehabiliteringsforløp, alt fra start til mål som er strukturert, forutsigbart og målrettet

4.2.2 Arbeidsgruppe for «Rehabiliteringsenhet og ambulant team» 2016

Det var en egen arbeidsgruppe i forprosjektet i 2016, som arbeidet med teamet; ambulant rehabiliteringsteam. De anbefalte at et interkommunalt rehabiliteringstilbud bygges opp rundt et ambulant rehabiliteringsteam, for å sikre fokus på kompetanse ut til brukeren. Muligheter for rehabilitering bør alltid vurderes og kartlegges før man setter i gang andre helse- og omsorgstjenester, eller utvider eksisterende tjenester.

«ART (ambulant rehabiliterings team) kan være en viktig nøkkeli i rehabiliteringsforløpet, hvor man gjennom dette teamet har mulighet for å gjennomføre en tidlig vurdering av et rehabiliteringsbehov. ART kan gjennomføre vurderingen i pasientens eget hjem, for deretter å anbefale gode løsninger for

⁹ Innovativ rehabilitering IØ, Prosjektrapport, Forslag til Handlingsplan 2017-2020, Kap. 1.3, s. 13, 2016

¹⁰ Prosjektrapport,enger for intensiv rehabilitering, Kap 4.1, s. 8, 2017

¹¹ Innovativ rehabilitering IØ, Prosjektrapport, Nasjonale føringer og dagens situasjon, Kap. 2.1.4, s. 40-48, 2017



det videre rehabiliteringsforløpet. ART vil kunne følge opp pasienter i en overgangsfase, slik at pasienter kan komme hjem tidligere. Dette vil sikre en god overgang til kommunale tjenester.»

«I tillegg kan ART tilby et rehabiliteringsopplegg som hovedsakelig skjer i pasientens hjem, eventuelt i en kombinasjon med et dagtilbud. Teamet skal tilby rask tverrfaglig rehabilitering i brukers eget hjem og nærmiljø, i en tidsavgrenset periode. Her vil man ha en målrettet innsats tilpasset brukers ønsker og behov for å oppnå økt mestring og selvstendighet i hverdagsaktiviteter. I tillegg vil man bidra til økt aktivitet og utførelse av daglige gjøremål, slik at bruker kan gjenoppta en mer selvstendig livsstil.»¹²

4.2.3 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering beskrives i primærhelsetjenestemelding¹³ til å være følgende:

«Utføres i stor grad av ansatte i hjemmetjenesten, og skjer i brukerens hjem og nærmiljø. Rehabiliteringen bygger på brukerens egne mål. For mange dreier det seg om å mestre hverdagsaktiviteter, dagliglivet. Det gis en intensiv innsats i oppstartsfasen, gjerne av et tverrfaglig team. Teamet vurderer rehabiliteringspotensialet, kartlegger fysiske, psykiske og sosiale ressurser og utarbeider plan, koordinerer, veileder og følger opp med effektmålinger, dokumentasjon og evaluering av rehabiliteringsforløpet. Hverdagsrehabilitering er aktuelt for personer med et akutt funksjonsfall, men også for personer med gradvis funksjonsfall eller ved progredierende sykdom, som f.eks. demens.»

«Teamet gjør en tverrfaglig kartlegging med utgangspunkt i: «Hva er viktig for deg?», COPM, SPPB, Ipløs- registrering og ADL Barthel-indeks er mest vanlig. Ut ifra brukerens egne mål, blir det utarbeidet en rehabiliterings-/treningsplan. Mandag - fredag er det en fra teamet som er hjemme hos bruker og trener målrettet og strukturert for å nå de målene som bruker har.»¹⁴

I dag er det bare Marker og Skiptvet som har etablert/ er i gang med etableringen av hverdagsrehabilitering. Marker startet opp med hverdagsrehabilitering i oktober 2016 og rapporterer om gode erfaringer og resultater etter oppstart. I Skiptvet er de i begynnelsen av prosessen med igangsetting og etablering av hverdagsrehabilitering, og har ikke startet opp.

Hverdagsrehabilitering i Marker

Teamet som jobber med hverdagsrehabilitering består av ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og hjelpepleier. Ingen har økt stilling, men det er prioritert fra ledelsen at det skal brukes tid på dette. De har kapasitet til å ha to hverdagsrehabiliteringsbrukere til enhver tid. Personene får vedtak på seks uker; en uke til kartlegging, fire uker til trening og en uke til evaluering. Retest foretas etter 3 mnd og 6 mnd. De har hatt 6 brukere, og brukt i gjennomsnitt 44 timer per mnd samlet. 1 time hver dag, mandag - fredag på intensiv, målrettet trening ut i fra personens egne mål. Treningen foregår i hjemmet. Det har blant annet vært slappasienter som skal hjem fra korttid/rehab, generelle funksjonsfall /økte tjenester, brudd¹⁵.

¹² Innovativ rehabilitering IØ, Prosjektrapport, Forslag til Handlingsplan 2017-2020, Kap. 2.3.3, s.78, 2017

¹³ Meld. St. 26, Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, s. 108, 2014-2015

¹⁴ <https://erganen.wordpress.com/2011/11/27/hva-er-hverdagsrehabilitering/>

¹⁵ Marker kommune, referert av ergoterapeut Carina Kolnes, 2017



4.2.4 Askim kommunes ambulante rehabiliteringsteam (ART-team)

I 2014 ble ART-teamet etablert som en ny tjeneste organisert i avdeling for tjenestetildeling, Åpen omsorg i Askim.

Teamet består av:

- 60% ergoterapeut
- 60% fysioterapeut
- 40% sykepleier

ART-teamet tilbyr sine tjenester til personer som har opplevd tap av funksjon og som for første gang etterspør hjelpemidler, hjelp til dusj, hjelp til personlig stell og påkledning samt hjelp til matlaging/handling. Her er det viktig å tenke rehabilitering først, før kompenserende tjenester gis. De hjelper også de som overflyttes fra institusjon, sykehus og korttidsopphold til hjemmet.

Rehabiliteringen foregår i brukerens kjente omgivelser. De arbeider målrettet tilpasset den enkeltes behov og ønsker¹⁶. De gir informasjon og veiledning. De viderefører/ formidler til andre tilbud når teamet avslutter. Det forventes av brukeren at den har et eget ønske om å være deltagende i egen rehabiliteringsprosess som:

- å mestre daglige aktiviteter
- sosial og samfunnsmessig deltagelse
- å realisere bestemte ønsker og mål

Målgruppen er personer som har behov for tverrfaglig oppfølging, plutselig eller gradvis funksjonsfall og som har et potensiale for en økning i funksjonsnivå. Voksne over 18 år, der rus og psykiatri ikke er hovedutfordringen.

Eksempler på diagnoser og problemstillinger hos mottakere av teamets tjenester er: brudd, proteseoperasjoner, amputasjoner, infeksjoner som medfører funksjonsfall, KOLS, slagpasienter, fallproblematikk og personer som har et økende behov for sammensatte tjenester.

Arbeidsgruppen for TVT har spurt ART-teamet i Askim om hvilke suksesskriterier de har erfart i sitt arbeid og hvilke utfordringer de opplever.

Opplevde suksesskriterier for teamet

- Systematisk tverrfaglig samhandling fra henvisning er mottatt
- At personen selv definerer egne mål og er motivert for rehabilitering
- Tidlig ansvarsavklaring mellom involverte fagpersoner
- At koordinerende enhet (tildelingskontor) i kommunen som mottar melding fra sykehuset, har god kjennskap til hva teamet kan tilby
- Selv om de jobber tverrfaglig; avklare hvilke oppgaver som primært ligger til de ulike fagpersonene
- At rehabilitering er forankret i ledelsen og blir prioritert
- Utelukke personer der demens, rus og psykiatri er den primære utfordringen
- Være fleksibel i forhold til igangsetting av rehabilitering, varighet, innhold og intensitet; dette må tilpasses det enkelte forløp
- Systematisk bruk av kartleggingsverktøy

¹⁶ Ambulant rehabiliteringsteam, Askim, informasjonsbrosjyre.



Opplevde utfordringer teamet

- Negativt med 40 - 60 % stillinger da det gir redusert fleksibilitet i forhold til å møte personer i hjemmet den dagen de kommer hjem fra sykehuset. Dette resulterer i at mange personer som kunne vært rehabilitert hjemme, blir tildelt plass på institusjon.
- Mangler lege som kan være tilgjengelig som teamressurs for spørsmål og deltagelse ved hjemmebesøk
- Tjenesten er ikke godt nok kjent i alle kommunens ledd
- Sykehuset har ikke tilstrekkelig kjennskap til teamet
- Få ressurser i hjemmesykepleien gjør det utfordrende å finne gode måter og samarbeide på. Når hjemmesykepleien «jobber etter klokken» er det utfordrende for dem å ta del i et rehabiliteringsforløp.

4.3 Føringer for ambulant kommunal rehabilitering

I prosjektrapporten 2016 beskrives regelverk, krav og føringer for kommunal rehabilitering. Arbeidsgruppen for TVT har lagt dette til grunn for sitt arbeid og for de forslagene som arbeidsgruppen presenterer.

Veilederen¹⁷ vektlegger kommunens ansvar for å sørge for en rehabiliteringstjeneste som sikrer tverrfaglig utredning og kartlegging av behov for rehabilitering. Rehabilitering skal prioriteres fremfor bruk av kompensierende tjenester. Det vektlegges at kommunene skal jobbe for å etablere et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt. En slik organisering kan fremme god utnyttelse av samlet tverrfaglig kompetanse. Behov for intensitet, samtidighet og spesialisert kompetanse i rehabiliteringstjenestene løftes frem.

Om tverrfaglige ambulante team sier den:

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

Rehabiliteringstjenestene skal ytes der mennesker bor og lever sine liv. Et ambulant tverrfaglig rehabiliteringsteam som kan komme hjem til personen og innretter tiltak i forhold til personens egne mål og ressurser, vil være et løft i kommunal rehabilitering. I dag tilbyr en av syv kommuner ambulant team og to av syv hverdagsrehabilitering.

Arbeidsgruppen er klare på at et interkommunalt TVT team vil kunne være et verktøy og tiltak som vil styrke rehabiliteringen i Indre Østfold. Et TVT vil være med på å møte dagens lovverk, krav og føringer, i tillegg vil det møte de nye føringene som er varslet ved at mer av rehabiliteringsansvaret skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

4.4 Forskning og kunnskap om rehabilitering

Kunnskap og forskning på rehabilitering legges til grunn for arbeidsgruppens anbefalinger. Denne kunnskapen legger klare føringer for hvordan tjenester for rehabilitering må innrettes for å oppnå effektive tjenester av høy kvalitet.

Arbeidsgruppen presenterer her forskning og kunnskap hovedsakelig basert på forskningen til forsker og fastlege Inger Johansen og presentasjoner på Helsehuset IØMK IKS sin fagdag 27. april 2017 fra klinikkoverlege Frank Becker og spesialergoterapeut Kristin Loxley, begge fra Sunnaas Sykehus.

¹⁷ Helsedirektoratet, Veileder om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinatør, 2015



4.4.1 Rendyrking av rehabilitering – dedikerte enheter

Forsker og fastlege Inger Johansen, har studert rehabilitering i dedikerte enheter versus korttidsplasser i sykehjem. Hun har vist at det både er mer kostnadseffektivt og gir bedre resultat for pasientene, å gi tilbud i kommunal rehabiliteringsinstitusjon, framfor som enkeltplasser i sykehjem¹⁸. Resultatene viser at personer rehabilitert i dedikerte enheter hadde en nesten doblet funksjonsforbedring på omtrent halve rehabiliteringstiden. Denne funksjonsforbedringen vedvarte også etter 18 måneder. Disse personene hadde i tillegg, mindre behov for hjemmetjenester og hadde færre dager i korttidsplasser på sykehjem. Den største forskjellen mellom sykehjem og en dedikert enhet, lå i; terapitetthet, treningsintensitet, strukturert arbeidsform og heldøgnsfokus på rehabilitering.

4.4.2 Strategier og prinsipper 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. Personens egne mål er helt sentrale.

Mål og motivasjon for rehabilitering

Identifikasjon av mål og motivasjon er sentralt i en endringsprosess. Målene må formuleres slik at personen tror han kan oppnå dem. 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.

Målene er med på å gi treningen en tydelig retning. Indre motiver for å trene, som det å oppleve glede av å mestre aktiviteten, gir en mer stabil deltakelse 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).

Strategier for rehabilitering

Man kan velge ulike strategier for å oppnå målet med rehabiliteringen (Becker, 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.

¹⁸ 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. 2021;34(24):2039-46



Hovedprinsippet skal være å først jobbe med gjenopptrening av manglende funksjoner, de retter kompensering (Loxley, 2017).

Intensitet og mengde

Oversiktsartikler viser at trening med mange repetisjoner og høy intensitet har best effekt for å bedre funksjon (de Groot, 2003; Veerbeek, 2014).

For å være sikre på å oppnå en bedring, er det indikasjoner 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).

Prinsipper for rehabilitering

Forskning viser at hjernen er plastisk (at den kan endre struktur og funksjon) og at plastisitet kan påvirkes gjennom trening. Intensiteten (mengde og hyppighet) i treningen anses å være en viktig faktor for å få til plastiske endringer (Becker, 2017)¹⁹. Rehabiliteringsens særegenhet og styrke, er en helhetlig tilnærming. Treningsintensitet må integreres uten at man mister denne helhetlige tilnærmingen. Det vil si: «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 dette²⁰».

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” (bruk det eller tap det)
2. “Use it and improve it” (bruk det og forbedre det)
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 stadig å tilpasse vanskelighetsgraden (shaping), slik at utfordringen ligger i sjiktet mellom hva personen klarer og ikke klarer. I betoningen av spesifikk trening, må man huske på at kondisjon og styrketrening er nyttig uansett.

¹⁹ 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.»

²⁰ Prinsipper for rehabilitering. Hva betyr disse for å organisere og gjennomføre en god rehabiliteringstjeneste? Becker, 2017



4.4.3 ADL-treningens plass i rehabilitering

Selvhjulpenhet i ADL²¹ aktivitetene er vanligvis noe av det viktigste å ta tilbake rett etter et 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-ADL²². 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). Denne tilnærmingen lærer pasienten å løse problemer som kreves for å mestre oppgaven. Dette tar utgangspunkt i hverdagsaktiviteter og baserer seg på gjennomføring av aktivitet og gjentagende 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
- Fast pleiepersonale og terapeuter som jobber i team
- Pasientens ønsker og mål står i fokus
- Alltid utfordre, men samtidig skape mestring

²¹ Aktiviteter i dagliglivet

²² 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.



5.0 Arbeidsgruppens anbefalinger

Arbeidsgruppen TVT presenterer her sine samlede anbefalinger på bakgrunn av det arbeidet som er gjort i arbeidsmøtene i TVT, i fellesmøtene med arbeidsgruppen Senger for Intensiv Rehabilitering (SIR), forskning, erfaringsbasert kunnskap og resultater fra prosjektarbeidet i 2016.

Arbeidsgruppen har reflektert over at endring i hvordan vi innretter våre tjenester, er utfordrende for alle parter. Å se på TVT som en del av kommunen, at tilbudet blir en del av «oss», anser gruppen som viktig. Det er nettopp ved å samle oss, tenke nytt og samarbeide om å styrke tjenestene, at vi kan sikre gode tjenester til innbyggerne våre. Å erfare, evaluere og justere, vil være vesentlig i oppbyggingen av nye tjenester.

Målgruppen for TVT er primært voksne personer over 18 år, i Helsehusets eierkommuner, som er i behov for rehabilitering, der rus, psykiatri og demens ikke er hovedutfordringen.

Utgangspunktet for alle anbefalinger i forhold til TVT, bygger på at personen er en myndiggjort person. Valgfrihet, medansvar, samskaping og deltakelse fra personene, sørger for en god forutsetning for treffsikre tjenester og tiltak. Personens egne mål skal legges til grunn ved utforming av rehabiliteringstiltakene²³.

Videre vil det beskrives et forslag til funksjonsfordeling mellom de ulike aktørene i forløpet. Arbeidsgruppen presiserer at alle aktører er likestilt og at dette ikke er et lineært forløp. God koordinering av et rehabiliteringsforløp, krever samhandling og at alle ser seg selv som en del av helheten for å sikre personen et koordinert forløp.

5.1 Tverrfaglig vurderingsteam TVT

Teamet skal jobbe ambulant, sikre tidlig tverrfaglige vurderinger, koordinere tiltak og igangsette/utføre rehabiliteringstiltak. Teamet skal samarbeide tett med kommunens helsetjenester og med spesialisthelsetjenesten, for å sikre tverrfaglig intensiv rehabilitering. Arbeidsarenaen til teamet vil være ute hos personene i deres hjem, på sykehuset og ute i kommunene; der det er hensiktsmessig i henhold til personens behov. Teamet må ha en dynamikk og fleksibilitet som har evnen til å skreddersy tiltak etter personens behov. Arbeidsgruppen presiserer viktigheten av at TVT teamet blir en integrert del av kommunens rehabiliteringstjeneste, og at selv om det etableres som en interkommunal tjeneste under Helsehuset IKS, så er det alle syv kommunenes team.

TVT bør være en viktig del av helhetstilbudet ved et kommunalt rehabiliteringsmiljø, slik at samme fagpersoner kan inngå i TVT, dagtilbud og sengeenhet. Dette muliggjør mer effektiv ressursbruk, men bedrer også mulighetene for at rehabiliteringsforløpet blir sammenhengende. I tillegg kan man underveis lettere tilpasse innholdet i rehabiliteringen til det personen selv mener er viktig, og eventuelt forsterke de delene av rehabiliteringen som synes ha best effekt for å oppnå de målene man arbeider mot.

I pilotperioden bør derfor TVT prøve ut løsninger som gir mest mulig kontinuitet i rehabiliteringsforløpet, bl.a. om TVT skal følge personen gjennom det meste av forløpet – både vurdering, kartlegging og gjennomføring av rehabiliteringstiltaket for hver enkelt person. Man kan også vurdere ulike modeller for hvordan ett medlem av teamet sammen med personen selv kan utgjøre en koordinatorkfunksjon.

²³ Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019, del av Prop 1 S (2016-2017). Det kongelige finansdepartement, 2016



Endelig anbefalt arbeidsform for teamet; det vil si i hvilken grad teamet skal utføre rehabiliteringstiltak i personenes hjem, skal prøves ut i pilotperioden september - desember. Ulike tilnærminger skal prøves ut, og teamet skal ha en innovativ rolle. TVT må ha som viktig oppgave å kunne gjennomføre en systematisk og helhetlig funksjonsvurdering som vil være et viktig utgangspunkt både for innhold i rehabilitering og tjenester, men også for fastlegens oppfølging av disse pasientene. Alle anbefalingene er ikke klare i denne rapporten. Erfaringene fra pilotperioden skal evalueres i samarbeid med kommunene, og dette benyttes til å eventuelt justere anbefalingene i forhold til hvordan teamet skal jobbe.

Det er vesentlig at det tverrfaglige vurderingsteamet består av fagpersoner med høy rehabiliteringsfaglig kompetanse som sikrer tidlig vurdering og rask igangsetting av treffsikre tiltak. TVT vil ha en nøkkelrolle i kommunal rehabilitering for å sikre koordinerte tjenester og bidra til et sømløst forløp. Det er viktig at teamet etableres for å inkludere flest mulig og ikke ha for mange eksklusjonskriterier. Teknologiansees som et viktig verktøy for teamet til å muliggjøre samhandling med andre, understøtte arbeidsprosesser og som et sentralt hjelpemiddel for personen i rehabiliteringen.

Teamet kan underveis utvikle nye innovative arbeidsformer ved aktivt å prøve ut hvordan teknologien kan brukes og kombineres i ulike deler av rehabiliteringsprosessen. Innovasjon er ikke bare å utvikle nye produkter eller tjenester, men også å kunne sette sammen kjente elementer på en ny måte. En kan f.eks. tenke seg i fremtiden at en myndiggjort person samarbeider med et team som har høy faglig kompetanse, en kontinuerlig innovativ tilnærming både til fag og teknologi. Sammen kan personer og teamet bidra til kontinuerlig nyskaping av rehabiliteringstjenester i årene fremover. Kommunene vil da raskere få tilgang og spredning av innovative rehabiliteringsformer.

Basiskompetansen i tverrfaglig vurderingsteam TVT:

- Personen selv
- Fysioterapeut
- Ergoterapeut
- Sykepleier
- Lege med rehabiliteringsfaglig kompetanse (prøves ut i piloten)

Samarbeidsaktører som inngår i teamet ved behov:

- Fastlege trekkes inn
- Sykehuset Østfold
- Fagpersonene i kommunen
- Tilgjengelige kompetansepersoner som kontaktes etter behov:
 - Logoped
 - Psykolog
 - NAV/sosionom
 - Teknologikompetanse
 - Hjelpemiddelssentralen
 - etc

Fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier i TVT vil være de som jobber mest mot personene i det daglige. Fastlegen kontaktes og involveres der det er behov. Sykehuset Østfold har en avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering som vil være en naturlig samarbeidspartner både ved utskrivelse fra sykehus og hjem, samt ved behov for veiledning/ kompetanse fra sykehuset.



Det er diskutert muligheten for å ha tilgang på en legeressurs med rehabiliteringsfaglig kompetanse noen timer i uken som en ansatt i TVT. Denne funksjonen er tenkt å bidra med kompetanse inn i teamet og bistå i utviklingen av en annen måte å tenke og jobbe på - en utviklerrolle. Noen av motargumentene er; det er fastlegen som er den viktige for personen og dermed også må være det for fagpersonene rundt. Det kan bli uklare ansvarsforhold. Spesialkompetanse er spesialisthelsetjenesten forpliktet til å gi teamet, underforstått at denne ekstra legeressursen muligens er unødvendig. Pilotperioden vil gi viktige erfaringer i forhold til dette, og anbefalinger justeres i henhold til dette.

Teamet vil være viktig for å sikre kompetanse og ressurspersoner fra andre aktører ved behov. For eksempel NAV.

TVT vil kunne være kommunenes rehabiliteringsfaglige tyngdepunkt²⁴ og en viktig kompetanseressurs for alle eierkommunene i forhold til rehabilitering. Den tverrfaglige rehabiliteringskompetansen som vil finnes i TVT, vil dermed bidra til kompetansehevende arbeid for og i kommunene. Det tverrfaglige vurderingsteamet skal være en ekstra ressurs for kommunene og samlet inneha høyere kompetanse på rehabilitering, enn det som finnes i den enkelte kommune.

Eksempel på hvordan opplæring og kompetanseoverføring til kommunene kan foregå:

- Samhandling mellom fagpersoner i TVT og kommuner om rehabiliteringstiltak som skal ytes til personen
- Ved at kommunens ansatte kan hospitere i TVT
- TVT kan ha egne fagsamlinger med ulike temaer knyttet til rehabilitering
- Nettverkssamlinger for kommunene; for eksempel med koordinerende enhet/ tildelingskontor i kommunene.

Teamet skal være kjent med tilbudene i kommunen/ lokalsamfunnet og informere om dette til personene som mottar hjelp fra teamet, og implementere disse ressursene i rehabiliteringstiltakene. På denne måten kan helheten i Samfunnsbasert rehabilitering ivaretas, og det «rehabiliterende lokalsamfunnet» tas i bruk som en viktig ressurs for personen i forløpet. Det er i lokalsamfunnet personene lever sine liv.

For å sikre en god og effektiv samhandling mellom aktørene i et rehabiliteringsforløp, er en god funksjonsfordeling mellom partene en forutsetning. Teamet gjør en vurdering og trekker deretter inn det de mener er nødvendig kompetanse. Teamet skreddersyr etter personens behov.

I Oppdragsrapport 2017: 1 fra Høgskolen i Østfold «Samarbeid om rehabilitering»²⁵ står det at de som i dag har en praksis der en representant for kommunens tildelingskontor møter personene allerede mens de er på sykehuset, har god erfaring med det. Denne løsningen beskrives som god og ordningen anbefales videreført og utvidet. Dette er en mulig arbeidsform også for TVT.

Teamet skal tidlig inn, de skal gjennomføre tverrfaglig vurdering, koordinere tiltak og bidra i utføringen av oppstarten av rehabiliteringen/ treningen. De skal sikre intensitet i rehabiliteringen, tverrfaglighet, benytte gode måleverktøy, koordinere og sikre helhetlig forløp. Personen får en kontaktperson i teamet som «følger» personen i forløpet, dette muliggjør en god relasjon over tid og kan bidra til mindre fragmenterte forløp over tjenestenivå. Forskning fra flere områder viser at en slik relasjon ofte kan være en viktig forutsetning for å oppnå god effekt av tiltaket.

²⁴ Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, Kap 8.4, s. 39, 2015

²⁵ Høgskolen i Østfold, Vold Hansen et al, Oppdragsrapport 2017:1, Samarbeid om rehabilitering, s. 9, 2017



5.2 Sykehuset/ spesialisthelsetjenesten

Sykehuset / spesialisthelsetjenesten skal vurdere de som skal ha spesialisert rehabilitering og utføre spesialisert rehabilitering. Dette skal de gjøre i tett samarbeid med kommunen der personen bor.

De skal melde behov til kommunens koordinerende enhet/ tildelingskontor når det er behov for å gjøre en funksjonsvurdering av personen som skrives ut. Kommunens koordinerende enhet videresender denne henvendelsen til TVT.

Det er diskutert i gruppen behov for at Sykehuset bør sikre en «åpen retur» etter utskrivning, slik at det er muligheter for en reinnleggelse/ ny vurdering ved behov. Dette ansees som spesielt viktig for å hindre fragmenterte forløp og tap av tid i påvente av vurdering/ behandling. Sykehuset Kalnes har i dag ingen egen døgnbasert rehabilitering. Liggetiden på sykehuset Kalnes er ca 3,4 døgn. Dette gir utfordringer i forhold til hva de har tid til å gjøre av vurderinger og funksjonsmålinger før utskrivelse. Behovet for åpen retur kan være avgjørende for et helhetlig forløp. Sykehuset skal også stille spørsmålet «trenger personen rehabilitering?» samt utføre funksjonsvurderinger før utskrivning.

Sykehuset oppgir at en «åpen retur» ikke vil være mulig, men at ved uavklarte problemstillinger eller behov for bistand, må kommunen/TVT få direkte kontakt med personell ved sykehuset som behandlet personen. Akutt syke pasienter må via akuttmottak, slik det gjøres i dag. Det vil arbeides videre i prosjektet med denne problemstillingen. Det er intensjoner om å kunne søke felles samhandlingsmidler fra Helse Sør-Øst for å jobbe videre med utviklingen av pasientforløp mellom sykehuset og kommunene/TVT. Samarbeid og samhandling med spesialisthelsetjenesten (Sykehuset Østfold og Sunnaas Sykehus) om dette, nevnes av arbeidsgruppen som vesentlig i arbeidet med bedre pasientforløp.

Spesialisthelsetjenesten har som oppgave å sikre veiledning til kommunehelsetjenesten, en av oppgavene overfor teamet vil være å sikre tilgang til kompetanse på spesialistnivå. I henhold til oppdragsdokumentet fra Helse Sør Øst²⁶ skal de også jobbe ambulant i forhold til rehabilitering. Bruk av teknologi, som f.eks. videokonferanse, muliggjør både kompetanseoverføring, veiledning og «ambulant» virksomhet. På denne måten kan sykehuset være en del av TVT via teknologi.

5.3 Kommunen

Kommunene vil være koordinerende enhet til TVT. Alle henvisninger til teamet går til koordinerende enhet i den kommunen personen bor. Det inkluderer henvisninger fra sykehus/ spesialisthelsetjenesten, hjemmetjenesten, fastlegen eller andre personer. Her er det viktig at ikke koordinerende enhet «siler» vekk henvendelser, slik at personer går glipp av vurdering fra teamet. Kompetansen til de som mottar henvendelser i koordinerende enhet, samt god dialog med teamet, er vesentlig for at dette ikke skjer.

Arbeidsgruppen har diskutert ulike modeller for hvor henvisningen til TVT skal gå. Men for ikke å skape et nytt forvaltningsnivå ved å legge henvisning rett til teamet; anbefaler arbeidsgruppen at det i oppstarten organiseres ved at henvisning går til koordinerende enhet i den enkelte kommune. Dette forutsetter tett samhandling mellom TVT og de ulike koordinerende enhetene i kommunene, slik at ikke tid går tapt og at ingen går glipp av vurdering. Kommunens fagpersoner og tjenester skal henvise dem som skal ha en vurdering av behov for rehabilitering, til TVT.

Teamet gjennomfører vurderingen og tar deretter kontakt med kommunen (tildelingskontor/ vedtakskontor), med anbefaling om vedtak på de tjenestene/ tiltak de anbefaler og skal iverksette.

²⁶ Helse Sør-Øst, Oppdrag og bestilling 2017 for Sykehuset Østfold, 2017



Fagpersonene som jobber med rehabilitering i kommunene; kommuneergoterapeuter, kommunefysioterapeuter, sykepleiere og fagarbeidere, samhandler tett med TVT i hele forløpet. Fagpersonene i kommunene skal utføre hverdagsrehabilitering og legge til rette for hverdagsmestring. Samhandling mellom TVT og hverdagsrehabiliteringen i kommunene, vil sikre gode overganger og utnyttelse av de lokale ressursene i personens nærmiljø. Hverdagsrehabilitering beskrives som en viktig forutsetning for at det skal bli sømløse gode overganger mellom aktørene i rehabiliteringsforløpet.

Det har vært diskutert hva slags oppgaver som bør gjøres av kommunefysioterapeutene og ergoterapeutene etter etableringen av TVT:

- Hverdagsrehabilitering
- Opptrening av personer på korttid/avlastning
- Trening av funksjon hos sykehjemspasienter
- Forebyggende arbeid
- Gruppetreninger
- Samarbeid med fysikalske institutt
- Arbeid med hjelpemidler
- Delta i utvikling av velferdsteknologi
- Arbeid mot barn og unge

Arbeidsgruppen har vært opptatt av å involvere fastlegen og fastlegens rolle i utviklingen av TVT. Det er naturlig at TVT og fastlegen samarbeider for å sikre tidlig innsats i henhold til de behov personene har. TVT vil være en ressurs for fastlegen. De kan gjennomføre en tverrfaglig god funksjonsvurdering med tanke på behov for rehabilitering og tiltak. Teamet og fastlegen kan samhandle ved hjelp av teknologi. Eksempler er e-link og videooverføring.

Inntil det er etablert senger for intensiv rehabilitering (SIR), må rehabilitering på korttidsavdelinger på sykehjem, opprettholdes.

5.4 Samhandling

Samhandling er vesentlig for å lykkes med en helhetlig rehabilitering der personen selv er sentrum for alle tiltak.

I Opptrappingsplanen²⁷ legger Regjeringen opp til at det skal bli tydeligere arbeidsdeling og samarbeid mellom sykehus og kommuner. Å etablere TVT vil kunne legge til rette og muliggjøre dette.

Å lage møteplasser, dialogmøter og nettverkssamlinger vil være viktig for å legge til rette for kommunikasjon og samhandling. På tvers av nivåer; mellom sykehus og kommune, men også innad i kommuner. Oppdragsrapporten²⁸ om samarbeid om rehabilitering, vektlegger at mangelfull kommunikasjon kan bidra til en viss grad av mistro mellom sykehusansatte og ansatte i kommunen.

Samarbeidsavtalene som i dag er etablert mellom kommunene og sykehusene, er ment som en klargjøring av forpliktelser kommunen og sykehuset har. En jevnlig revidering og gode nettverksmøter mellom partene, vil sikre at dette blir gode arbeidsverktøy som bidrar til en styrking av rehabiliteringen for personene som trenger rehabilitering.

²⁷ Opptrappingsplanen for hab. og rehab. 2017-2019, del av Prop 1 S (2016-2017). Det kgl finansdepartement

²⁸ Høgskolen i Østfold, Vold Hansen et al, Oppdragsrapport 2017:1, Samarbeid om rehabilitering, s. 9, 2017



Arbeidsgruppen har også foreslått at det kan utarbeides rene sjekklister som omhandler hva som skal være gjort før utskrivning og overgang mellom sykehus og kommune.

Å benytte felles verktøy for funksjonstester og vurderinger, vil kunne fremme samhandling og kontinuitet.

Jevnlige nettverksmøter i forhold til hvordan samhandlingen fungerer og fokus på kompetanseutvikling i forhold til rehabilitering, vil kunne bidra i positiv retning. Dette vil gjelde både mellom TVT og sykehus og mellom TVT og kommunene.

Teknologi vil kunne være et viktig verktøy i samhandling og kompensere for avstand og begrensede ressurser.

Både kommuner og spesialisthelsetjenesten har føringer for hvordan tjenestene skal innrettes; for å sikre god samhandling kreves det derfor at begge parter jobber for å utvikle og innrette tjenestene sine deretter.

Det er beskrevet at personen i forløpet får en fast kontaktperson i TVT. For å fremme samhandling vil det være til hjelp at TVT har en fast kontaktperson på Sykehuset Østfold og ut i alle kommunene. Flyt og gode overganger krever rutiner for samhandling.

5.5 Bruk av teknologi

Aktiv bruk av teknologi muliggjør nye måter å samhandle på i rehabiliteringsprosessen.

Arbeidsgruppen for teknologi fra 2016, anbefalte tre hovedkategorier teknologi: Kommersiell dataspill og andre systemer som kombinerer opptrening og dataspill, telerehabilitering samt verktøy for sikker og effektiv informasjonsdeling mellom aktører i rehabiliteringsprosessen²⁹.

Teknologi skal understøtte personens rehabiliteringsprosess og arbeidsprosessene for de ansatte. Behovene skal styre hvilken teknologi som er aktuell å benytte, slik at vi unngår innføring av teknologi for teknologiens skyld. To viktige utfordringer er sentrale i rehabilitering der teknologien kan bidra: Samhandling mellom aktører og motivasjon/ intensitet i rehabilitering.

Samhandling mellom aktører i rehabilitering er et felt der det i mange år er blitt påpekt mangler i ulike sammenhenger^{30,31}. Det er viktig med god informasjon og dialog mellom alle aktører, og at aktørene jobber koordinert rundt personens mål. I tillegg viser forskning på rehabilitering at det blant annet er svært viktig å ha høy nok intensitet og mange repetisjoner, samt å trene mest mulig spesifikt³². At pasienten er motivert og engasjert er sentralt for læring, også i rehabilitering. Det er et velkjent fenomen i rehabilitering at det er vanskelig å holde motivasjonen oppe for hjemmeøvelser over tid, og å oppnå mange nok repetisjoner. Lange avstander kan også bidra til at samhandling og rehabilitering blir begrenset.

I anbefalingene vil vi beskrive teknologiske konsepter, heller enn å benevne leverandører.

²⁹ Innovativ rehabilitering IØ, Prosjektrapport, Teknologi i et rehabiliteringsforløp, Kap. 2.4, s.103, 2017

³⁰ Helsetilsynet (2016) [Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen](#). Rapport 1/2016.

³¹ Stortingsmelding nr 21 (1998 – 99) Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk.

³² Kleim JA & Jones TA (2008) Principles of experience-dependent neural plasticity: implications for rehabilitation after brain damage. J Speech Lang Hear Res 51:S225-S239



5.5.1 Teknologi i personens hjem:

Dataspill er en teknologi som muliggjør å få økt antall repetisjoner på en motiverende måte. Kommersielle dataspill er testet ut i flere sammenhenger, og kan trene ulike fysiske og kognitive funksjoner. Nettsiden «spill deg bedre» (www.spilldegbedre.no) har laget et spillbibliotek som skal være til hjelp til å velge spill til å trene ulike funksjoner. Det finnes også dataspill som kombinerer sensorer, robotteknologi og dataspill.

Eksempel på mulig bruk: Personen får låne en spillkonsoll fra TVT. Fagperson og person finner fram til aktuelt spill som både trener riktige funksjoner og som motiverer. «Hjemmeøvelser» utføres på spillkonsoll enten alene, eller sammen med familie og ressurspersoner. Øvelsene justeres etter hvert. Anbefales internasjonalt også at tilsvarende øvelser gjøres i reelle settinger i personens hjemmesituasjon rett etterpå.

Nettbrett: Det kan vurderes om personen bør ha tilgang til nettbrett i eget hjem med f.eks. aktuell informasjon, mål, timeplan, aktuelle verktøy/tester, treningsapper, mestringsapper, treningsdagbok, individuell plan, sikker e-post, samvalgsverktøy e.l., samt installert videoteknologi på nettbrettet. Treningsapp på nettbrett eventuelt i kombinasjon med sensorer, er også aktuelt å prøve ut.

Eksempel på bruk: Pasienten kan aktivt legge inn egne data, eventuelt dele dem med teamet, samt kommunisere direkte med teamet via videoteknologi. Se punkt 3.

Utlånt treningsutstyr: For eksempel tredemøller, robotisert trening, trimsykler, skritteller, motitech (ikke diskutert foreløpig).

5.5.2. Teknologi for samhandling sykehus – team

Rehabilitering krever samhandling mellom flere aktører. Overgangen mellom sykehus og hjem er spesielt avgjørende, at alle aktører får tilgang til informasjon slik at det blir en godt koordinert prosess der personen er hovedaktøren³³.

Videokonferanseteknologi har blitt demonstrert, diskutert og trukket fram av både SIR og TVT som en sentral teknologi for å muliggjøre en god samhandling. Videokonferanse består både av tradisjonelle møteromsløsninger, klinisk utstyr med medisinsk tilleggsutstyr, samt som programvare på tradisjonelle pc-er og nettbrett.

Eksempel på mulig bruk: Tverrfaglige overføringsmøter mellom sykehus og kommune via videokonferanse møterom. Muligheter for å trekke inn f.eks. fastlege eller enkeltaktører med videokonferanse på pc/ nettbrett i en flerparts-konferanse, eller kombinere videokonferanse og telefonkonferanse. Personen deltar så sant det er mulig.

Sikker e-post/ meldingsløsninger: Slike løsninger kan sikre god asynkron kommunikasjon og muligheten til å oversende aktuelle dokumenter. Pri dag benyttes PLO-meldinger/ E-link mellom sykehus og kommune, men det er fortsatt behov for å utvikle en løsning for sikker kommunikasjon mellom aktører i rehabilitering, samt muligheten for å sende vedlegg m.m. Dette må utforskes videre.

³³ Irgens I, Kleven L, Sørli H, Stanghelle JK, Rekand, T. Telemedisin bringer spesialisthelsetjenesten hjem til pasienten. Tidsskrift for den norske legeforening. 2015; 135:1716-7



5.5.3. Teknologi for samhandling team- person

Videokonferanseteknologi på nettbrett/ pc: Teamet kan benytte nettbrett med programvare for videokonferanse.

Eksempel på mulig bruk: Ved hjemmebesøk kan teamet kommunisere direkte med fastlege for å avklare viktige problemstillinger, enkelte medlemmer i teamet kan være til stede virtuelt, slik at hele teamet kan delta i vurderingen, men være fysisk på forskjellige steder. Man kan også se for seg at i videre oppfølging, kan enkelte konsultasjoner skje kun via nettbrett («virtuelt hjemmebesøk»). Man kan også prøve ut å ha en «personlig motivator» / brukerkonsulent som «virtuell besøksvenn» eller som aktiv deltager i rehabiliteringsprosessen.

«Verktøykasse» for tester på nettbrett: Aktuelle tester gjennomføres digitalt på nettbrettet.

Eksempel på gjennomføring: Sykepleier, fysio- og ergoterapeut gjennomfører tester i hjemmet og registrerer det digitalt med det samme. Jobbe videre med å finne en løsning for overføring til journalsystem.

Nettside for lokalsamfunnets tilbud: Kartlegge og lage en oversikt over kommunenes ulike aktivitets- og fritidstilbud. En egen oversikt over treningsgrupper og f.eks. spesialiteter hos fagpersoner.

Interaktiv målplan: Utvikle et dynamisk verktøy for personens mål og prosess mot å nå målene sine. Pasienten kan selv legge inn, justere mål og vurdere innsats mot målene. Sees opp mot prosjektet i regi av Høgskolen i Østfold.

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

Sikker e-post: Pasient og team kan sende hverandre sikker e-post og aktuelle vedlegg etc.

Timeplanløsning: Oversikt over personenes timeplaner og aktiviteter. Kan utvikle løsning for registrering av gjennomføring for å få en vurdering av antall timer terapi og aktiviteter.

Koordinering- og ressursstyring på nettbrett Imatis: Nettbrettet inneholder gode oversikter over teamets aktiviteter.

5.5.4. Teknologi for samhandling person – samfunn

- Videoløsning for «virtuell besøksvenn»
- Videoløsning for deltagelse i trenings- og mestringsgrupper
- Nettforum med andre i samme situasjon, egne nettforum for pårørende
- Nettside med oversikt over aktuelle aktivitetstilbud med kontaktpersoner
- Spillkonsoller på sosiale møteplasser



5.5.5. Anbefalinger på implementering

Vellykket implementering av teknologi fordrer blant annet³⁴³⁵³⁶³⁷³⁸:

- Forankring i ledelsen og at fagpersoner ser tydelig nytteverdi for personen
- Dedikerte ansvarspersoner innen teknologi og tilgang til rask support
- God opplæring og gjentatte opplæringer og justeringer, samt superbrukere
- Integrering av teknologien i de konkrete arbeidsprosessene, med personen som sentrum
- Tett samarbeid med teknikere, helsepersonell, ledere person og eventuelt pårørende
- Sikkerhetsaspekter og organisatoriske hensyn må være vurdert og ivaretatt
- Bygge nettverk med flere fagmiljøer, dele erfaringer og ideer
- Aktiv oppfølging og tilpasning ettersom tjenestene utvikler seg

5.5.6 Videre arbeid

- Nordisk idébank
- Interaktive verktøy – se videre på samarbeid med blant annet senter for pasientmedvirkning og samhandlingsforskning
- Vurdere etablering av visningsrom for rehabiliteringsteknologi

5.6 Dimensjonering, lokalisering og finansiering

5.6.1 Dimensjonering

For at TVT skal ha muligheten til å fungere etter hensikten, er det viktig at det ikke dimensjoneres for lavt. Det er avgjørende at de fagpersonene som jobber der har kompetanse til å gjennomføre tidlig tverrfaglige vurderinger av funksjon og har evne til å sikre koordinerte forløp. Om både TVT og SIR etableres samtidig, er det ment at TVT og SIR jobber tett og integrert.

I **Askim** kommune har det ambulante rehabiliteringsteamet bestått av 60% fysio, 60% ergo og 40% sykepleier. Det er 16 000 innbyggere i Askim.

Fredrikstad har 79 500 innbyggere. Deres ambulerende rehabiliteringsteam består av 100% fysioterapeut 100% ergoterapeut og 100% sykepleier. De hadde 70 personer de fulgte opp i hjemmet i 2016. Tildelingskontoret (fysioterapeut) er daglig på sykehuset for å vurdere pasienter sammen med sykehuset, ved behov for å sikre riktige tjenester.

³⁴ Aanestad M & Blegin Jensen T: Collective mindfulness in post-implementation IS adaptation processes. Information and organization 26 (2016) 13 - 27

³⁵ Aanestad M., Driveklepp A.M., Sørli H. & Herzum M. (2017): Participatory continuing design: "Living with" videoconferencing in rehabilitation. I Kanstrup A.M., Bygholm A., Berthelsen P. & Nøhr C. (2017) *Participatory Design & Health Information Technology*. Denmark, IOS Press.

³⁶ Jensen KL, Knarvik U, Pedersen CD, Tangene W, Whitehouse D. European Momentum for Mainstreaming Telemedicine Deployment in Daily Practice. Personalised Blueprint for telemedicine deployment, validated and tested version. Report 3.4 2015.

³⁷ Obstfelder A, Engeseth KH, Wynn R: Systematic Review Characteristics of successfully implemented telemedical applications. *Implementation Science* 2007, **2**:25

³⁸ Van Dyk L. A review of Telehealth Service Implementation Frameworks. *Int J Environ Res Public Health*. 2014; **11**(2): 1279-1298



Moss har 32 000 innbyggere. Deres team består av 100% sykepleier, 70% fysioterapeut og 50% ergoterapeut. De beskriver seg som sårbare pga lav bemanning og deltidsstillinger i teamet.

Halden kommune har ennå ikke team, men har etablert hverdagsrehabilitering.

Eierkommunene har ca 50 000 innbyggere. For å bygge opp en ny tjeneste som kan styrke rehabiliteringen, må den ha tilstrekkelige ressurser til å kunne fungere etter hensikten. Kartlegginger av eierkommunenes rehabilitering i dag, viser store variasjoner³⁹. Når noe nytt skal bygges opp, er det viktig at det dimensjoneres for å møte de krav som allerede ligger på kommunal rehabilitering i dag, samt at det kan møte de føringene som kommer i fremtiden.

På bakgrunn av dette anbefaler arbeidsgruppen følgende dimensjonering av basisbemanningen i TVT som en oppstart, og understreker behovet for en evaluering og justering etter et år for å oppnå hensiktsmessig dimensjonering.

- 100% ergoterapeut
- 150% fysioterapeut
- 100% sykepleier

- 15 % Lege (endelig anbefaling om lege skal inngå som basisbemanning kommer etter pilotperioden)

Det er vesentlig at fagpersonene har høy kompetanse og erfaring på rehabilitering.

5.6.2 Lokalisering

I arbeidsgruppen har diskusjonen vektlagt at det er vesentlig å samle et fagmiljø. Etableres det senger for intensiv rehabilitering (SIR), er det arbeidsgruppens klare anbefaling at de to har samme lokalisering. Teamet og sengene vil kunne utfylle hverandre, bedre utnyttelse av ressurser samt mulighet til fleksibel bruk av ressurser.

Skal teamet starte arbeidet sitt før etableringen av SIR, anbefaler TVT at teamet lokaliseres til Helsehuset IØMK IKS. Kommunene har valgt å etablere Helsehuset IKS for å ivareta helsetjenester som krever høy kompetanse. Det er naturlig at TVT er lokalisert der. Her er det et eksisterende fagmiljø, og legeressurs som kan konsulteres ved behov. For kommunene vil tilgangen til teamet være det viktigste, ikke hvor det er plassert.

I dialog med ambulerende rehabiliteringsteam i Fredrikstad og Moss, var det en klar anbefaling at det er fordel ved å samles under ett tak. I Moss og Fredrikstad har de nå samlet kommunal rehabilitering i Helsehus, og opplever det som en suksessfaktor. Fredrikstad har også samlet tildelingskontoret og alle terapeuter og fagpersoner som jobber mot hjemmetjenesten (ambulant) samt rehabiliteringsengene, på Helsehus. Sykehuset Østfold ved enhet for fysikalsk medisin og rehabilitering, har samlet seg i Moss; nettopp for å nyttiggjøre seg effekten av å samle fagpersoner. Dette gir et godt fagmiljø og det underletter samhandling og samarbeid, til brukernes beste.

Gruppen har diskutert mulig felles lokalisering mellom døgnetenhet ved Helsehuset IKS og senger for intensiv rehabilitering. Det er klare fordeler i forhold til å utnytte dagens ressurser bedre, i dager det 10 senger på døgnetenheten. Dette er en kostbar driftsmodell. Etablering av felles senger for intensiv rehabilitering, vil kunne samkjøre personale med døgnetenheten, under forutsetning av at rehabiliteringskompetansen økes på de som skal jobbe på begge avdelingene. Arbeidsgruppen vil

³⁹ Prosjekt Innovativ rehabilitering Indre Østfold, Senge for intensiv rehabilitering, Kap 5.1, s. 8, 2017



imidlertid understreke at en suksessfaktor er å skille rehabiliteringssenger fra «pleie og omsorgsavdeling».

5.6.3 Kostnader og finansiering av TVT

Driftskostnader TVT:

Fagperson	Stillingsstørrelse	Stip. lønnskostnad	Inkl sosiale utgifter faktor 1,6 ⁴⁰
Fysioterapeut	150 %	Kr 750 000	Kr 1 200 000
Ergoterapeut	100 %	Kr 500 000	Kr 800 000
Sykepleier	100 %	Kr 500 000	Kr 800 000
Totalt uten legeressurs			Kr 2 800 000
Husleie	120 kvm	a kr 1 500	Kr 180 000
Teknologi og kjøring			220 000
Totalt			Kr 3 200 000

Totalsummen på kr 2 800 000, er et anslag uten legeressurs. Erfaringer fra pilotperiode vil gi anbefaling om behov for legeressurs. Utgifter til teknologi er f.eks. lisens samhandlingsløsning IMATIS, nettbrett, spillkonsoller, pc etc. Det må også beregnes kjøring. Totalt en utgift på ca 3,2 millioner fordelt på kommunene. Etableres TVT før det er eventuelle senger for intensiv rehabilitering, må det påberegnes noe mer utgifter til kjøring.

Hvordan skal dette finansieres av eierkommunene?

I dag foregår rehabilitering, både senger og det som er av ambulante tjenester, som en integrert del av kommunenes tjenester. I løpet av 2018 anbefaler arbeidsgruppen at det etableres et tverrfaglig vurderingsteam (TVT). Fordi dette er et utviklingsarbeid og en nyetablering, anbefales det for 2018, at det søkes midler til etablering og utprøving av TVT, i tillegg til en delfinansiering fra eierkommunene.

Mulige midler å søke:

- I samarbeid med sykehuset Østfold/ spesialisthelsetjenesten søke samhandlingsmidler fra Helse Sør-Øst.
- Søke midler fra Fylkesmannen; skjønnsmidler, innovasjonsmidler og midler i forbindelse med opptrappingsplanen for rehabilitering og habilitering.

Pilotperioden i 2017 skal evalueres, og på grunnlag av denne, utarbeides nye anbefalinger for videre utvikling og innretning av TVT ved en eventuell oppstart i løpet av 2018. Det vil være optimalt at det blir en etablering og oppstart i løpet 2018, fordi det gjennom prosjektarbeidet og piloten er ressurser tilgjengelig som vil gi en merverdi til TVT.

- Etablert samarbeid med spesialisthelsetjenesten ved sykehuset Østfold og Sunnaas Sykehus
- Samarbeid og samhandling med forskere og kompetansenettverk på rehabilitering
- Samarbeid om teknologi

⁴⁰ Inkluderer også administrative kostnader





6.0 Gevinster og effekt av TVT

6.1 Mulige økonomiske gevinster som følge av etableringen av TVT

Når man skal vurdere de økonomiske virkningene av teamets funksjon, må man først se på teamets innsatsområder. Teamets mest sentrale oppgaver er beskrevet som:

- Tidlig tverrfaglig vurdering av funksjon
- Rask igangsetting av tverrfaglig rehabiliteringsinnsats
- Koordinering av videre rehabiliteringsforløp
- Bruk av understøttende teknologi

Det tverrfaglige teamet kommer inn som en forsterkning av de lokale tjenestene, som på grunnlag av teamets veiledning, viderefører rehabiliteringen teamet igangsetter.

Innsatsen kan resultere i høyere personeffekt på kortere tid, og det intensive forløpet kan avsluttes tidligere. Behovet for kompenserende tjenester og oppfølging i etterkant, kan bli redusert på grunn av bedret funksjon, nytte av teknologiske hjelpemidler og godt koordinerte tjenester.

Eksempler på forventede effekter som kan gi økonomiske besparelser:

- Kortere rehabiliteringsforløp
- Muliggjøre rehabilitering i hjemmet i stedet for institusjon, alternativt muligheter for tidligere hjemkomst fra rehabiliteringsopphold
- Redusert behov for støttetjenester etter rehabilitering
- Redusert behov for korttidsopphold
- Utsatt behov for langtidsopphold

Arbeidsgruppen vil foreløpig ikke komme med konkrete tall med hensyn til mulige besparelser eller kostnadseffektivitet. I utgangspunktet vurderes de samfunnsøkonomiske effektene som sammensatte, og effektene kan være krevende å både måle og ta ut. Det er i midlertid en plan at erfaringene fra piloten skal benyttes til å beskrive både faglige og økonomiske virkningene av teamet nærmere.

6.2 Gevinster for personen, pårørende og kommunen

Gevinster for personene, de pårørende og fagpersonene i kommunene er like vesentlig som de rene økonomiske gevinstene, og bør tillegges stor vekt:

Personen:

- Fokus på egne ressurser og ønsker
- Mottar rask vurdering av behov for rehabilitering
- Økt sannsynlighet for å nå eget rehabiliteringspotensiale
- Tilgang på tverrfaglig kompetanse
- Opplever gode overganger, koordinerte tjenester og samhandling mellom fagfolk i rehabiliteringsforløpet
- Rehabiliteringen skjer i hjemmet og ressurser i eget lokalsamfunn integreres i rehabiliteringen
- Myndiggjøring



Pårørende:

- Økt involvering i rehabiliteringsforløpet
- Bidrar som en ressurs i forløpet

Kommunen:

- Yter treffsikre tjenester - mindre bruk av kompenserende tjenester pga tidlig vurdering
- Styrking av kommunal rehabilitering
- Sikrer et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt
- Bruk av måleverktøy sikrer måling av effekt av tiltak
- Blir bedre rustet til å overta mer ansvar for rehabilitering når mer overføres fra Spesialisthelsetjenesten til kommunene
- Tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- Tilgang på økt kompetanse
- Kompetanseheving av kommunens fagpersoner
- Effektivisering av ressursbruk gjennom bruk av teknologi
- Mer rehabilitering kan ytes i hjemmet

6.3 Vurdering av effekt

I prosjektrapporten fra 2016⁴¹ i kapitlet om gevinstrealisering, diskuteres det hvordan vurdering av effekt kan gjøres.

For å finne gevinstene av nye tiltak, er det viktig å kunne beskrive dagens situasjon og en ønsket ny virkelighet. Måleindikatorer kan ta utgangspunkt i aktivitet og de effekter som forventes av teamet.

Eksempler på måleindikatorer:

- Systematisk bruk av verifiserte tester på funksjon for å måle endring i funksjon
- Bruk av spørreskjema/ intervju for å måle tilfredshet
- Bruk av spørreskjema/ intervju for å vurdere kompetanseoverføring
- Måle økonomisk effekt

Arbeidsgruppen har hatt en workshop der det er arbeidet med vurdering av kvalitet på tjenester for TVT i Indre Østfold, og hvordan man kan måle oppnåelse av ønsket effekt.

Prosjektet har følgende seks effektmål for TVT:

1. Myndiggjøring av innbyggerne som i større grad tar ansvar for egen rehabilitering
2. Gode overganger og mindre forsinkelser i rehabiliteringsforløpet
3. Tidlig igangsetting av høyere presisjon på rehabiliteringstiltak
4. Dreining i det lokale helsesystemet fra pleie til forebygging og rehabilitering
5. Økt bestillerkompetanse i kommunenes rehabiliteringsinstanser
6. Økt tilgjengelighet av relevant kompetanse fra spesialisthelsetjenesten

Her nevnes eksempler på hvordan man kan måle/ hvilke målinger som kan gjøres for å sikre at effekten er oppnådd:

- Bruk av pasientspesifikt verktøy, screeningsverktøy for fysisk funksjon, evaluering av målplan, sjekklister for hver faggruppe, Hva er viktig for deg - måloppnåelse
- Bruk av sjekklister ut fra samhandlingsrutiner, evaluering/ revisjon av forløp
- Måle intensitet – aktive intervensjoner (tid), målinger for funksjon og deltakelse

⁴¹ Innovativ rehabilitering IØ, Prosjektrapport, Forslag til Handlingsplan 2017-2020, s.130, 2016



- Etablere en varig tjeneste, kvalitetsindikatorer og spørreundersøkelse: primærhelsetjenesten/ organisasjoner/ brukerorganisasjoner - etterspørre atferdsendring
- Sjekke ut kompetanseplaner, antall møteplasser, samhandlingsmøter, bruk av nettverk
- Måle antall reinnleggelser, tidsbruk samhandling – pleiepersonell, måle personens opplevelse

I forkant av pilotperioden for TVT, anbefaler arbeidsgruppen at det designes og legges til rette for bruk av måleverktøy for å vurdere effekt av det nye tilbudet, basert på resultatene fra workshopen og som anbefalt i Prosjektrapporten fra 2016.

6.4 Vurdering av kvalitet

Å vektlegge kvalitet i en tjeneste som skal utvikles er vesentlig. Helsenorge.no⁴² vektlegger at det er viktig at pasientene har informasjon om kvalitet i helsetjenesten og at helsetjenesten bruker dette i sitt forbedringsarbeid. Kjennetegnet på tjenester av god kvalitet er at de er⁴³:

- Virkningsfulle
- Trygge og sikre
- Involvere brukere og gi dem innflytelse
- Samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressurser
- Tilgjengelig og rettferdig fordelt

Nasjonalt kompetansesenter for revmatologisk rehabilitering (NKRR) har ledet utviklingen av forslag til kvalitetsindikatorer for rehabilitering av muskel- og skjelettskader, sykdommer og plager⁴⁴. Arbeidsgruppen for TVT har vært i kontakt med forsker og fastlege Inger Johansen, og fremmet ønske om å få benytte disse kvalitetsindikatorene inn i piloten for TVT. I samarbeid med henne innarbeides disse indikatorene i piloten. Det vil gi et indirekte mål på kvalitet, og det kan vurderes om krav og standarder er oppfylt.

Bruken av kvalitetsindikatorer vil være et viktig styringssignal for Helsehuset IKS, et verktøy for intern kvalitetsforbedring og kan også fungere som et hjelpemiddel for pasienter i forbindelse med valg av tjenester.

Tjenesten vil da 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.⁴⁵ Kvalitetsindikatorene vil bidra til å sikre grunnleggende kvaliteter ved rehabiliteringen og tjenesten gitt av tverrfaglig vurderingsteam.

⁴² <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer>, lastet ned 19.04.2017

⁴³ <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-20052015>, lastet ned 19.04.2017

⁴⁴ Kvalitetsindikatorer for rehabilitering av muskel- og skjelettskader, sykdommer og plager, NKRR, 2017

⁴⁵ Inger Johansen, Forutsetninger for vellykket rehabilitering, 2017



7.0 Pilotperiode

Det skal gjennomføres en pilotperiode for å teste ut TVT og bruk av teknologi i perioden juni - desember 2017. Pilotteamet skal rekrutteres internt i Helsehusets eierkommuner. Det har vært tett dialog med rådmenn, leder av lokalt samarbeidsutvalg (LSU), referansegrupper, styringsgruppen og prosjektstyret, om fremgangsmåten i forhold til rekruttering.

Askim kommune har tilbudt seg å stille sitt ART-team til disposisjon i pilotperioden; 60% ergoterapeut, 60% fysioterapeut og 40% sykepleier. Dette vil gi tilgang til pasientrettet virksomhet raskere for pilotteamet.

En intern utlysningen for å rekruttere til piloten, vil sendes ut til eierkommunen primo mai. Dette er midlertidige stillinger som finansieres i sin helhet av prosjektet.

Primært vil det søkes etter fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier. Det er avgjørende at de har god kompetanse på rehabilitering, er motiverte for å drive utviklingsarbeid, har noe kunnskap om teknologi samt et ønske om å delta i piloten. Fordi det skal testes ut bruk av teknologi, søkes det om å frikjøpe spesialkompetanse på feltet fra Sunnaas Sykehus, ca 30-40% stilling august/september – desember. Det skal forsøkes å knytte en rådgivende legeressurs inn i pilotperioden, for å vurdere hvilken ressurs dette eventuelt kan være for TVT.

Prosjektet har opprettet et ansettelsesutvalg for rekrutten ringen bestående av:

- Heidi Novak, leder fagstab Helsehuset IØMK IKS
- Heidi Eek Guttormsen, virksomhetsleder hjemmebaserte tjenester, Askim
- Anne-Jorunn Nilsen, HTV og medlem av prosjektstyret
- Kari Anne Dehli, prosjektleder, Helsehuset IØMK IKS

Pilotteamet vil gå inn i en forberedende fase etter at rekrutteringen er gjennomført. Rapporten fra TVT, erfaringer fra pilotperioden i 2016 og teamets fagkompetanse, vil legge et viktig fundament for arbeidet til teamet.

Forberedende fase skal blant annet bestemme:

- Innhold i «verktøykassen» dvs hvilke måleverktøy; standardiserte tester velges ut.
- Planlegge for bruk av teknologi
- Tett samarbeid med Sykehuset Østfold og Sunnaas Sykehus i forhold til hvilke erfaringer som kan gjøres for å sikre gode pasientforløp, med og uten bruk av teknologi
- Pilotteamet skal sammen med brukere utforme noen pasientforløp med bruk av tjenstedesign og personasmetodikk. Dette sikrer brukermedvirkning inn i piloten⁴⁶
- Informasjonsmøter med eierkommunene for å sikre gode erfaringer og legge til rette for godt samarbeid i pilotperioden (fagpersoner, koordinerende enhet/ inntakskontor/ tildelingskontor)
- Lage informasjonsmatriell som skal sendes ut til eierkommunene som en forberedelse til pilotperioden
- Opplæring i bruk av teknologi og bruk av «verktøykassen»
- Samarbeid med prosjektets følgeforskere for å sikre god pilotperiode og søknad til Norsk senter for forskningsdata(NSD)
- Jobbe med effektmål. Hvilken effekt har tiltaket på økonomi, funksjon, bruk av kompenserende tjenester osv.

⁴⁶ Følgeevaluering Innovativ rehabilitering i Indre Østfold, delrapport 1, Eide, Fuglerud, Lauritzen, 2017



- Planlegge bruk av kvalitative metoder for å evaluere resultater og erfaringer fra piloten.
- Formulere problemstillinger som vil ligge til grunn for evalueringen

En av de som skal jobbe i teamet, vil fungere som en leder av TVT. Prosjektet vil ha tett samhandling med teamet i piloten. Arbeidsgruppen for myndiggjøring av person starter til høsten 2017, og det er lagt opp til at pilotteamet og arbeidsgruppen kan ha samarbeid.

I desember skal det gjennomføres evaluering av piloten. Bruk av kvalitative intervju, både semistrukturerte og fokusgruppeintervju, overfor brukere, fagpersoner og samarbeidsaktører vil gi nyttig kunnskap om pilotperioden.

Evalueringen legger grunnlaget for justeringer i forhold til anbefalt innhold og funksjon i TVT ved en eventuell etablering i 2018.

