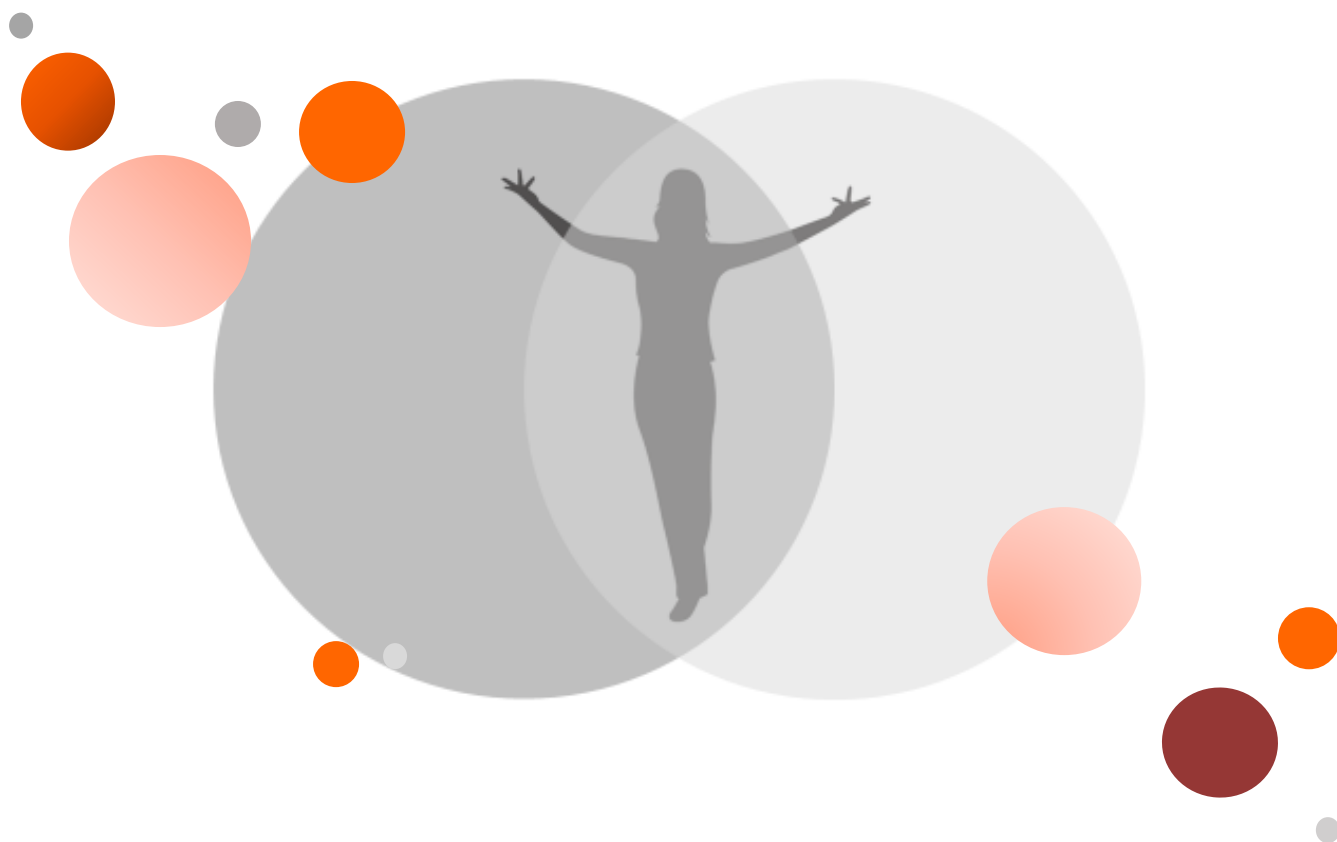


PROSJEKT INNOVATIV REHABILITERING



EVALUERING AV PILOT FOR **TVERRFAGLIG VURDERINGSTEAM**

august – desember 2017

22.03.18

Oppdatert 25.05.18



Innhold

Sammendrag	2
1.0 Innledning og bakgrunn.....	3
1.1 Utprøving av et Tverrfaglig vurderingsteam	3
1.2. Formål, arbeidsmetode og forventede effekter	4
1.3 Rekruttering til og sammensetning av teamet.....	5
1.4 Parallell prosess – fra pilot til mulig drift	6
2.0 Forberedelsesfase	7
2.1 Arbeidsprosess	7
2.2 Basisoppgaver.....	7
2.3 Henvisningsrutiner og samhandling med kommunene	9
2.4 Teknologi, opplæring og sikkerhet	9
2.5 Valg av verktøy	10
2.6 Samhandling med sykehuset.....	11
2.7 Informasjon til kommunene.....	12
2.8 Kartlegging av ressurser i lokalsamfunnet	12
2.9 Kvalitet og effekt	12
2.10 Teamutvikling	13
2.11 Brukermedvirkning	13
3.0 Gjennomføring av piloten	14
3.1 Henvisning og kontaktperson.....	14
3.2 Vurderingen.....	14
3.3 Koordinering.....	15
3.4 Igangsetting av tiltak	15
3.5 Avslutning av rehabiliteringsforløpet.....	16
4.0 Resultater og evaluering av pilotperioden	17
4.1 Resultater	17
4.2 Intern evaluering	20
4.3 Suksesskriterier for etablering og drift av TVT - erfaringer fra pilotperioden.....	24
4.4 Anbefalinger og endringer	25
5.0 Referanser	26
6.0 Vedlegg.....	28

Sammendrag

En utprøving av Tverrfaglig vurderingsteam (TVT) ble gjennomført i perioden august til desember 2017, med personrettet virksomhet ut til Helsehuset IKS sine syv eierkommuner. Teamet har gitt innhold til og prøvd ut, hvordan et tverrfaglig vurderingsteam kan sikre tidlig tverrfaglig vurdering, koordinere og igangsette rehabiliteringstiltak. Et viktig element i pilotperioden var utprøving av teknologi relevant for rehabilitering.

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. Parallelt med forberedelser og gjennomføring av piloten, ble det både ved høringssak og beslutningssak, sørget for at tiltaket ble forankret gjennom politisk behandling i kommunene. I desember 2017 ble det fattet vedtak om videreføring av TVT som fortsatt prosjekttiltak. Kommunene og prosjektet finansierer hver halvparten av kostnadene i 2018.

Teamet har bestått av ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og lege. I tillegg ble teamet supplert med annen aktuell fagkompetanse ved behov. I pilotperioden har teamet utarbeidet basisoppgaver, henvisningsrutiner, prøvd ut ulik teknologi, arbeidet personrettet med rehabilitering og evaluert arbeidsmetoden. Det er utviklet et eget effektmålskjema, for å kunne måle person og samfunnseffekt av teamets innsats. TVT har samhandlet og samarbeidet med kommunens tildelingskontor (vedtak) og koordinerende enhet, fagpersoner og med spesialisthelsetjenesten.

Foreløpige resultater viser: Økt grad av samhandling over nivå, bruk av videomøter øker samhandling og koordinering, teknologi øker mulighet for treningsintensitet, motivasjon og brukerstyring, tre virkedager fra henvising til gjennomført tverrfaglig vurdering, koordineringsjobben krever mye tid, fastlegen må involveres mer i forløpet, det er utfordrende å mobilisere ressurser i lokalsamfunnet som del av rehabiliteringsforløpet og sykehuset er godt fornøyd med én dør inn til 7 kommuner.

Prosjektet har følgeforskning og det er utarbeidet en egen rapport for piloten. De har intervjuet personer som har hatt tjenester fra TVT, hatt fokusgruppeintervju med fagpersoner og TVT.

I 2018 skal det gis innhold og en praksis knyttet til «intensitet» i et rehabiliteringsforløp. Det skal arbeides videre med ressursmobilisering av lokalsamfunnet og utprøving av teknologi relevant for rehabilitering videreføres.



Bilde 1. Et engasjert Tverrfaglig vurderingsteam

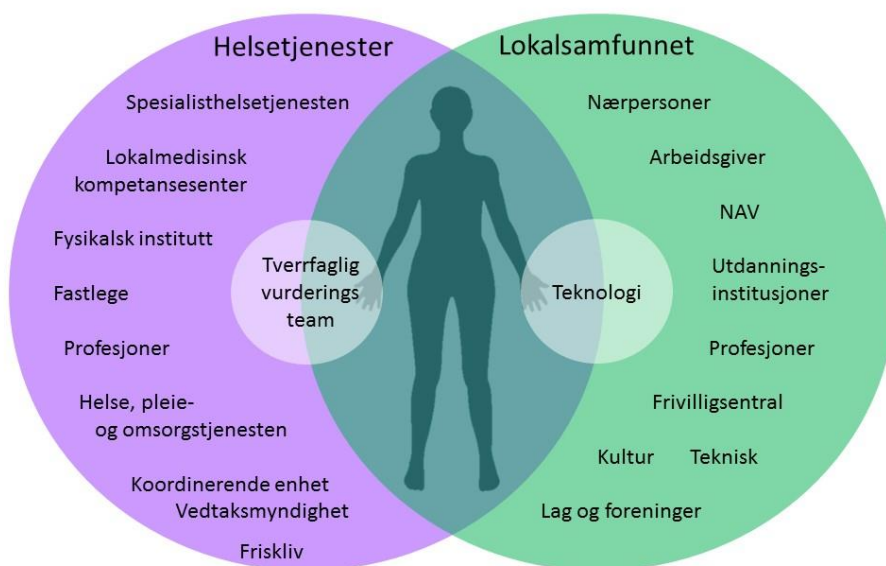
1.0 Innledning og bakgrunn

1.1 Utprøving av et Tverrfaglig vurderingsteam

Tverrfaglig vurderingsteam er en del av Prosjekt Innovativ rehabilitering som ble etablert i 2016, og er organisert under Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS (Helsehuset). Helsehuset eies av syv kommuner (Askim, Spydeberg, Eidsberg, Hobøl, Marker, Trøgstad og Skiptvet) som har til sammen ca 50 000 innbyggere. Krav og anbefalinger i veileder om rehabilitering, habilitering og individuell plan og koordinator, ligger til grunn for arbeidet i prosjektet.

Prosjekt Innovativ rehabilitering etablerte i 2017 en arbeidsgruppe som skulle utrede og komme med anbefalinger om et tverrfaglig vurderingsteam. Arbeidsgruppen var sammensatt av representanter fra kommunene, Sykehuset Østfold (SØ) og Sunnaas sykehus, sammen med brukerrepresentant, hovedtillitsvalgt og prosjektleder for Innovativ rehabilitering. Arbeidet tok utgangspunkt i nasjonale føringer for kommunal rehabilitering og nyeste kunnskap og forskning på feltet, og endte med en anbefaling om etablering av et interkommunalt ambulant tverrfaglig vurderingsteam i regionen. Dette ville bidra til å styrke rehabiliteringen i Indre Østfold, i tråd med Handlingsplan 2017-2020 presentert av prosjektet.

Samfunnsbasert rehabilitering



Figur 1.

Modellen for samfunnsbasert rehabilitering viser den samlede rehabiliteringskraften i samfunnet. Tverrfaglig vurderingsteam er tegnet inn som høyre hånd til den viktigste i rehabiliteringsprosessen: Personen selv.

Tverrfaglig vurderingsteam (heretter TVT) ble beskrevet som en viktig del av helhetsmodellen samfunnsbasert rehabilitering, som Prosjekt Innovativ rehabilitering utarbeidet for kommunal rehabilitering, der både helsetjenester og lokalsamfunnet inngår. For å prøve ut arbeidsgruppens

anbefalinger, ble det besluttet å gjennomføre en pilot for å få erfaringer og kunnskap om hvordan teamet kan innrettes, arbeide og samhandle. Det var ønskelig å se om teamet hadde effekt på person- og samfunnsnivå.

1.2. Formål, arbeidsmetode og forventede effekter

Formål og målgruppe

Det fremgår av arbeidsgruppens rapport at hensikten med et tverrfaglig vurderingsteam er: å sikre tidlig tverrfaglig vurdering, koordinere tiltak i rehabiliteringsforløpet, og igangsette/utføre rehabiliteringstiltak. I møte med personene som har opplevd funksjonssvikt, skal TVT underbygge myndiggjøring. Målgruppen er voksne over 18 år som er i behov av rehabilitering, der rus, psykiatri og demens ikke er hovedutfordringen.

Arbeidsmetode

TVT skal jobbe ambulant og samarbeide tett med kommunens helsetjenester og med spesialisthelsetjenesten, for å etablere et tverrfaglig intensivt rehabiliteringsforløp. 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 livssituasjon. Teamet må ha en dynamikk og fleksibilitet som har evnen til å skreddersy tiltak etter personens behov og ønsker. Høy kompetanse på teamet sikrer tidlige vurderinger og rask igangsetting av treffsikre tiltak.

Teamets fokus på personens eierskap til eget rehabiliteringsforløp, antas å få ringvirkninger for motivasjon og egeninnsats, som er av stor betydning for å nå målsettingene med rehabiliteringen. Samtidig vil teamet ha en koordinerende funksjon som følger opp noe av det som kan fortone seg som mest krevende for en person i et rehabiliteringsforløp; nemlig å skape sammenheng mellom de instanser som på ulikt tidspunkt spiller en rolle i forløpet.

TVT skal benytte seg av teknologi som muliggjør samhandling med andre og understøtter arbeidsprosesser. Teknologiske verktøy kan benyttes som motivasjon og monitor under trening, og anses som et sentralt hjelpemiddel for personen i rehabiliteringen. Dette muliggjør at teamet kan utvikle nye innovative arbeidsformer.

Den anbefalte arbeidsformen for teamet skulle prøves ut i pilotperioden. Det ble lagt stor vekt på å gjennomføre en systematisk og helhetlig funksjonsvurdering, som et viktig utgangspunkt både for innholdet i rehabiliteringen og tjenestene, men også for fastlegens oppfølging av disse pasientene. Erfaringene fra pilotperioden skulle evalueres i samarbeid med kommunene, og benyttes til å eventuelt justere anbefalingene i forhold til hvordan teamet skal arbeide.

Forventede effekter

Arbeidsgruppens rapport legger til grunn mulige effekter av teamets innsats for personen og for kommunen (samfunnet).

Forventede personeffekter ved etablering av TVT:

- Mottar rask vurdering av behov for rehabilitering
- Fokus på egne ressurser og ønsker
- Økt sannsynlighet for å nå eget rehabiliteringspotensiale
- Sammenhengende rehabiliteringsforløp
- Økt grad av deltakelse i lokalsamfunnet

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

1.3 Rekruttering til og sammensetning av teamet

I samarbeid med eierkommunene ble det besluttet å gjøre en intern rekruttering fra Helsehusets eierkommuner, der Askim kommunes ambulante rehabiliteringsteam skulle utgjøre en del av stammen. Sistnevnte var ansatt i Askim kommune i pilotperioden, mens de øvrige medarbeiderne ble ansatt på Helsehuset. Teamets base har også vært på Helsehuset. Teamet skulle rapportere til prosjektleder for Prosjekt Innovativ rehabilitering.

Teamet har hatt en basiskompetanse bestående av fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og lege. Teamets størrelse, med hele og delte stillinger, har vært på til sammen 4,6 årsverk. Ergoterapeut (leder av teamet) og en fysioterapeut har hatt 100 % stilling.

Følgende fagpersoner ble rekruttert til teamet:

- Carina Kolnes, ergoterapeut, Marker kommune
- Hilde Sørli, spesialfysioterapeut, rådgiver Avd. innovasjon og e-helse, Sunnaas Sykehus HF
- Lars Martinsen, fysioterapeut M.Sc, Spydeberg kommune
- Lovise Aasen, fysioterapeut, Askim kommune (fødselspermisjon fra oktober)
- Tone Rue, fysioterapeut, Askim kommune (fra oktober)
- Tone Authen, ergoterapispesialist, Askim kommune
- Vigdis Brødremoen, sykepleier, Askim kommune
- Wenche Hammer, spesialsykepleier, Eidsberg kommune
- Azad Øysahl, overlege, Døgnerheten Helsehuset

1.4 Parallell prosess – fra pilot til mulig drift

Parallelt med forberedelser og gjennomføring av piloten, ble det både ved høringssak og beslutningssak, sørget for at tiltaket ble forankret gjennom politisk behandling i kommunene.

Utdrag fra beslutningssaken, som ble oversendt kommunene 31. oktober 2017, er gjengitt her:

«Tverrfaglig vurderingsteam inngår i prosjektets forslag til handlingsplan 2017-2020 for rehabilitering i Indre Østfold, som også omfatter senger for intensiv rehabilitering, dagplasser og lærings- og mestringstiltak. (...)

Høringssvarene fra kommunenes behandling (juni 2017) sier blant annet at «Et tverrfaglig vurderingsteam vil legge til rette for et bedre rehabiliteringsforløp, noe som vil kunne utsette behovet for andre kommunale tjenester.¹» «Det er grunn til å tro at et tverrfaglig vurderingsteam bidrar til en raskere igangsetting og med mer treffsikre rehabiliteringstiltak for personen det gjelder. Dette først og fremst ved å utnytte tverrfaglig kompetanse optimalt, samt ved å være ambulant at det sikres en integrering av ressurser knyttet til hjemmemiljøet.²»

TVT's profil, med vekt på tidlig vurdering, er imidlertid mer unik. Denne vektleggingen er helt i tråd med de siste føringene fra HOD knyttet til Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-2019). Det varsles nå om mulige lovendringer for at kommunene skal sørge for å utrede «rehabiliteringsbehov og rehabiliteringspotensialet, før det iverksettes permanente tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne.»³»

I desember 2017 ble TVT vedtatt videreført som fortsatt prosjekttiltak i 2018, i alle Helsehusets eierkommuner. Kommunene og prosjektet finansierer halvparten av kostnadene hver.

¹ Høringssvar fra Askim, Eidsberg og Hobøl

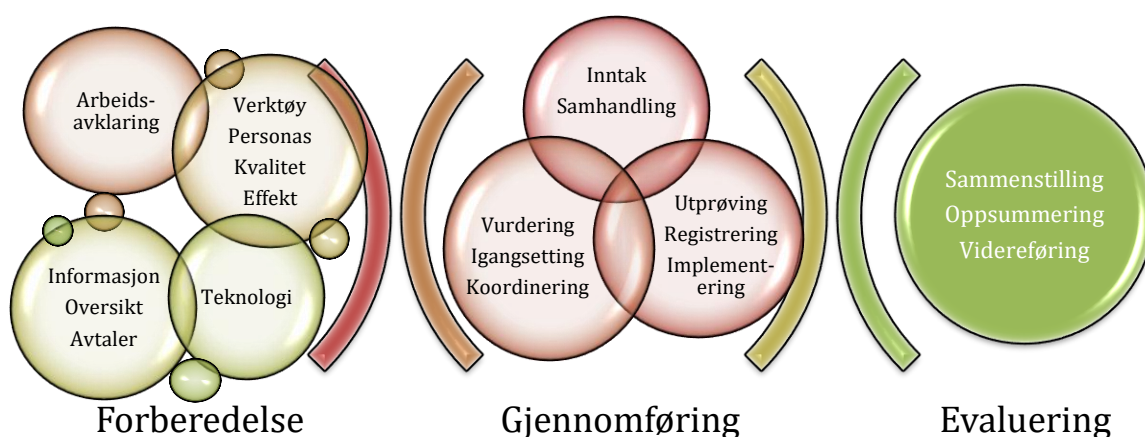
² Høringssvar fra Marker og Skiptvet

³ Rundskriv, Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 24.07.17

2.0 Forberedelsesfase

2.1 Arbeidsprosess

Teamets arbeidsprosess ble grovt delt inn i tre faser som kom til å overlappe hverandre; forberedelse, gjennomføring og evaluering. Under forberedelsene ble det lagt vekt på å skape et godt samarbeidsklima i teamet. Personrettet virksomhet skulle etter planen innledes i september, og evalueringsfasen skulle gjennomføres i løpet av desember. De ulike fasene ville inneholde elementer som vist i figuren under.



Figur 2. Innhold i de ulike fasene i arbeidsprosessen

2.2 Basisoppgaver

En sentral del av teamets forberedelser besto i å gi innhold til TVTs basisoppgaver. Teamet kom frem til tre basisoppgaver; tidlig tverrfaglig funksjonsvurdering, koordinering og igangsetting av tiltak.

Tidlig tverrfaglig funksjonsvurdering

Det skal alltid gjøres en tverrfaglig funksjonsvurdering. Det utnevnes en kontaktperson som har ansvar for å gjøre avtale med personen selv og eventuelt andre, utover TVT som skal delta på første vurdering. Kommunen skal skrive i henvisningen om de ønsker å delta på første vurderingsbesøk.

Koordinering

Det er særlig i overganger mellom tjenestenivåer og ved oppstart av rehabiliteringsforløpet at det er behov for koordinering. I oppstartsfasen er det mange aktører som skal delta i tiltaket, og dette krever mye koordinering. TVT har ansvar for at mål og tiltak samordnes slik at det blir en helhetlig rehabiliteringsprosess for personen. Tydelig ansvarsfordeling mellom aktørene, og fokus på at personen eier og er sentrum for egen rehabiliteringsprosess, er viktig. Individuell rehabiliteringsplan (IRP), samarbeidsmøter og veiledning, er metoder som benyttes for å sikre et sømløst helhetlig forløp.

Som et vesentlig hjelpemiddel i koordineringen av forløpet, kom teamet frem til behovet for å utvikle en Individuell rehabiliteringsplan (IRP). Det ble utarbeidet en plan som var både brukervennlig og som reflekterte perspektivene fra samfunnsbasert rehabilitering, se figur 1. Et av utkastene til IRP ble tegnet på denne måten:

Rehabiliteringsplan Dato _____

Navn _____ Det som er viktigst for meg er _____	Kontaktperson _____ Telefon _____ E-post _____
--	--

Figur 3. Eksempel på individuell rehabiliteringsplan (IRP)

Igangsetting av rehabiliteringstiltak

TVT setter i gang rehabiliteringsforløpet hvor en IRP er sentral. Rehabiliteringsforløpene er unike, men inneholder ofte ett eller flere tiltak fra TVT:

- Trening av funksjon eller aktivitet
- Virtuell trening, se punkt 3.4
- Nintendo Wii, se punkt 3.4
- Samarbeid - samarbeidspartnere og lokalsamfunn
- Veiledning

En viktig forutsetning for rehabilitering er tverrfaglighet, og tverrfagligheten i teamet anses som nødvendig for å kunne gjøre en helhetlig funksjonsvurdering og igangsette tiltak i en rehabiliteringsprosess. Teamet består som tidligere nevnt av fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og lege. Lege skal være medisinskfaglig rådgiver; delta på vurderingsbesøk og i tverrfaglige drøftinger. Legeressursen (i 20 % stilling) er også et bindeledd mellom TVT, fastlegene og spesialisthelsetjenesten.

2.3 Henvisningsrutiner og samhandling med kommunene

Kommunenes virksomhetsledere, tildelingskontor og koordinerende enheter ble invitert til et samarbeidsmøte i oppstarten av pilotperioden (04.09.17), der hensikten var å finne kjøreregler for henvisning av personer til teamet. Kommunen, som vedtaksmyndighet, avgjør om teamet skal gjøre en vurdering. Det var derfor nødvendig å finne gode samarbeidsløsninger, enten personen kommer fra sykehuset, Helsehuset, kommunens egen tjeneste eller henvises av fastlegen.

Til møtet ble følgende dokumenter utarbeidet fra TVT:

- Henvisningsrutiner
- Henvisningsmal
- Individuell rehabiliteringsplan (forklaringsnotat)

For teamet var det et mål å sørge for at den tverrfaglige vurderingen ble gjort så raskt som mulig. For kommunene var det viktig at tildelingskontorene var henvisende instans til TVT, slik at de kunne ha styring med bruken av tilbudet.

Man ble enige om at tildelingskontoret i den enkelte kommune tar imot og formidler melding om aktuelle personer til TVT. Tildelingskontoret vil kunne få melding fra flere instanser om behov for tjenester fra TVT, eksempelvis fra sykehus, Helsehuset, fastlege, sykehjem (korttidsavdeling), hjemmetjeneste, andre kommunale tjenester, personen selv og pårørende. Kommunens tildelingskontor sender, så raskt det lar seg gjøre, elektronisk henvisning (eLink) til TVT. Teamet rapporterer på gjennomført vurdering innen 1 uke etter henvisning. Tilbakemeldingen fra TVT legges til grunn for vedtak om rehabilitering med oppfølging fra TVT. Ikke alle kommuner gav vedtak om rehabilitering i hjemmet, men alle valgte nå å innføre dette som en felles praksis i forbindelse med Pilot TVT. I overenskomst med kommunenes tildelingsenhet/vedtakskontor og koordinerende enhet, blir koordinering av rehabiliteringstjenester tatt hånd om av TVT i den tiden personen får tjenester fra teamet. Den individuelle rehabiliteringsplanen som utarbeides for hver enkelt person, kan være starten på eller del av en individuell plan (IP).

2.4 Teknologi, opplæring og sikkerhet

Implementering av teknologi som et tiltak i rehabiliteringsforløpet, har vært et viktig satsingsområde i TVT. Et førende prinsipp har vært at teknologien skal understøtte brukerne og arbeidsprosessene i rehabilitering, og prosjektet har derfor definert rehabiliteringsteknologi slik (Jfr tidligere rapporter): «Rehabiliteringsteknologi er teknologiske verktøy som understøtter brukere i behandling og arbeidsprosesser som del av et rehabiliteringsforløp».

Utprøving av relevant teknologi i et rehabiliteringsforløp som ble planlagt i pilotperioden, er basert på de tre hovedkategoriene som ble identifisert i Idebanken for rehabiliteringsteknologi fra 2016 (Prosjektrapport Innovativ rehabilitering Indre Østfold, Dehli et al, 2017).

Tre hovedkategorier:

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

TVT teamet har hatt Hilde Sørli i 20 % som teknologiressurs. Hun jobber som rådgiver på avdeling for innovasjon og e-helse, Sunnaas sykehus HF. Hennes kunnskap om hvordan implementere teknologi har vært viktig.

Involvering: Personer og brukerrepresentanter har vært involvert i planleggingen og valget av de teknologiske hovedsporene prosjektet arbeider etter (Jfr tidligere rapporter).

Utprøving trinnvis: Ny teknologi ble planlagt innført trinnvis: Teste ut teknologi internt først, deretter intern testing av klinisk anvendbarhet (ikke med personer). Hvis teknologien er egnet, testes den så ut i liten skala med tilbakemeldinger fra personer, før den eventuelt brukes til flere.

Opplæring: Opplæring i ny teknologi er vesentlig for å lykkes med implementering. Det ble derfor satt av tid til opplæring og utprøving av teknologien internt i teamet. Videre planlagt rollespill som metode for opplæring, for å gjøre opplæringen så realistisk som mulig.

Ta teknologien raskt i bruk: Det ble planlagt rask implementering etter at utprøvingen og opplæringen var gjennomgått.

Sikkerhet og personvern

Bruk av teknologi overfor personer i prosjektet, fordrer gode sikkerhetsvurderinger, både knyttet til personvern, informasjonssikkerhet og databehandling. Prosjektet har i planleggingsfasen og opplæringen planlagt ROS-analyser og eventuelt databehandleravtaler for aktuell teknologi, studert tilsvarende prosjekters arbeid og prosedyrer, samt inngått et samarbeid med Sunnaas sykehus, som stiller med rådgivning i aktuelle saker ved sitt personvernombud/ informasjonssikkerhetsansvarlig. Prosjektet har også tatt initiativet til et overordnet felles sikkerhetsarbeid på Helsehuset, der arbeid med informasjonssikkerhet, personvern, risikovurderinger og innføringen av GDPR-regelverket ses på sammen og i det overordnede kvalitetssystemet. (GDPR - General Data Protection Regulation).

2.5 Valg av verktøy

Ved funksjonsvurdering har teamet brukt et utvalg av standardiserte måleverktøy. Disse ble valgt med bakgrunn i erfaringer fra fagpersoner i TVT. Vi kaller dette teamets verktøykasse.

Barthel ADL-indeks

Barthel ADL-indeks er beregnet brukt av sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Det registreres hva pasienten faktisk gjør, ikke hva man tror vedkommende kan mestre. Skår representerer grad av selvstendighet (Norsk Helseinformatikk, 2016). Barthel måler endring på en skala fra 0 til 20, hvor 20 indikerer helt selvstendig.

COPM

The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) er et pasientspesifikt verktøy. Vurderingen starter med et semistrukturert intervju om daglige aktiviteter, og ender med en skåring av «utførelse» og «tilfredshet med utførelse» av inntil fem prioriterte aktiviteter på en 10-gradert

skala. En endring på 2 poeng eller mer ved skåring ved retest, indikerer en klinisk meningsfull endring (Kjeken & Sand-Svartrud, 2012). Formålet med COPM er å avdekke aktivitetsproblemer, få informasjon om betydning av ulike aktiviteter og få personens vurdering av utførelse og tilfredshet med aktivitetsutførelse. Dette kan danne grunnlag for videre rehabilitering eller evaluere effekt av tiltak. COPM har blitt testet for validitet, reliabilitet, responsivitet og anvendelighet i en rekke studier, og brukes internasjonalt. (NKRR, Klinisk verktøykasse, 2016).

SPPB

Short Physical Performance Battery (SPPB) er utviklet for screening av fysisk funksjon hos eldre. SPPB er godt dokumentert for å identifisere eldre i risiko for funksjonstap og samtidig måle endring i funksjon over tid (Thingstad, 2013). Testen har også vist seg godt egnet for hjemmeboende eldre, men også for pasienter i poliklinisk virksomhet og akutt syke eldre på sykehus. Dette gjør at man får et hensiktsmessig mål som kan følge pasienten gjennom tiltakskjeden og være et godt grunnlag for tverrfaglig samarbeid (Thingstad, 2013). SPPB bruker en måleskala fra 0-12, hvor 12 er best. Skår på under 10, indikerer en økt risiko for funksjonssvikt. En skår på under 8 indikerer begynnende svikt i ADL-funksjoner. En endring i skår på 1 indikerer en klinisk meningsfull endring (Bergh et al, 2013).

Hånddynamometer

Gripestyrke målt ved hånddynamometer er et objektivt mål som er reproducerbart. Muskelstyrke i håndgrep er en markør på sykdom og generell funksjon. Gripestyrke er ofte brukt som utfallsmål i studier som vurderer intervensjoner for å bedre aktivitetsutførelse. Konklusjonen fra en masterstudie, viser at det er en sterk sammenheng mellom gripestyrke og kjønn, alder, høyde og regelmessig trening (Tove Nilsen, 2010).

Mestringshjulet

Mestringshjulet er utledet fra COPM, og tar for seg daglige aktiviteter (Prosjekt Samhandling innen rehabiliteringsfeltet, prosjektrapport med anbefalinger, Knutepunkt Sørlandet, mars 2015). Med utgangspunkt i spørsmålet «Hva er viktig for deg?» benyttet TVT dette verktøyet for at personene selv skulle sette ord på hva som er viktig for den enkelte, og ut i fra dette sette seg mål for rehabiliteringsprosessen.

2.6 Samhandling med sykehuset

Prosjekt Innovativ rehabilitering og TVT hadde tidlig i forberedelsesfasen møte med rehabiliteringskoordinator og fysioterapeut på nevrologisk avdeling på Sykehuset Østfold (SØ) om henvisningsrutiner. Det ble avklart at PLO-meldingen, «*Henvisning til tverrfaglig vurderingsteam (TVT) Prosjekt innovativ rehabilitering Indre Østfold*», skulle sendes til tildelingskontoret ved utskrivelse fra SØ. I forkant av henvisningen tar rehabiliteringskoordinator kontakt med teamleder i TVT.

I en videreføring av samhandlingen med SØ, ble det søkt om samhandlingsmidler til bruk av kommunikasjonsteknologi i overgangen mellom sykehus og kommune. Dette resulterte i et samhandlingsprosjekt der man tester ut bruk av videokonferanse ved utskrivning av personer med behov for rehabilitering. SØ har hovedansvar, og TVT deltar. Det ble laget en milepælsplan for

samhandlingsprosjektet, med planlagt gjennomføring i 2017, men gjennomføringen og evaluering ble videreført til 2018.

2.7 Informasjon til kommunene

Teamet brukte mye tid og ressurser på å markedsføre tjenesten for å få kommunene til å benytte tilbudet. Før oppstart av tjenesten, ble det gjennomført et samarbeidsmøte med kommunenes tildelingskontor, koordinerende enhet og virksomhetsledere, for å informere om tjenesten og avklare henvisningsrutiner. Informasjon om basisoppgavene til teamet ble i tillegg formidlet via telefon og e-post til flere tjenester i kommunen. Det ble utarbeidet en brosjyre om tjenesten. Denne fordelte tildelingskontorene internt i kommunene. Møteplasser som interkommunalt fysio-/ergoterapimøte og allmennlegeutvalg ble benyttet som informasjonskanal. Tjenesten ble også beskrevet og omtalt i flere av Prosjekt Innovativ rehabiliterings Infonytt som sendes kommunenes politiske og administrative ledelse og fagpersoner m.fl.

2.8 Kartlegging av ressurser i lokalsamfunnet

Å ta i bruk lokalsamfunnet som en ressurs er en del av TVTs arbeidsmodell. TVT hadde derfor behov for å vite hva slags tilbud som var tilgjengelig i lokalsamfunnet i kommunene. TVT brukte kommunenes nettsider og direkte kontakt med kommunene, for å utarbeide en aktivitetskatalog som beskriver ulike frivillige aktivitetstilbud. Dette verktøyet er viktig for at vi skal ha en oversikt, og dermed kunne informere personene om tilbudene og innlemme disse ressursene i personens rehabiliteringsforløp.

2.9 Kvalitet og effekt

For å finne gevinst av nye tiltak, var det viktig å kunne beskrive både dagens situasjon og ønsket ny virkelighet. TVT har hatt fokus på å kunne dokumentere egen arbeidsform og effekt på person- og samfunnsnivå. Arbeidsgruppens rapport har beskrevet at man ønsker måling av klinisk effekt, tilfredshet, effekt på kompetanseoverføring og økonomisk effekt. Til dette arbeidet ble det utarbeidet et eget effektskjema. Skjemaet har hatt til hensikt å kunne dokumentere teamets arbeidsform gjennom personens rehabiliteringsforløp. For å vurdere flyten i forløpet, har man hatt målepunkter på bestemte tidspunkt. Målepunktene har vært knyttet til fasene henvisning, vurdering, koordinering, igangsetting og avslutning. For å sikre kvalitet i forløpet, har skjemaet fungert som en sjekkliste for hver fase. I utarbeidelse av arbeidsprosedyrer og måling av effekt, er kvalitetsindikatorer i rehabilitering utarbeidet av Nasjonal Kompetansetjeneste for Revmatologisk Rehabilitering (NKRR), lagt til grunn.

Effekt på personnivå har blitt vurdert gjennom bruk av måleverktøy i verktøykassa. Effekt på samfunnsnivå har blitt målt som endring i boform, yrkesdeltakelse, behov for hjemmesykepleie og praktisk bistand. Bruk av teknologi ble lagt inn som et eget målepunkt i hver fase av forløpet.

2.10 Teamutvikling

Teamutvikling har stått på ukeplanen til TVT gjennom hele pilotperioden. Det har vært fokus på kommunikasjon som utvikler og opprettholder et godt arbeidsmiljø, kommunikasjon som understøtter konstruktive prosesser, samt kommunikasjon som forebygger eller løser konflikter.

Teamet har bl.a. gjennomført øvelser i å reflektere over eget atferdsmønster og hvilken personlighetstype en selv er. Hensikten var å bli kjent med hverandres ressurser, bli trygge på hverandre for å kunne utnytte hverandres personlige egenskaper og faglig kunnskap.

2.11 Brukermedvirkning

I Prosjekt Innovativ rehabilitering er brukermedvirkning sentralt, og en del av TVTs metode er fokus på personens myndighet i eget rehabiliteringsforløp. Parallelt med TVT pilot har det vært en arbeidsgruppe som har arbeidet spesifikt med personperspektivet. I henhold til mandatet skulle arbeidsgruppen beskrive hvordan personen kan eie sin egen rehabiliteringsprosess. Teamet har deltatt på noen av møtene i denne arbeidsgruppen.

Bruk av mestringshjulet, COPM og individuell rehabiliteringsplan (IRP) er en viktig del av brukermedvirkningen i rehabiliteringsforløpet.

I forberedelsesfasen ble det gjennomført en workshop der tjenstedesign ble benyttet som metode i tjenesteutviklingen. Vi gjennomførte en tjenstereise basert på ulike personas for å visualisere et rehabiliteringsforløp, der TVT var involvert. To av deltakerne i workshopen var brukerrepresentanter.

Det har også vært brukerrepresentasjon i arbeidsgruppen som planla både TVT og pilotperioden, og i samhandlingsprosjektet som pågår med SØ. Som tiltak har TVT blitt forankret i referansegruppen for brukerrådene i Prosjekt Innovativ rehabilitering. Her har også teamet møtt for å orientere om arbeidet og svare på spørsmål.

3.0 Gjennomføring av piloten

3.1 Henvisning og kontaktperson

Mottatte henvisninger ble daglig drøftet i teamets morgenmøte. Henvisningene ble fordelt fortløpende på ulike kontaktpersoner i TVT, og det ble samtidig avklart hvilke fagpersoner fra TVT som skulle delta i den første vurderingen. En tidlig funksjonsvurdering hadde høy prioritet.

Hver person som ble henvist, fikk tildelt en egen kontaktperson i TVT. Denne var ansvarlig for å avklare tidspunkt for et første vurderingsbesøk hos personen. Kontaktpersonen henvendte seg også til samarbeidspartnere i kommunen dersom det var hensiktsmessig at de deltok på første møte. Første vurderingsbesøk tok 1 - 1,5 time.

3.2 Vurderingen

I første vurderingsbesøk skulle TVT gjøre en funksjonsvurdering for å kartlegge behov for rehabilitering.

Følgende kartleggingsverktøy fra verktøykassa ble benyttet i den første vurderingen: Innkomstnotat, mestringshjulet, Barthel ADL-index, SPPB og hånddynamometer. Aktuell teknologi ble benyttet i vurderingen i noen tilfeller hhv Imatis nettbrett eller bærbar PC med hjemmekontorløsning.

I etterkant av besøket skrev TVT journal i Geric, la inn resultater fra kartleggingene i Imatis samt registrerte resultater og informasjon om personen i effektmålskjema. Imatis er programvare for sykehus og kommunal sektor som skal sikre effektiv informasjonsutveksling i sanntid. TVT har utarbeidet en egen Imatisløsning, der vurderingstester legges direkte inn digitalt på nettbrett eller PC. Digitale sjekklister kvalitetssikrer oppfølging og reduserer risiko for feil, og er til god støtte i tverrfaglige drøftinger og for å ha oversikt.

Personen ble drøftet tverrfaglig i hele teamet. Den tverrfaglige funksjonsvurderingen, og den tverrfaglige drøftingen, dannet grunnlag for å vurdere om det var behov for rehabilitering. Det ble sendt tilbakemelding til personen selv, kommunenes tildelingskontor og fastlege, senest 1 uke etter første vurderingsbesøk. Dersom det ble vurdert at det ikke var behov for rehabilitering, ble dette begrunnet i tilbakemeldingen til de ovennevnte mottakerne.

Hvis det ble vurdert at personen hadde behov for rehabilitering, ble det gjort avtale om et nytt besøk. Verktøyet COPM skulle benyttes for å kartlegge aktivitetsutfordringer og utarbeide IRP.

TVT kartla motivasjon for trening med spillteknologi, erfaring med teknologi og om det var nærpå personer som hadde erfaring med spilling, som kunne være delaktig i spillingen sammen med personen.

Dersom det var behov for mer spesifikk kartlegging, ble andre kartleggingsverktøy benyttet. HAD, et kartleggingsverktøy for å vurdere angst og depresjon, ble benyttet ved et par tilfeller. Ved behov tok TVT kontakt med spesialist, fastlege eller andre samarbeidsinstanser. Det ble ved flere tilfeller benyttet videomøte.

3.3 Koordinering

Kontaktpersonen hadde ansvar for å koordinere rehabiliteringsforløpet til personen. Individuell rehabiliteringsplan (IRP) har vært utgangspunktet for koordineringen.

Eksempel på koordinering har vært samhandling med pårørende, fastlege, andre tjenestenivåer, privatpraktiserende fysioterapeuter, hjemmetjenesten, logoped, nav, ernæringsfysiolog, aktuelle behandlingsinstitusjoner for spesialisert rehabilitering, innkalling til samarbeidsmøter og innhenting av epikriser. Koordineringen foregikk fortrinnsvis ved bruk av telefon eller epost, men videomøter har også blitt benyttet. Koordinering var tidkrevende men avgjørende, for å få flyt og sikre overganger i rehabiliteringsforløpene.

Følgende teknologi ble benyttet i koordinering:

- Videokonferanse på nettbrett, iPhone, PC og storskjerm/ møteromsutstyr
 - for å sikre kompetanseoverføring og tverrfaglighet i overganger mellom tjenestenivå. TVT brukte videokonferanse med spesialisthelsetjenesten, ved hjemmebesøk og i tverrfaglige drøftinger i teamet
- Imatis
 - For å sikre tverrfaglighet og få oversikt over personene i koordineringen
- eLink / PLO-meldinger
 - For økt samhandling med kommunene

3.4 Igangsetting av tiltak

Tiltak beskrevet i IRP ble igangsatt der hvor personen oppholdt seg. Kontaktpersonen fra TVT hadde ansvar for koordineringen av igangsettingen, og gjennomføring av tiltak.

Tiltak fra TVT har for eksempel vært trening av fysiske funksjoner og daglige aktiviteter. Da har Nintendo Wii, Virtuell trening eller treningsprogram i papirformat blitt benyttet. Avhengig av personens målsettinger ble treningen gjennomført sammen med en fra TVT, en kommunal terapeut eller som egentrening. TVT har hatt et særlig veiledningsansvar når ett eller flere av tiltakene har vært teknologi. TVT skal sikre intensitet i forløpet.

Følgende teknologi ble benyttet i rehabiliteringen:

- Nintendo Wii:
 - er kommersielle TV-spill som brukes i rehabilitering for å øke intensitet og motivasjon. Det er testet ut ulike spill, balansebrett og håndkontroller

- Virtuell trening:
 - er et terapistyrt og skreddersydd digitalt hjemmetreningsprogram utviklet av Welfare Denmark, og brukes i rehabilitering for å øke motivasjon og intensitet. Terapeuten velger mellom 600 treningsøvelser i en database, og lager et tilpasset treningsprogram for den enkelte person. Treningsprogrammet kan enkelt endres fra terapeutens PC. Treningsprogrammet ble gitt på app eller utlånt PC med touch-skjerm, som ble plassert i personens hjem. Treningsprogrammet presenteres med både tekst, tale og video. Når personen har gjennomført treningen, blir det registrert i databasen og terapeuten får dermed oversikt over intensiteten.

3.5 Avslutning av rehabiliteringsforløpet

Ved avslutning av rehabiliteringsforløpet ble det gjennomført retesting av SPPB, Barthel ADL-index, COPM og gripestyrke, og IRP ble evaluert. Der det var behov for en videreføring av IRP, ble det sammen med personen selv avklart hvem som skulle koordinere rehabiliteringsprosessen videre. Arbeidsflyten i TVT kan illustreres slik figur 4 viser.

Rehabiliteringsforløpet ble kortfattet beskrevet i en tverrfaglig rapport som ble sendt til personen, tildelingskontoret og fastlegen. I rapporten ble det også informert om at det skulle gjennomføres retesting etter 3 mnd, 6 mnd og 18 mnd.

Selv om teamet avslutter sin innsats kan tiltak videreføres av kommunen. Personen kan få instruksjon og verktøy til å fortsette aktivitet som bygger opp under mestring, deltakelse og vedlikehold/ økning av funksjon.

Arbeidsflyt



Figur 4. Arbeidsflyt i TVT

4.0 Resultater og evaluering av pilotperioden

4.1 Resultater

Resultatene som presenteres her er hentet fra data samlet i det tidligere omtalte effektskjemaet, se punkt 2.9 om kvalitet og effekt og vedlagte utdrag av effektskjemaet.

Pr. 31.12.17 hadde TVT fått henvist 34 personer til vurdering. Demografiske data for disse kan ses i tabell 1. Hovedtyngden av personene har hatt hjerneslag; 12 personer er henvist med denne diagnosen. Øvrige diagnoser er: hjerte-karsykdom (5), annen nevrologi (4), muskel-skjelettplager (5) og resten fordelt på leversykdom, luftveisproblematikk og kreft. Av tabell 1 kan vi se at det er en forholdsvis jevn fordeling av kjønn, og at alle kommuner har henvist personer til teamet. Tildelingskontorene får i hovedsak beskjed om aktuelle personer til temaet fra sykehuset, eller gjennom egne kommunale tjenester. Om lag en tredjedel er ved henvisningstidspunktet hjemme, mens resten av personene oppholder seg på sykehus eller i annen institusjon.

Tabell 1: Demografiske data for personutvalg ved henvisning

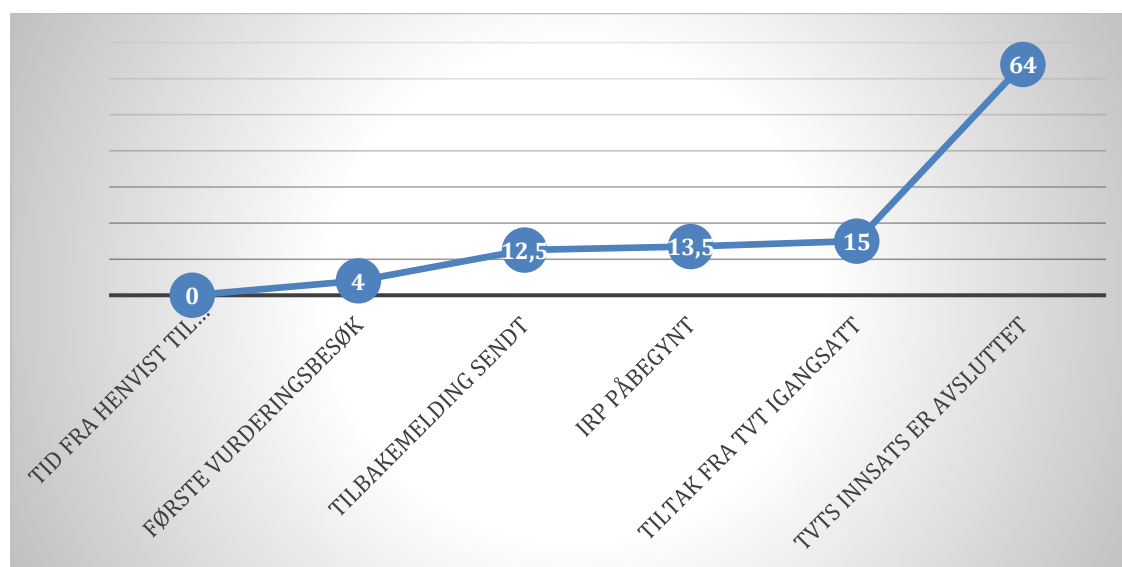
	Alle personer, n=34
Kjønn, n (%)	
• Kvinner	14 (41)
• Menn	20 (59)
Alder år, median (min-max)	64.5 (22,90)
Kommunetilhørighet, n (%)	
• Askim	10 (31)
• Eidsberg	8 (24)
• Trøgstad	4 (11)
• Hobøl	4 (11)
• Spydeberg	4 (11)
• Marker	3 (9)
• Skiptvet	1 (3)
Henvist kommunen fra, n (%)	
• Sykehus	14 (41)
• Kommunen selv	11 (33)
• Helsehuset	4 (11)
• Fastlege	3 (9)
• Pårørende	1 (3)
• Ikke oppgitt	1 (3)
Oppholdssted ved henvisning til kommunen, n (%)	
• Hjemme	13 (38)
• Sykehus	12 (35)
• Helsehuset	6 (18)
• Sykehjem	3 (9)

Av 34 henviste har man gjennomført 32 vurderingsbesøk. Bakgrunnen for at det ikke er gjennomført vurdering av to personer er at den ene døde i perioden fra henvisning til vurdering, og en annen ble innlagt på sykehus for langvarig behandling av annen sykdom, enn det personen var henvist til teamet for. Andre kommunale tjenester som personene mottar, består av hjemmesykepleie, praktisk bistand, psykisk helsetjeneste, støttekontakt og korttidsplass i institusjon. Få av personene som blir vurdert, er allerede i et pågående rehabiliteringsforløp; de fleste har nye oppståtte problemstillinger. Kommunene deltar i liten grad ved vurderingsbesøkene til teamet, mens det i halvparten av tilfellene er pårørende med. Fra henvisningstidspunkt til første vurderingsbesøk gjennomføres, har flestparten av de henviste kommet hjem. Lokaliseringen av teamet på Helsehuset, medfører at TVT har kommet raskt i gang med vurdering av de som er inneliggende der, ved henvisningstidspunkt. Av de 6 henviste der ifra, så er alle vurdert på Helsehuset, se tabell 2.

Tabell 2: Første vurderingsbesøk

	Alle personer, n=32
Mottar andre kommunale tjenester, n (%)	10 (31)
Er i et rehabiliteringsforløp fra tidligere, n (%)	4 (13)
Kommunen har deltatt ved vurdering, n (%)	8 (25)
Pårørende har deltatt ved vurdering, n (%)	17 (53)
Oppholdssted ved vurdering, n (%)	
• Helsehuset	6 (19)
• Hjemme	21 (65)
• Sykehjem	4 (13)
• Sykehus	1 (3)

Det tar median 0 dager fra personen er henvist fra en annen instans og til kommunen, før tildelingskontorene henviser videre til TVT. Fra TVT mottar henvisningen til første tverrfaglige vurderingsbesøk er gjennomført, går det median 4 dager (3 virkedager). I to tilfeller har det tatt svært lang tid før man har fått gjennomført første vurderingsbesøk (henholdsvis 16 og 24 dager). Årsaken til dette ligger utenfor TVTs kontroll. Tilbakemelding etter vurdering til kommunens tildelingskontor, sendes etter median 12,5 dager. Median lengde på oppfølging fra TVT er 64 dager.



Figur 5. Antall dager fra henvisning til avsluttet innsats fra TVT

Tabell 3 viser skår på forskjellige tidspunkt i forløpet til personer som følges opp av TVT. Det er liten endring i boforhold og arbeidsforhold fra henvisning/vurdering til avslutning, men vi ser at to personer er overført til faste plasser i sykehjem. Det ses en reduksjon i antall personer som er sykemeldt ved vurdering til avslutning. Flere av dem som er sykemeldt ved henvisning er ikke ferdig med sitt rehabiliteringsforløp. Det ses en tydelig endring i SPPB og Barthel ADL-index i positiv retning. Gripestyrken endrer seg i liten grad. Endringen i COPM bør ikke vektlegges, siden det er få personer som har blitt testet i COPM ved vurdering, og enda færre ved avslutning.

Få av personene som henvises til TVT har kommunal bistand fra tidligere, noe som gjenspeiles i det lave gjennomsnittlige antall besøk daglig fra hjemmesykepleie og antall timer praktisk bistand. Ved henvisningstidspunktet er det to personer som mottar hjemmesykepleie og praktisk bistand, fire som bare mottar hjemmesykepleie og to som bare mottar praktisk bistand. Det er så små tall på dette i vårt materiale, at det pr nå ikke er mulig å trekke en konklusjon for i hvilken grad TVTs innsats fører til endring i bruk av disse tjenestene. Endringen som ses i tabell 3 kan mest sannsynlig tilskrives en tilfeldig variasjon.

Tabell 3: Skår ved henvisning, vurdering og avslutning - etter effektskjema - definerte målepunkter

	Henvisning	Vurdering	Avslutning
Boforhold, n (%)			
• Enebolig	22 (65)		15 (47)
• Leilighet	11 (32)		9 (28)
• Omsorgsbolig	1 (3)		
• Sykehjem			2 (6)
• Ikke oppgitt			1 (3)
• Ikke avsluttet			5 (16)
Arbeidsforhold, n (%)			
• Arbeidsledig		1 (3)	1 (3)
• Pensjonist		11 (32)	10 (31)
• Sykemeldt		12 (35)	4 (13)
• Ufør		5 (15)	4 (13)
• Yrkesaktiv		2 (6)	3 (10)
• Ikke oppgitt		3 (9)	5 (16)
• Ikke avsluttet			5 (16)
SPPB, gjennomsnitt		7	10
Barthel ADL-index, gjennomsnitt		16	18
COPM (utførelse/tilfredshet), gjennomsnitt		3.8/2.8	5.6/5.6
Gripestyrke, pund (høyre/venstre), gjennomsnitt		59/55	61/52
Kommunal bistand			
• Hjemmesykepleie, antall besøk pr dag, gjennomsnitt	0.58	0.38	0.16
• Praktisk bistand, antall timer pr mnd., gjennomsnitt	0.35	0.38	0.33

Det har vært gjennomført fire personrelaterte møter med bruk av video. Alle disse møtene har vært i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Virtuell trening ble tilgjengelig i november, og har vært brukt hos syv personer. Nintendo Wii har vært brukt av tre personer.

Kommunen har deltatt i tiltak i personens individuelle rehabiliteringsplan (IRP) i syv saker. Fastlege og spesialisthelsetjeneste har deltatt i to saker hver, mens det i seks av oppfølgingene også har vært andre aktører inne. Dette har i hovedsak vært privatpraktiserende fysioterapeuter, men også NAV og ernæringsfysiolog. TVT har igangsatt egne tiltak i 20 av oppfølgingene. Utover deltakelse i tiltak beskrevet i personens IRP, har det vært samhandling med personens fastlege i 9 oppfølginger. Det har vært samhandling med spesialisthelsetjenesten gjennom Sykehuset Østfold, DPS, Frambu, Rikshospitalet, Sunnaas sykehus, Sykehuset Innlandet og Jeløya Kurbad.

Noen resultater vi kan se ut ifra data i effektmålskjema er:

- Økt grad av samhandling over nivå
- Bruk av videomøter øker samhandling og koordinering
- Teknologi øker mulighet for treningsintensitet, motivasjon og brukerstyring
- Tre virkedager fra henvising til gjennomført tverrfaglig vurdering
- Koordineringsjobben krever mye tid
- Fastlegen må involveres mer i forløpet
- Utfordrende å mobilisere ressurser i lokalsamfunnet som del av rehabiliteringsforløp

4.2 Intern evaluering

TVT hadde en intern evaluering 19.12.17. Målet med evalueringen var å korrigere videre arbeid med utvikling av TVT. Evalueringen besto av en gjennomgang av to rehabiliteringsforløp, med fokus på om vurdering, koordinering og igangsetting var i henhold til rutiner. Betydning av tverrfaglighet i et rehabiliteringsforløp var også et viktig tema for evalueringen. Som en del av evalueringen ble effektskjemaet brukt til å vurdere teamets arbeidsform og endring på person- og samfunnsnivå.

Stillingshemler i TVT

I pilotperioden hadde TVT to heltidsstillinger og flere deltidsstillinger. Det kom tydelig frem i evalueringen, at flere deltidsstillinger gir utfordringer både hva gjelder tverrfagligheten, koordineringen, igangsetting av tiltak og intensiteten i forløpene. I utgangspunktet ønsket vi at første funksjonsvurdering skulle gjøres av en terapeut og en sykepleier/lege. Vi erfarte at dette var vanskelig å gjennomføre på grunn av ulike stillingsstørrelser. Siden vi anså det som viktigere å prioritere tidlig vurdering, var det i hovedsak to terapeuter som gjennomførte første vurdering. Personene ble i etterkant, drøftet med de faggruppene som ikke deltok på første vurdering, og aktuell faggruppe ble integrert i prosessen etter behov. Det er også en utfordring å organisere arbeidshverdagen til alle i teamet, slik at vi klarer å holde intensiteten i koordinering og igangsettingen oppe. Det må derfor sees på behov for en prioriteringsliste, dersom det henvises flere enn det det er kapasitet til.

System for oversendelse av henvisninger

Fra 20. september 2017 var TVT klare for å ta imot henvisninger. Det var planlagt at henvisningene skulle sendes via e-link, men på grunn av tekniske problemer, kom henvisningene på fax. TVT opplevde en god dialog med kommunenes tildelingskontorer, til tross for at henvisningsrutinene den første tiden ikke ble som planlagt.

TVT erfarte at tildelingskontorene startet raskt å henvise til oss. Det gav oss gode muligheter til å gjennomføre mange tverrfaglige funksjonsvurderinger, igangsette tiltak, igangsette individuell rehabiliteringsplan (IRP), prøve ut teknologi som en del av rehabiliteringen og koordinere forløp sammen med samarbeidspartnere i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Sykehuset Østfold uttalte dette om samarbeidet med TVT:

- *«Én dør inn- kontra syv å henvende seg til når det gjelder rehabiliteringsbehov for pasienter som skal utskrives kommunene»*
- *«Viktig å få møte en rehabiliteringsfaglig kontaktperson som vi kan diskutere ulike kommunale rehabiliteringstilbud med for den aktuelle personen»*
(Rehabkoordinator, fysioterapeut)

Evalueringsmøte med tildelingskontorene

Det ble gjennomført et evalueringsmøte 01.12.17 med kommunenes tildelingskontor. Rutiner for henvisning og samhandlingen med kommunene, ble gjennomgått og evaluert. Det ble også foretatt en gjennomgang av teamets aktivitet med et blikk på problemstillingene som var håndtert i løpet av høsten. Generell tilbakemelding fra kommunene var; de hadde opplevd god dialog og samhandling, raske og gode vurderinger, de opplevde å bli inkludert, og de som hadde deltatt på vurderinger sammen med TVT, opplevde det som lærerikt. Spillteknologi ble oppfattet som spennende og nytt. Samtidig ønsket kommunene tettere dialog og tydeligere kommunikasjon, når tiltak er iverksatt. Det anses som enklere å få til denne kommunikasjonen nå som E-link fungerer. Flere ønsket å delta på vurderingsbesøk, og det ble uttrykt ønske om eksempler fra «virkelige» personer som har vært i TVT, for å vite hva slags utfordringer personen kan ha, for at det er aktuelt å henvise til TVT.

På bakgrunn av tilbakemeldingene fra kommunene, ble henvisningsrutiner, henvisningsmal og individuell rehabiliteringsplan (forklaringsnotat) revidert. Disse er vedlagt denne rapporten.

Teknologi og samhandling

En vesentlig hensikt med teamet handler om å trekke veksler på ressurser utenfor primærhelsetjenesten. På den ene siden vil teamet søke mot lokalsamfunnet, og se til at den individuelle rehabiliteringsplanen inneholder mål og tiltak knyttet til nærmiljøet og sosiale sammenhenger. På den andre siden vil teamet trekke inn spesialistkompetanse fra både Sykehuset Østfold og Sunnaas sykehus, gjennom blant annet videomøter, i de tilfeller hvor dette anses som nyttig. TVT har i pilotperioden gjennomført 4 videomøter med spesialisthelsetjenesten.

Introduksjon av teknologi vil forenkle og effektivisere både samhandling og opptrening. Piloten har vist at bruk av videoteknologi har økt samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, og at tilgang på

lege i teamet har gjort det enklere med innhenting av epikriser fra spesialisthelsetjenesten og henvisninger til spesialisthelsetjenesten/ spesialister.

Involvering i lokalsamfunnet

I hvilken grad TVT i piloten har klart å trekke inn lokalsamfunnet i tiltak, varierer. Sosiale aktiviteter og fritidsaktiviteter har vært tema i flere forløp, men det har ikke blitt konkrete tiltak i individuell rehabiliteringsplan (IRP). En årsak til dette kan være at det tar tid å implementere en ny arbeidsmodell. Det krever at fagpersonene må tenke nytt, skape dialog og samhandling med nye aktører. Dette er noe det vil bli arbeidet videre med i 2018.

Legeressurs

Legeressurs har vært tilstede en dag per uke i teamet. På grunn av samlokalisering med TVT, har legen vært tilgjengelig utover de dagene han har vært i teamet. Legen har vurdert den medisinske tilstanden; diagnoser og medikamenter, og vært en svært viktig del inn i den tverrfaglige funksjonsvurderingen sammen med resten av teamet. Legeressursen har også vært viktig i samarbeidet og som et bindeledd mellom TVT, fastlegene og spesialisthelsetjenesten. TVT ser behov for enda tettere dialog og samarbeid med fastlegene.

Opplæring i og utprøving av teknologi

Utprøving av teknologi har vært en viktig faktor i pilotperioden. For å være best mulig rustet til å kunne tilby og gi opplæring for å benytte dataspill som et tiltak, hadde TVT avsatt tid i ukeplanen til å øve på å sette opp Wii og virtuell trening (VT), og å teste ut og spille flest mulig av Wii-spillene.

Sunnaas sykehus (ved prosjektleder Truls Johansen) har utarbeidet nettsiden «Spill deg bedre» som gir veiledning i hvilke spill som passer til hvilke funksjoner som skal trenes. TVT hadde sammen med kommunale fysio- og ergoterapeuter en workshop med Truls Johansen. TVT har tatt initiativ til å sette i gang med spill som tiltak. Tilbakemeldingene fra personene som har benyttet dette som treningsverktøy, er positive. Det er tre som har testet ut dette i piloten, og de opplevde dette som en motiverende og morsom måte å trene på. De har alle trent sammen med terapeuter fra TVT, og lite på egenhånd.

Virtuell trening er som nevnt over, teknologi hvor terapeuter kan monitorere gjennomført trening på en nettside. Her kan det også gjøres endring av treningsprogram. Metoden kan erstatte antall terapibesøk og personene har større frihet til å gjennomføre treningen når det passer dem best. Metoden er kjent for å øke compliance (etterlevelse av anbefaling) (Welfare Denmark og fysioterapeuten). Det er i pilotperioden syv personer som har trent med Virtuell trening. De fleste har fulgt opp treningen, og de har gitt tilbakemelding om at det har økt mengde trening og at det har vært positivt å kunne trene hjemme når de selv ønsker.

Bruk av Imatisløsning ute hos personer, ble testet ut i småsklatesten 2016 og skulle videreføres i piloten. Dessverre har det vært tekniske utfordringer med nettbrettene, så det har ikke blitt benyttet som planlagt. Imatisløsningen skal oppdateres i starten av 2018, og det skal kjøpes inn nye nettbrett slik at denne teknologien kan benyttes ute hos personene ved videreføring av prosjektet.

Videokonferanse har blitt gjennomført med Sykehuset Østfold (samhandlingsprosjekt), kommuner, rehabiliteringsinstitusjoner, Sunnaas sykehus og internt i TVT. Bruk av denne type teknologi oppleves som svært positivt. Den øker muligheten for samhandling, kompetanseoverføring og tverrfaglighet på tvers av tjenester.

I tillegg har prosjektet testet ut KOMP: Et nytt kommunikasjonsverktøy som er enkelt i bruk. Det består av en skjerm med kun en knapp, der personen kan kommunisere med sine nærmeste på skjerm (videodialog). Skjermen kan også få opp bilder som sendes via app fra telefon, og man kan få meldinger opp på skjermen. Dette er kun testet ut internt så langt da sikkerhetsnivået foreløpig ikke tilsier klinisk bruk. Men er tenkt demonstrert som en mulighet for personer til å holde mer kontakt med sine nærmeste.

Lettvekts-IKT: Prosjektet tester også ut noen ulike nettbrett, pc-er og telefoner som både kan benyttes av personer hjemme eller i teamets arbeid. Dette arbeidet pågår fortsatt.

Verktøykassa

Effektmålskjema viser at SPPB, Barthel ADL-indeks og Mestringshjul er benyttet som verktøy i omtrent alle vurderingene. COPM derimot, er svært lite brukt, selv om bruk av COPM skal være en del av vurderingen. For å få til dette må teamet øke kompetansen på COPM.

Mestringshjulet er benyttet i arbeidet med å sette mål. Dette er et verktøy som visualiserer og bidrar til fokus på det som er viktig for personene, men det gir ikke personen mulighet til å skåre seg selv på utførelse og tilfredshet på de viktige aktivitetene, slik COPM gir mulighet for. Denne skåringen er viktig for å se endring i personens aktivitetsutførelse. Det er viktig for å kunne måle effekt av rehabiliteringen, og det anses som en viktig motivasjonsfaktor.

Evalueringen viser at det i svært liten grad er benyttet andre måleverktøy enn de vi har i verktøykassa. TVT ønsker å vurdere om det er andre verktøy som er hensiktsmessige i tverrfaglige vurderinger, og vil ha dialog med Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR) i denne prosessen.

Følgforskning - egen evalueringsrapport

Som en viktig del av evalueringen har følgeforskere professor Hilde Eide og førsteamanuensis II Kristin Skeide Fuglerud, benyttet semistrukturert intervju for å vurdere personenes opplevelse av rehabiliteringsvurderingen i eget hjem. De har også gjennomført fokusgruppeintervju med tverrfaglig vurderingsteam. Følgeforskerne presenterer disse funnene i en egen rapport.

4.3 Suksesskriterier for etablering og drift av TVT - erfaringer fra pilotperioden

- **Ta initiativ**

Teamet er engasjerte og motiverte til å ta i bruk ny teknologi og nye arbeidsmetoder. Teamet har tatt initiativ til bruk av videoteknologi for å sikre kompetanseoverføring, samhandling og samarbeid med både spesialist- og kommunehelsetjenesten.
- **Brukermedvirkning fra start**

Brukermedvirkning var en naturlig del allerede i forberedelsesfasen. Teamet hadde en workshop hvor vi gjennom personasmetodikk, fikk innspill fra brukerne gjennom en tjenestereise. Det gav muligheter til å justere arbeidsprosessen til TVT før personrettet virksomhet.
- **Tid til utvikling**

God tid til å knytte kontakter med samarbeidspartnere i kommunene og spesialisthelsetjenesten, og til å planlegge arbeidsmetoden til teamet. Teamet jobber systematisk, bruker validerte tester og er opptatt av å gi en tjeneste av høy kvalitet. En forutsetning for å lykkes, er tid til faglig og tverrfaglig utvikling.
- **Forankring**

Tjenesten var planlagt og forankret i alle eierkommunene. Dette arbeidet startet våren 2017, og var avgjørende for gjennomføringen av piloten.
- **Samarbeid og samhandling - face to face**

Det har vært arrangert møteplasser og dialogmøter med kommunen og spesialisthelsetjenesten, med fokus på hvordan de kan bruke tjenesten og hvordan vi kan samarbeide. I kommunene har dialog med tildelingskontor, koordinerende enhet og fagpersoner vært særlig prioritert.
- **Lære av andre**

Prosjektet har hele tiden vært opptatt av å lære av andres beste praksis. Blant annet gjennom å delta på konferanser, ta kontakt og knytte kontakter til andre som jobber med utviklingsarbeid og tverrfaglige team.
- **Tverrfaglighet - tidlig innsats**

Teamet prioriterer tidlig tverrfaglige funksjonsvurdering. Dette er TVT sin profil og en viktig faktor i vår arbeidsmetode.
- **Tid til koordinering**

Koordinering tar tid, men er viktig for å sikre overganger, sikre helhetlig forløp og sikre riktig kompetanse til rett tid.

4.4 Anbefalinger og endringer

På bakgrunn av evalueringen, gir TVT anbefalinger om endring av praksis eller forsterket innsats på noen områder.

Intensitet i et rehabiliteringsforløp - ukeplan

I 2018 skal det gis innhold og en praksis knyttet til «intensitet» i et rehabiliteringsforløp. En metode for å synliggjøre og opprettholde intensitet, er bruk av ukeplan som del av individuell rehabiliteringsplan (IRP). Ukeplanen kan gi personene økt eierskap til prosessen de er i da den gir struktur og oversikt over aktiviteter og avtaler. Bruk av ukeplan skal implementeres i større grad.

Mobilisering av lokalsamfunnet

Arbeid med ressursmobilisering på høyre side av modellen for samfunnsbasert rehabilitering - lokalsamfunnet, må også få større fokus som konkrete tiltak i IRP. Ett satsingsområde er samarbeid med NAV der jobb er et av målene til personen.

Teknologi

Det skal også prøves ut ny teknologi i 2018. Hvordan teknologien skal prøves ut er fortsatt i planleggingsfasen. Men TVT og Prosjekt Innovativ rehabilitering har som mål å gjøre seg erfaringer og tilegne seg kunnskap om følgende teknologi og teknologiske arbeidsmetoder i 2018:

- VR briller (smerte)
- Cisco Spark samhandlingsløsning i samarbeid med Norsk Helsenett og Sunnaas (digital tavle, app, video, prosjektor)
- Virtuelle grupper
- Virtuelt konsultasjons- og treningsrom
- Kartlegge aktuelle kommunikasjonsløsninger
- Utvikling av nettsider
- Norsk / nordisk samarbeid rehabiliteringsteknologi
- Øke bruk av videokonferanser - også med personene

5.0 Referanser

Bergh, S., Lyshol, H., Selbæk, G., Strand, BH., Taraldsen, K. & Thingstad, P. (2013) Short Physical Performance Battery (SPPB). <http://legeforeningen.no/PageFiles/135910/SPPB.pdf>

Dehli K. et al, Prosjektrapport, Innovativ rehabilitering Indre Østfold, Helsehuset IØMK IKS 2017

Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator. Hentet fra internett 21.03.2018: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Informasjon om Barthel på Norsk helseinformatikk hentet fra internett 13.10.2016; <http://nhi.no/forside/skjema-og-kalkulatorer/skjema/barthel-adl-indeks-3248.html>

Informasjon om samvalg på helsenorge.no hentet fra internett 13.10.2016: <https://helsenorge.no/rettigheter/samvalg>

Kjeken, I., & Sand-Svartrud, A. (2012). The Canadian Occupational Performance Measure brukt i rehabilitering. *Ergoterapeuten*, 55(1), 30-37

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet fra internett 21.03.2018: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Merriam, Sharan B. (2009). Qualitative Research. A guide to Design and Implementation. Jossey-Bass.

Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKKR), klinisk verktøykasse hentet fra internett 13.10.2016;

<http://diakonhjemmetsykehus.no/#!/diakon/forside/Helsepersonell/nasjonal-kompetansetjeneste-for-revmatologisk-rehabilitering-nkrr/nkrr/klinisk-verktoykasse/alfabetisk-liste>

NKRR, Kvalitetsindikatorer i rehabilitering, spørreskjema til rehabiliteringsenheten og til brukere/pasienter, under utprøving, 2018.

Nilsen, Tove (2010). Masteroppgave: Håndkraft. Referanseverdier for voksne og faktorer som har sammenheng med håndkraft. Seksjon for helsefag, Det medisinske fakultetet, Universitetet i Oslo.

Norsk helseinformatikk, Barthel AdL-indeks, hentet fra internett 13.10.2016 <https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/skjema/geriatripleie/barthel-adl-indeks/>

Prosjekt Samhandling innen rehabiliteringsfeltet, Mestringshjulet, prosjektrapport med anbefalinger, Knutepunkt Sørlandet, mars 2015

Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Hentet fra internett 21.03.2018: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Rehabilitering,%20habilitering,%20individuell%20plan%20og%20koordinator.pdf>

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

Thingstad, Pernille. (2013). Screening for fysisk funksjon hos eldre: Norsk oversettelse av Short Physical Performance Battery (SPPB). Fagartikkel i Fysioterapeuten 5/2013. Se internett: <http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Norsk-oversettelse-av-Short-Physical-Performance-Battery-SPPB>

6.0 Vedlegg

Vedlegg 1 Henvisningsrutiner

Henvisning av personer til Tverrfaglig Vurderingsteam (TVT)

Tverrfaglig Vurderingsteam (TVT) har som hovedoppgaver å tidlig vurdere, koordinere og igangsette rehabilitering for personer som på grunn av skade, sykdom eller andre årsaker har fått redusert sitt funksjonsnivå. TVT skal bistå kommunene med utredning av rehabiliteringsbehov og rehabiliteringspotensialet, før det iverksettes tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne. TVT skal ha en tilnærming som ikke bare utreder problemer og utfordringer, men også vektlegger kartlegging av brukerens motivasjon, ressurser og muligheter til å mestre egen hverdag og helse, i den hensikt å både bidra til bedre livskvalitet for den enkelte og over tid kunne redusere behovet for kommunale tiltak.

TVT er et tilbud til alle over 18 år og retter seg hovedsakelig mot somatiske lidelser, der rus, psykiatri og demens ikke er hovedutfordringen. Vurderingen kan foregå på flere arenaer, som sykehus, i personens hjem, helsehus og kommunal institusjon.

Kommunen bør ha lav terskel for å henvise til TVT. Henvisningsårsak behøver ikke å knyttes til en bestemt diagnose; det kan også være uspesifikke tilstander eller oppståtte situasjoner med funksjonsfall, som påvirker evnen til å mestre egen hverdag.

For å forenkle henvisningsarbeidet gis det for øvrig noen *eksempler* på tilstander som kan henvises:

Kreft

Personer med redusert funksjonsnivå etter behandling/kirurgi og pasienter med følgevirkninger etter sykdom, f.eks. fatigue, ernæringssvikt, smertetilstander og som skal lære å leve med alvorlig sykdom.

Hjerneslag og traumatisk/ervert hjerneskade

Personer som etter sykehusopphold har behov for å bevare eksisterende funksjoner, bremse utvikling av funksjonstap, utvikle nye funksjoner og tilpasse livet til nye forutsetninger.

Kroniske nevrologiske lidelser

Personer med behov for tverrfaglig vurdering ved endring i tilstanden og behov for vurdering av tidsbegrensede rehabiliteringstiltak for å opprettholde sitt funksjonsnivå i hverdagen.

Hjertesykdommer

Primært for personer som har gjennomgått kirurgi eller har alvorlig hjertesykdom med risikofaktorer. Aktuelt umiddelbart etter sykehusopphold, eller senere i forløpet avhengig av sykdomsutviklingen.

KOLS og andre luftveislidelser

Personer med kols og andre luftveissykdommer med symptomer som begrenser aktivitet og livsutfoldelse, og evt. ernæringsproblematikk og angst i forhold til fysisk trening.

Ortopedi

Personer med et tverrfaglig rehabiliteringsbehov og/eller forhold som gjør postoperativ rehabilitering kompliserende. For eksempel etter protesekirurgi og generelle brudd der tidligere funksjonsnivå nå er betydelig redusert.

Personer med komplekst og sammensatt sykdomsbilde

Personer med komplekst og sammensatt sykdomsbilde etter behandling/akutte funksjonstap f. eks. etter langvarig sykehusopphold, følgetilstander etter operasjoner og tilstander i indre organer. Annen problematikk kan være underernæring, falltendens og redusert allmenntilstand.

Muskel-/skjelettplager og ikke inflammatoriske revmatiske sykdommer

Personer med sammensatte tilstander i muskulatur og bindevev med behov for tverrfaglig vurdering.

Rutiner for henvisning

Tildelingskontor i hver enkelt kommune vil være henvisende instans til TVT.

- Tildelingskontor i den enkelte kommune får melding om aktuelle personer som vil kunne være i behov av tverrfaglig vurdering for rehabilitering/rehabiliteringspotensiale. Meldingen vil kunne komme fra flere instanser:
 - o Sykehus, Helsehus, Fastlege, Sykehjem (korttidsavdeling), Hjemmetjeneste, Andre kommunale tjenester, Personen selv, Pårørende
- Kommunens tildelingskontor sender, så raskt det lar seg gjøre, elektronisk henvisning til TVT.
 - o Meldingen rettes til teamet via e-link
 - Meldingstype: Forespørsel
 - Stikkord: Tverrfaglig vurderingsteam
 - E-linkadresse: Helsehuset-rehabilitering
 - o Teamet utvikler en mal med følgende hovedpunkter som meldingen skal inneholde:
 - Fastlege, henvisende instans til tildelingskontor/dato for henvisning, aktuell hendelse/situasjon, nåværende og tidligere funksjonsnivå, aktuell(e) diagnoser, årsak til henvisning, faste legemidler, svar på prøver/undersøkelser som er gjort i forhold til aktuell problematikk, pårørende, bolig, arbeid og igangsatte kommunale tjenester. Ved hjemmesykepleie oppgi antall besøk pr dag, ved praktisk bistand oppgi antall timer pr mnd. Samtykke fra personen. Melding om kommunen ønsker å delta ved vurderingsbesøk. Nødvendig kontaktinformasjon som gjelder vurderingsbesøk.¹
 - o Når tildelingskontoret mottar PLO-melding fra sykehuset om aktuelle personer må TVT informeres så raskt som mulig, for å kunne komme i dialog med sykehuset mens personen ennå er innlagt
- TVT gir tilbakemelding via e-link om at henvisning er mottatt
- TVT gjennomfører vurdering av rehabiliteringsbehov/-potensiale
 - o TVT gjør avtale om tid/sted for vurdering, og hvem personen evt. ønsker å ha med seg på vurderingsbesøket (pårørende, annet personell)

Etter vurdering i TVT

- Elektronisk tilbakemelding oversendes kommunens tildelingskontor, personens fastlege og personen selv innen 1 uke etter henvisning, der videre anbefalinger skisseres
 - o Meldingstype: Helseopplysning/notat/forespørsel
 - o Tildelingskontor oppfordres til å sende rapport til henvisende instans
- Tilbakemeldingen fra TVT legges til grunn for evt. vedtak om rehabilitering med oppfølging fra Tverrfaglig Vurderingsteam
- I samarbeid med personen utarbeider TVT en individuell rehabiliteringsplan.
 - o Anbefalte tiltak og ansvarsfordeling drøftes med de aktuelle aktørene, herunder kommunen, før de legges inn i rehabiliteringsplanen (se egen rutine).
- Igangsetting av rehabiliteringstiltak gjennomføres og koordineres av TVT i samarbeid med andre aktuelle tjenester og aktører
- Kontaktperson i TVT medvirker til at kommunen oppnevner en koordinator i kommunen, ved behov for langvarige koordinerte tjenester
- Evaluering av tiltak gjøres av TVT
 - o IRP evalueres ved slutten av vedtaksperioden
 - o Forslag om eventuell forlengelse av vedtaket sendes kommunens tildelingskontor etter evaluering av individuell rehabiliteringsplan
 - o Dersom innsatsen avsluttes, gis tilbakemelding til kommunens tildelingskontor. Sluttvurdering oversendes tildelingskontoret, personens fastlege og personen selv

Versjon 080318

¹ Mal blir tilsendt tildelingskontor som Word-dokument, og finnes også i tekstbank i journalsystemet

Vedlegg 2 Henvisningsmal

Henvisning TVT

(Henvisningen skal kun inneholde overordnet informasjon, det er ikke nødvendig for henvisende instans å utrede de enkelte punktene.)

Person (navn, adresse, personnummer, telefon):

Fastlege:

Henvisende instans til kommunen/dato henvisning:

Aktuell hendelse/situasjon:

Nåværende og tidligere funksjonsnivå:

Aktuell(e) diagnoser:

Faste legemidler:

Svar på prøver/undersøkelser som er gjort i forhold til aktuell problematikk:

Pårørende og kontaktinformasjon:

Boforhold:

Arbeidsforhold:

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

Begrunn behov for vurdering fra Tverrfaglig Vurderingsteam?

Har personen samtykket til at informasjon deles:

Ønsker kommunen å delta ved vurderingsbesøk:

Nødvendig kontaktinformasjon som gjelder vurderingsbesøk:

Vedlegg 3 Beskrivelse Individuell rehabiliteringsplan (IRP)

Tverrfaglig Vurderingsteam



Individuell Rehabiliteringsplan (IRP)

Individuell rehabiliteringsplan	• Individuell rehabiliteringsplan (heretter IRP) er personens dokument. • En rehabiliteringsplan skal gi oversikt over målsettinger og tiltak, plassere ansvar i rehabiliteringsprosessen og sikre koordinert oppfølging • Planen bygger på kapittel 13.6 «Innhold i Individuell plan og planprosess» fra Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, 06.07.17 • Planen er ikke ment som effektmålingsverktøy. Den inneholder ikke kvantifiserbare evalueringer. • Språk og innhold skal være lett forståelig for alle involverte parter
Kontaktpersonrollen	• Planprosessen starter med oppnevning av en kontaktperson i TVT, som har en sentral rolle i å tilrettelegge for medvirkning gjennom hele prosessen. • Kontaktpersonen, sammen med personen selv, påbegynner arbeidet med utforming av individuell rehabiliteringsplan • Kontaktpersonen har ansvar for oppfølging av fremdrift og evaluering av planen
Utarbeidelse av IRP	• Planen utarbeides i samarbeid med personen, og i samsvar med personens ønsker. Dersom personen allerede har en IP / rehabiliteringsplan, vil planarbeidet samordnes. • Planen utarbeides fortrinnsvis med utgangspunkt i hjemmesituasjonen og lokalmiljøet. • Anbefalte tiltak og ansvarsfordeling drøftes med de aktuelle aktørene, herunder kommunen, før de legges inn i rehabiliteringsplanen. • Personen er hovedaktør når mål og tiltak skal skrives. Kontaktperson understøtter myndiggjøring og støtter/bistår etter behov, uten å skyve sitt eget ansvar over på personen. • Involvering av pårørende drøftes med personen • Det vil vurderes i hvert enkelt tilfelle om det skal utarbeides en tilhørende time-/ukeplan



Innhold i IRP	• Hvem er personen. Ressurser og mulig hindringer • Oversikt over: ○ Hovedmål og delmål ○ Tiltak. Hvilke tiltak skal gjennomføres, og når ○ Ansvarlig. Personen selv, pårørende, andre instanser i samfunnet eller tjenesteytere ○ Medvirkende. Øvrige bidrags- eller tjenesteytere ○ Evaluering (Tidsaspektet) • Hvem er kontaktperson fra TVT
Oppfølging, evaluering og revidering av IRP	• Personen selv og ansvarlig for tiltaket kan endre og justere mål og tiltak fortløpende. Kontaktperson må informeres om endringer som gjøres. • Kontaktpersonen har ansvar for å se til at endringer er i samsvar med helheten. • Personen og kontaktpersonen, kaller inn til møte med pårørende, alle ansvarlige aktører (herunder kommunen), og evt. medvirkende, for å evaluere planen. Møtene kan foregå virtuelt. • Forslag om eventuell forlengelse av innsats fra TVT, som går ut over vedtaksperioden, oversendes kommunens tildelingskontor etter evaluering. • Måloppnåelser skal markeres.
Avslutning av innsats fra TVT	• TVT avslutter sin innsats når det ikke er behov for videre tiltak og koordinering fra TVT. • Det legges en plan for hva som skal skje i fortsettelsen. Planen skal beskrive personens egenaktivitet, samt andre tiltak eller bidrag fra offentlige, frivillige og private aktører. • TVT gjør registreringer og gjennomfører retesting av funksjon etter 3, 6 og 18 måneder.

Vedlegg 4 Eksempel Individuell rehabiliteringsplan (IRP)

Rehabiliteringsplan

Dato _____

Navn	Kontaktperson		Yrke
Hovedmål	Telefon		
	E-post		
Mine ressurser	Interesser og aktiviteter		
Mulige hindringer	Støttespillere		

Delmål	Tiltak	Ansvarlig	Medvirkende	Evalueringsdato

Datoer for revisjon av denne planen			
Revidert i samarbeid med			



Vedlegg 5 Utdrag av målepunkter - effektskjema

EPJ-nr.:	
Initialer:	
Alder:	
Kjønn:	
Kommune:	

Målepunkter for personforløp TVT									
1	Henvising	Utført			Teknologibrukt (Wii, VR, video)		Kommentarer		
		Ja	Nei	Ikke aktuelt	Dato				
1a	Utfylt henvisningsskjema mottatt fra tildelingskontor								
1b	Person henviset fra henviser til kommune								
1c	Henviset kommune fra								
1d	Kontaktperson TVT opprettet								
1e	Tverrfaglig diskusjon på morgenmøte er gjennomført								
1f	Bolortid ved henvising								
1g	Onsorgsnivå ved henvising, hjemmesykepleie/praktisk bistand (Kommentarer=antall besøk pr dag/uker pr mnd.)								
1h	Oppholdssted ved henvising fra tildelingskontor								
2	Vurdering								
2a	1. vurderingsbesøk gjennomført								
2b	Mottar personen andre kommunale tjenester (kommentar)								
2c	Er personen i et rehabiliteringsforløp								
2d	Kommunen har deltatt på vurderingsbesøk								
2e	Pårørende har deltatt på vurderingsbesøk								