

PROSJEKTRAPPORT

REHABILITERING

En kartlegging av rehabilitering i Karmøy Kommune og Helse Fonna, herunder pasientgruppene og fremtidige behov og ansvarsfordeling.

KARMØY KOMMUNE
HELSE FONNA
HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Prosjektgruppe:

Helse Fonna: Berthe Rossebø, Sigrid Bakkevold.

Karmøy Kommune: Sandra Nicolaisen, Reidun Kvinnesland, Elise Rasmussen Hausken, (Aslaug Irene Skjold).

Høgskolen Stord/Haugesund: Arvid Birkeland (prosjektleder)

INNHOLDSLISTE

Sammendrag	3
1. Innledning	9
2. Fremgangsmåte i prosjektarbeidet	11
3. Statusbeskrivelse av rehabilitering i Karmøy Kommune	13
4. Statusbeskrivelse av rehabilitering i Helse Fonna	17
5. Pasientgruppene	23
6. Litteratur; Inkludert Lover, Forskrifter, Forskning og Utviklingsarbeid	24
7. Høgskolen Stord/Haugesund – Avd. for Helsefag	33
8. Hva er Karmøy Kommune sitt ansvar og hva er Helse Fonna sitt ansvar med tanke på å gi et forsvarlig rehabiliteringstilbud?	34
9. Diskusjon	38
Referanser	44

Sammendrag

- Rehabilitering er i Norge definert og omtalt i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (Helse og Omsorgsdepartementet 2011), og det er i tillegg omtalt i flere andre lover og forskrifter. Det betyr at rehabilitering er et prioritert tiltak fra sentralt politisk hold. Samtidig kan det se ut for at begrepet, slik det blir definert, har en begrenset akademisk og klinisk/praktisk interesse som få aktører i helsetjenesten har et eierforhold til unntatt de som spesielt driver med rehabilitering. Det ser derfor ut for å være et misforhold mellom et offentlig ønske om rehabilitering på den ene siden, og oppfølgingen av dette i helsetjenesten.
- Helse Fonna og Karmøy Kommune kan se ut til å representere et snitt av norske helseforetak og kommuner når det gjelder rehabilitering. I likhet med andre foretak og kommuner er de underlagt de forhold, organisering, ressurser, retningslinjer, prioriteringsveileder og rutiner som eksisterer i dag, og som er gjeldende i helsevesenet forøvrig. Det betyr at det foregår mye god rehabilitering, men der er også manglende fokus på rehabilitering som kan føre til at noen pasienter ikke får den oppfølging som kunne vært ønskelig.
- Et generelt funn eller resultat av dette prosjektet er at rehabilitering blir klart definert og utøvet på de arenaene i spesialisthelsetjenesten, og delvis i kommunehelsetjenesten, som spesielt driver med rehabilitering. I sykehuset og kommunehelsetjenesten for øvrig er rehabilitering derimot tilsynelatende fraværende. Det trenger ikke å bety at det ikke drives rehabilitering eller aktiviteter som mer eller mindre kan defineres som rehabilitering, men det blir ikke klart identifisert, definert og dokumentert. Dermed blir det vanskelig å få en oversikt over rehabiliteringsaktiviteten og behovet for rehabilitering, samt den reelle rehabiliteringsaktiviteten både i Helse Fonna og Karmøy Kommune.

Karmøy Kommune – status for rehabilitering

- Av de vedtak som blir iverksatt av bestillerkontoret i Karmøy Kommune er det svært få, anslagsvis 10 – 20 årlig, som blir identifisert og definert som rehabilitering.
- Rehabilitering i sykehjem i Karmøy Kommune kan anslås til ca. 20 pasienter årlig. Dette baserer seg på pasienter som har fått oppfølging av fysio- eller ergoterapeut i

tillegg til den oppfølging de får på sykehjemmet. På den måten kan dette karakteriseres som rehabilitering uten at det er klart definert og dokumentert.

- Hjemmesykepleien/hjemmetjenesten i Karmøy driver ikke med rehabilitering i den form som kreves i følge lov og forskrift. Hjemmesykepleien kan drive med trening, gjenopptrening og rehabiliteringslignende oppgaver, men det defineres ikke som rehabilitering.

Helse Fonna/Haugesund Sykehus – status for rehabilitering

- Helse Fonna har en egen spesialisert seksjon for fysikalsk medisin og rehabilitering (SFMR) som tar inn pasienter etter bestemte kriterier der virksomheten klart kan defineres som rehabilitering.
- Det var ca. 20 overføringer fra Helse Fonna til Karmøy Kommune av pasienter med rehabiliteringsdiagnose i perioden januar til og med oktober – 2011. I hovedsak var dette utskrivninger fra spesialavdelingen for rehabilitering eller nevrologisk avdeling. Det er ikke brukt rehabiliteringsdiagnose ved utskrivninger fra sykehusets øvrige avdelinger. Fra avdelingene, unntatt SFMR, dreier det seg hovedsakelig om sekundær rehabilitering. Antall overføringer av pasienter med et dokumentert rehabiliteringsbehov fra Helse Fonna til Karmøy Kommune, er derfor veldig lavt.
- Spesialisthelsetjenesten/Helse Vest har ellers avtale med fem private rehabiliteringsinstitusjoner, og disse utgjør derfor en stor del av den rehabiliteringsvirksomheten som skjer i regi av spesialisthelsetjenesten.
- Helse Fonna driver ellers rehabilitering via lærings og mestringscenter (LMS) og Koordinerende enhet (KE) som har bindeleddsfunksjon mot Regionalt Kompetansesenter for habilitering og rehabilitering.

Høgskolen Stord/Haugesund – avd. for helsefag – status for rehabilitering

- Høgskolen Stord/Haugesund – avdeling for helsefag i Haugesund har pr. høst 2011 ingen egen undervisning og/eller pensum i rehabilitering. Rehabilitering er kun marginalt nevnt i rammeplanen for sykepleierutdanningen.

Pasientgruppene

- I og med at det dokumenterte pasientgrunnlaget når det gjelder rehabilitering er så lite, er det også vanskelig å definere pasientgruppen både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I den eldste gruppen av pasienter ser hjerneslag ut til å være dominerende, men for øvrig er det en rekke tilstander som kan medføre et rehabiliteringsbehov. I rehabiliteringsfeltet er det imidlertid også slik at det legges fokus på pasientens/brukerens funksjonsnivå mer enn på diagnose. Dette beskrives ut fra ICF modellen (internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse).

Litteratur, forskning, rapporter, lover og forskrifter

- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011) definerer både spesialisthelsetjenestens og kommunens plikter innen disse områdene.
- Det synes å være begrenset mengde forskning som har fokus på hvordan rehabilitering kan gjennomføres med basis i den definisjonen av rehabilitering som i dag finnes i gjeldende forskrifter.
- Rehabilitering i sykehus er gitt egne diagnosekoder. Z50.89: Vanlig rehabilitering involverer minst fire yrkesgrupper. Z50.80 Kompleks rehabilitering involverer minst seks yrkesgrupper.
- En del større oversiktsstudier finner at det ikke kan konkluderes med at sykehus, sykehjem eller hjemmet hver for seg er noen bedre arena for rehabilitering enn de andre. Følgelig må rehabilitering foregå både i sykehus, sykehjem og i pasientens hjem.
- Pasienter med mild til moderat funksjonssvikt etter hjerneslag, kan profitere på å utskrives tidlig til rehabilitering i hjemmet med støtte av tverrfaglig team.
- Pasienter innlagt i sykehjem over tid vil under gitte omstendigheter også ha nytte av rehabilitering.
- Erfaring fra ulike prosjekter tyder på at kommunen kan ha nytte av et utøvende team/enhet/avdeling med spesielt ansvar for rehabilitering.
- Det er kommet ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011). Det som er nytt i denne er en presisering av at kommunen har ansvar for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Dessuten skal retningslinjer for samarbeid med helseforetakene om rehabilitering og lærings- og mestrings – tilbud tas inn i

samarbeidsavtalene, samt retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.

- Koordinerende enhet er nå lovfestet i både kommune- og spesialisthelsetjenesten og rehabiliteringsbehov skal rettes til denne. Koordinerende enhet skal ha det overordnede ansvaret for arbeid med individuell plan, samt oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.
- Spesialisthelsetjenesten skal så snart som mulig varsle den kommunale koordinerende enheten ved behov for individuell plan som omfatter tjenester fra begge nivåer. Her skal spesialisthelsetjenesten medvirke i den individuelle planen. For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester, skal det tilbys koordinator. Dette gjelder uavhengig om pasienten ønsker individuell plan.

Karmøy Kommune sitt ansvar for rehabilitering

Med støtte fra et sentralt utvalg som har utredet ansvars og oppgave fordeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (Helsedirektoratet 2011), er det ikke mulig å anslå dette eksakt fordi det alltid vil være glidende overganger, men i hovedsak vil prosjektgruppen skissere følgende hovedområder for rehabilitering i kommunen:

- Gi et rehabiliteringstilbud til de som ikke fyller vilkår for/der det ikke er hensiktsmessig med rehabilitering i sykehus/spesialisthelsetjenesten.
- Pasienter som har hatt et langvarig eller akutt opphold i spesialisthelsetjenesten, og som trenger videre rehabilitering i kommunen enten i form av videre rehabilitering i institusjon eller i hjemmet.
- Gi et rehabiliteringstilbud til personer/pasienter som oppholder seg i kommunen, enten i institusjon eller eget hjem, der det oppstår et rehabiliteringsbehov og som nødvendigvis ikke trenger oppfølging i spesialisthelsetjenesten.
- Sørge for vurdering av, tilpasning og formidling av nødvendige hjelpemidler, herunder; tilrettelegge miljøet rundt den enkelte.
- Sørge for å identifisere behov for rehabilitering, herunder nødvendige undersøkelser og utredning, eventuelt i et samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Herunder skal kommunen ha en generell oversikt over behov for rehabilitering i kommunen og det skal legges tilrette for at helsepersonell skal kunne melde rehabiliteringsbehov som den aktuelle helsearbeider blir kjent med i arbeidet.

- Ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet som skal sikre et helhetlig rehabiliteringstilbud til pasienter og brukere, samt ha et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene.
- Brukermedvirkning, både i forhold til rehabiliteringstiltak på individnivå og systemnivå.

Spesialisthelsetjenesten/Helse Fonna

I store trekk kan spesialisthelsetjenesten sitt rehabiliteringsansvar oppsummeres i følgende:

- Rehabilitering som foregår parallelt med medisinsk utredning og behandling.
- Rehabilitering i subakutt fase ved behov for spesialisert tilrettelegging og veiledning, større intensitet og/eller økt kompleksitet i spesialisert avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering.
- Rehabilitering/opptrening i private rehabiliteringsinstitusjoner.
- Sørge for tilrettelagt opplæring (LMS) for brukere som trenger det samt tilrettelegge for rammebetingelser som kan bidra til økt mestring. Helsedirektoratet (2010) mener at hele eller deler av dette kan overføres kommunene, men det avhenger av at kommunene bygger opp dette. Sykehuset skal bidra med kompetanse ved oppbygging av kommunale LMS - tilbud, men det er ingen konkret avklaring av hva og når en overføring skal/kan skje.
- Gi ambulante rehabiliteringstjenester der det er mest hensiktsmessig. Helse Fonna har ikke etablert dette i dag, men i et pågående samhandlingsprosjekt blir dette prøvd ut i kommuner som sokner til Stord sjukehus.
- Tilby slagpasienter akuttbehandling og tidlig rehabilitering i egne slagenheter og tidlig støttet utskriving så snart det er tilrådelig (jfr. egne retningslinjer for slagbehandling).
- Regionale sengeplasser til pasienter med rygg/tverrsnittsskader og alvorlige hodeskader som er etablert i Helse-Bergen.
- Ved utskriving skal sykehuset sørge for at rett nivå i kommunen får nødvendig informasjon, råd og veiledning om behov for videre rehabilitering i kommunen.
- Helseforetaket skal også samarbeide om opplegg for individuell plan.
- Spesialisthelsetjenesten skal på henvendelse fra kommunen gi råd og veiledning i rehabiliteringsspørsmål.

- Medvirke til brukermedvirkning både på system- og individnivå.
- Spesialisthelsetjenesten skal ha en Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.

Videre tiltak

- Både sykehuset og kommunen bør ha et intensivt fokus på å identifisere og definere rehabiliteringsbehov hos pasienter som er innlagt i sykehuset, som overføres til kommunen fra sykehuset, som bor hjemme eller i institusjon og der det er eller oppstår et rehabiliteringsbehov. Dette må gjøres ved en klarere ansvarsfordeling overfor utvalgte personer, enheter, avdelinger eller team, og ikke minst gjelder dette koordinerende enhet for rehabilitering i kommunen som har et særskilt ansvar for å definere behov og gjøre vedtak om ulike former for hjelp og behandling.
- En bør ha økt fokus på samhandling innad i spesialisthelsetjenesten og mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.
- Kommunen bør også overta noe av den virksomheten som i dag blir utført ved de private rehabiliteringsinstitusjonene. Konkret nevnes eldre, overvektsproblematikk og artrose (slitasjegikt), men det er altså foreløpig kun snakk om deler av virksomheten og at det bør skje over tid og i en dialog mellom partene.
- Samhandlingsreformen medfører kortere liggetider i sykehuset og kommunen må derfor innstille seg på at flere som hittil har fått rehabilitering i forbindelse med akutte innleggelser i sykehuset, nå i større grad blir overført til kommunen. Det vil derfor være behov for spesialiserte avdelinger/institusjonsplasser som tilbyr etterbehandling/ rehabilitering før videre rehabilitering/oppfølging i hjemmet.
- Større fokus på bruk av individuell plan og koordinator.

1. INNLEDNING

Dette prosjektet har sin bakgrunn i samhandlingsreformen og etablering av den såkalte Helsetorgmodellen, der Karmøy Kommune som en av kommunene i helsetorgmodellen, tok et initiativ for å fremskaffe en nærmere utredning av oppgaver og ansvar i forhold til rehabilitering. Helsetorgmodellen har primært fokus på eldre, og prosjektet har derfor fokus på rehabilitering i forhold til eldre. Ikke minst var det et behov for å se på hvilke oppgaver og ansvar kommunene har og eventuelt bør ha, kontra helseforetakets ansvar og oppgaver.

Både Stortingsmelding 47 (2008-2009) om samhandlingsreformen og Nasjonal Helse og Omsorgsplan 2011-2015 (2010-2011) omtaler et behov for en nærmere avklaring av kommunenes rolle og funksjon i forhold til rehabilitering med tanke på at kommunene skal ha en større rolle når det gjelder dette framover. I en kartlegging av 7 kommuner i Helse Fonna – området viser det seg at det er store variasjoner rehabiliteringstilbudet fra kommune til kommune (Birkeland m. fl. 2011). Felles for kommunene ser ut til å være en ergoterapi og fysioterapitjeneste som arbeider inn mot både hjemmeboende og institusjonene.

Stortingsmelding 47 (2008-2009) fremhever betydningen av rehabilitering og antyder at en vil vurdere om kommunene skal ta et større ansvar for store pasientgrupper som i dag får sitt tilbud i spesialisthelsetjenesten. En kan da spørre hvilke pasientgrupper en tenker på og hvordan kommunene og helseforetaket i tilfelle skal designe sine tilbud og hvordan samhandling mellom kommunen og helseforetaket kan og skal foregå med tanke på endrede forutsetninger?

Med bakgrunn i dette ble det satt sammen en prosjektgruppes bestående av 2 representanter fra Helse Fonna, 4 fra Karmøy Kommune og 1 fra Høgskolen Stord/Haugesund. Med utgangspunkt i signaler fra styringsgruppen for Helsetorgmodellen samt samtaler med sentrale aktører i Karmøy Kommune, Helse Fonna og Høgskolen Stord/Haugesund, ble det formet følgende mandat, mål og hensikt med prosjektet:

Gi en statusbeskrivelse av rehabilitering i Karmøy Kommune og Helse Fonna, herunder;

- Type tilbud
- Beskrive gjeldende prosedyrer
- Organisering og dimensjonering
- Pasientforløp

- Beskrive pasientgruppen(-ene)
- Gi en statusbeskrivelse av eksisterende relevant norsk og internasjonal litteratur/forskning på området inkludert gjeldende lover, forskrifter, rapporter, retningslinjer etc.
- Hva er Karmøy Kommune sitt ansvar, herunder også i forhold til kompetanse, og hva er Helse Fonna sitt ansvar med tanke på å gi et forsvarlig rehabiliteringstilbud?
- Gi en tilråding i forhold til organisering og dimensjonering av fremtidige tiltak/tilbud i forhold til rehabilitering i Karmøy Kommune, og andre kommuner i den grad det er mulig, samt Helse Fonna/Haugesund Sykehus

1.1 Rehabiliteringsbegrepet

Prosjektgruppen har ikke sett det som et mål å gå tungt inn i en teoretisk diskusjon omkring selve rehabiliteringsbegrepet i og med at Forskriften om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011) definerer dette, og det er derfor noe som helsetjenesten må/skal forholde seg til. Forskriften har følgende definisjon som prosjektgruppen har tatt til etterretning:

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

I helsetjenesten, og spesielt i spesialisthelsetjenesten, skilles det for øvrig mellom primær, sekundær, vanlig og kompleks rehabilitering. ”Primær rehabilitering” brukes når rehabilitering er den primære årsaken til for eksempel innleggelse i sykehus. ”Sekundær rehabilitering” brukes der årsaken til innleggelsen er en sykdom eller skade og der rehabiliteringen kommer i tillegg til behandling av den akutte sykdommen eller skaden. I tillegg til dette brukes ICD – 10 – koder når en skal rapportere/diagnostisere og kode rehabilitering. Z50.89 er vanlig rehabilitering der minst 4 spesialiserte helsefaggrupper arbeider i tverrfaglig team, i tillegg til at en bruker individuell behandlingsplan og at en samarbeider med etater utenfor sykehuset. I tillegg til dette brukes begrepet kompleks rehabilitering, Z50.80, som blant annet inkluderer minst 6 spesialiserte helsefaggrupper i tillegg til plan og eksternt samarbeid som ved vanlig rehabilitering.

2. FREMGANGSMÅTE I PROSJEKTARBEIDET

Dette prosjektet er å betrakte som et utviklingsarbeid, dvs. at det er å betrakte som en del av et ”systematisk arbeid basert på anvendelse av viten oppnådd gjennom forskning og/eller praktisk erfaring med det formål å frambringe nye eller vesentlig forbedre prosesser, systemer eller tjenesteytelser” (Frascati manualen 2004). Utgangspunktet når det gjelder rehabilitering er at det av ulike aktører har blitt oppfattet som et til dels uklart område, og det har skapt usikkerhet i forhold til hvordan dette tilbudet skal og kan fungere. Prosjektet kan derfor karakteriseres som såkalt fase 1 – prosjekt, som betyr at det dreier seg om å få oversikt og kunnskap om eksisterende tilbud. Dette kan igjen øke kunnskap og forståelse for området og på den måten initiere nye prosesser og prosjekter, samt legge et grunnlag for å iverksette tiltak som eventuelt kan bedre nåværende systemer og tjenester.

For å få en oversikt over dette har gruppen spesielt innhentet og hatt fokus på bl .a. rutiner, prosedyrer, dokumentasjon, rehabiliterings – aktivitet etc. på følgende områder:

Karmøy Kommune:

- Bestillerkontoret og koordinerende enhet
- Hjemmesykepleien
- Sykehjemmene
- Fysio- og ergoterapitjenesten

Helse Fonna/Haugesund Sykehus:

- Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering
- Nevrologisk avdeling
- Øvrige avdelinger
- Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering med bindeleddsfunksjon til Regionalt Kompetansesenter for habilitering og rehabilitering
- Tilknytning og bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner

Gruppen har ellers gått gjennom tilgjengelig statistikk, juridiske føringer, aktuell forskning inkludert rapporter, utredninger og utviklingsarbeid m.m. Det er gjort et litteratursøk der en har søkt å finne aktuell litteratur omkring organisering av rehabiliteringstilbudet eller forskning som har et overordnet perspektiv og fokus på eldre pasienter. Siden dette prosjektet

ikke har fokus på spesielle diagnoser, begrenser det også søkeresultatet siden mye av forskningen er rettet mot ulike diagnoser.

Karmøy Kommune er i gang med en del endringer og planlegging av nye tilbud.

Kartleggingen i prosjektet er i hovedsak basert på hvordan tjenestene har fungert og dimensjonert ut fra situasjonen i prosjektperioden som hadde varighet fra juni 2011 til og med januar 2012 med en etterfølgende rapportskrivingsperiode.

3. STATUSBESKRIVELSE AV REHABILITERING I KARMØY KOMMUNE

Karmøy Kommune er en relativt stor kommune og kommunen har organisert deler av helse og omsorgstjenesten rundt en bestiller – utførermodell. I tilknytning til bestillerkontoret er det også en koordinerende enhet for rehabilitering. Bestillerkontoret vurderer og gjør vedtak om helse og omsorgstjenester. Helse og omsorgstjenesten er ellers organisert i virksomheter bl.a. 6 sykehjem og 7 hjemmetjenester. Fysio- og ergoterapitjenesten er organisert som en egen enhet som server pasienter både i egen bolig og i institusjonene.

3.1 Bestillerkontoret

Bestillerkontoret er den enheten som mottar henvendelser/søknader om helse og omsorgstjenester som er vedtaksberettiget. Det gjelder blant annet hjemmetjenester og institusjonsplasser samt fysio- og ergoterapitjenester, som er en vesentlig del av helse og omsorgstjenesten i kommunen og der en vesentlig del av rehabiliteringen vil foregå. I en kartlegging av rehabiliteringsvirksomheten igangsatt av bestillerkontoret ble det registrert 6 dokumenterte/skriftliggjorte rehabiliteringsprosesser uten IP (individuell plan) i perioden 01.01.11 – 31.10.11. Samtidig var det vedtak på 130 IP – er for voksne over 18 år, men det er uklart om og i tilfelle i hvilken grad disse inneholder rehabilitering. Dette betyr at bestillerkontoret, slik det kan se ut som at situasjonen er i dag, i svært liten grad identifiserer og starter rehabiliteringsprosesser. Dette får betydning for hjemmesykepleien som i stor grad er styrt av vedtak fra bestillerkontoret. Det vil si at når rehabilitering ikke blir definert og beskrevet i vedtakene, så utfører heller ikke hjemmesykepleien rehabilitering. Det samme vil i stor grad skje i forhold til innleggelses i sykehjem og/eller dagtilbud.

3.2 Koordinerende enhet

Kommunen er forpliktet til å ha en koordinerende enhet, og Karmøy Kommune har dette, og denne har blant annet ansvar for:

- Vurdering og saksbehandling av saker vedrørende helhetlig rehabilitering herunder søknad om individuell plan.
- Ha oversikt over kontaktpersoner (personlige koordinatore) og eksisterende individuelle planer.

- Kvalitetssikre arbeid med individuelle planer.
- Medvirke til opplæring og veiledning av personlige koordinatører.
- Bidra til tverrfaglig og tverretattlig samarbeid samt samarbeid med helseforetak.
- Bidra til å være lokal pådriver i planlegging og utvikling av rehabiliteringsfeltet.
- Være senter for erfaringsoverføring i komplekse saker.
- Melde videre til etatsledelse om udekkede behov.
- Bidra til avklaring m.h.t. hvilke metoder og behandlingsopplegg kommunen skal kunne tilby.

3.3 Rehabilitering i sykehjem

Det er pr. i dag ikke en egen rehabiliteringsenhet i sykehjem i Karmøy Kommune. Det som er benevnt som rehabilitering er 3 plasser på sykehjemmet i Kopervik, men disse er egentlig definert som korttidsplasser på samme måte som ved de andre sykehjemmene. Grunnen til at de blir trukket fram spesielt er at de har vært primært tiltenkt pasienter med slag og blitt karakterisert som såkalte ”slagsenger”. På grunn av at disse trenger oppfølging av fysio- og ergoterapeuter, er det mer rasjonelt å ha disse pasientene på et sted, med tanke på avstander og bruk av tid til transport for tjenesteyterne.

Fra januar til november 2011 har det vært 15 pasienter med rehabiliteringsbehov innlagt i sykehjem. Med rehabiliteringsbehov menes at fysio- eller ergoterapeut har vært involvert uten at dette nødvendigvis er definert og dokumentert som rehabilitering. Ca 13 har vært innlagt i ”slagsengene”, mens 2 har vært innlagt på andre sykehjem i kommunen. Uten at vi har statistikk på det, er det er å anta at en del av disse pasientene kommer fra sykehuset og at de utgjør en del av de pasientene som blir skrevet ut fra sykehuset med en rehabiliteringsdiagnose. Vi kan på bakgrunn av dette anslå at ca. 20 pasienter i løpet av et år vil ha et rehabiliteringsbehov i sykehjem, ut fra den erfaring, kriterier og vurderinger som blir lagt til grunn i dag.

3.4 Rehabilitering tilknyttet hjemmesykepleie/hjemmetjenester

Med hjemmesykepleie mener vi i denne sammenhengen det som blir definert som personlig bistand/ helsehjelp/helsetjeneste i hjemmet jfr. ny Lov om helse og omsorgstjenesten i kommunene (2011) og Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999), og som utføres av autorisert helsepersonell. Hjemmetjenesten i Karmøy mottar bestillinger fra bestillerkontoret

og utfører oppdragene i tråd med de bestillinger som blir definert. Erfaring fra blant annet hjemmetjenesten på Åkra viser at omtrent ingen av de oppdragene som tjenesten utfører defineres som rehabilitering eller tilfredsstillende krav til rehabilitering; dvs. at oppdragene skal skje i et samarbeid med andre aktører, det skal være klare mål og virkemidler, og de skal være planlagte og tidsavgrensede. Det betyr ikke at hjemmetjenesten ikke utfører oppgaver og oppdrag som kan dreie seg om opptrening og tilpasning til en funksjonssvikt og/eller funksjonshemming, men oppdragene blir ikke definert som en del av et samlet rehabiliteringsopplegg der hjemmetjenesten blir definert som en av aktørene.

3.5 Fysio- og ergoterapitjenesten

Fysio- og ergoterapitjenesten utfører fysio- og ergoterapitjenester etter vedtak fra bestillerkontoret. Tjenestene gis både i og utenfor institusjon og gis til brukere i alle aldre. I tillegg er kommunens lager for kortvarig utlån av tekniske hjelpemidler tillagt denne virksomheten, samt teknisk drift av trygghetsalarmer og kommunens hørsel og syns - kontaktfunksjon.

Fysio- og ergoterapitjenesten er ofte en viktig aktør i rehabiliteringssaker, både som tilretteleggere, funksjonstrener og koordinatører. Kommunen har også privatpraktiserende fysioterapeuter som bidrar med behandling og opptrening av hjemmeboende brukere og som er samarbeidspartnere med den kommunale helse og omsorgstjenesten. I Karmøy er det 15,29 driftstilskudd for privatpraktiserende fysioterapeuter. En del pasienter overføres til dem når en avslutter kommunale tjenester der det er behov for videre behandling, evt. vedlikeholdstrening.

173 voksne personer fikk ellers fysioterapi og/eller ergoterapibehandling av kommunalt ansatte terapeuter i 2011. Dette er personer som ikke kan nyttiggjøre seg fysioterapibehandlinger hos privatpraktiserende fysioterapeuter ved et institutt eller av private hjemmebehandlere. I tillegg, eller sammen med fysioterapi eller ergoterapi, ble 470 personer gitt hjelp til tilrettelegging av bolig/bil og anskaffelse av varige tekniske hjelpemidler (THV) i 2011. I den grad det var nødvendig, ble det også gitt assistanse i forhold til tilpassing og opplæring i bruk av det varige tekniske hjelpemidlet når det ankom kommunen, eksempelvis opplæring i bruk av elektrisk scooter eller tilpassing av rullestol. Aldersmessig var hovedmengden voksne som fikk tjenester 65+. Det ble utlevert ca

1500 hjelpemidler til kortidsbruk fra kommunalt lager. I tillegg ble det distribuert over 4000 hjelpemidler fra NAV- Hjelpemiddelsentralen til varig bruk ut til brukere via kommunens lager.

3.6 Avtale mellom NAV hjelpemiddelsentral Rogaland og Karmøy Kommune

Kommunen har en viktig oppgave i forhold til formidling av tekniske hjelpemidler og det er derfor utarbeidet en egen tilleggsavtale omkring samarbeidet om dette i forhold til hjelpemiddelsentralen. Avtalen beskriver behov for gjensidig informasjon, utnevning av kontaktpersoner i kommunen, hjelpemiddelsentralens ansvar for kurs og opplæring, behovsoppdaging/behovsvurdering, utprøving, søknadsbegrunnelser og behandling av søknader, bestilling, distribusjon og vedlikehold m. m.

3.7 Avtale om inn og utskrivingsplanlegging mellom Helse Fonna og kommunene

I henhold til Samhandlingsreformen (2011) er det krav om at arbeidsfordeling og andre forhold omkring rehabilitering, tas inn i avtalen mellom helseforetak og kommunene. I Helse - Fonna - området vil disse avtalene bli utarbeidet første halvår 2012.

4. STATUSBESKRIVELSE AV REHABILITERING I HELSE FONNA

I følge samdata for spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2011) har antall pasienter som mottar rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten gått ned på landsbasis, mens det har vært en økning i polikliniske rehabiliterings - konsultasjoner. Liggetiden i sykehus for rehabiliteringsopphold var i snitt i 2010 17,2 dager. Sett i forhold til andre deler av landet er det relativt få rehabiliteringsopphold i institusjon i Helse Fonna – området, mens Stavanger – området har færrest.

4.1 Døgnpost/seksjon for fysikalsk medisin og rehabilitering

Helse Fonna har en egen seksjon for fysikalsk medisin og rehabilitering som er lokalisert ved Stord sjukehus.

Seksjonen har følgende fagpersoner: Lege, sykepleier, hjelpepleier, ergoterapeut, fysioterapeut, logoped, psykolog. Det er tilknyttet ortopedingeniør og mulighet for å trekke inn synspedagog.

For å få plass på denne avdelingen må følgende kriterier oppfylles:

- Pasienten må ha sammensatt funksjonsnedsettelse og behov for tverrfaglig spesialisert rehabilitering
- Pasienten må ha et rehabiliteringspotensiale
- Pasienten må være motivert
- Pasienter i subakutt fase blir prioritert
- Fagkompetansen og pleiefaktoren i avdelingen vil i noen grad styre hvilke pasientgrupper en tar inn

Følgende blir ekskludert:

- Pasienter som trenger kommunal rehabilitering
- Pasienter som det er bygget opp og vedtatt et regionalt tilbud for som pasienter med rygg/tverrsnittsskader og alvorlige hodeskader
- Pasienter med opptreningsbehov etter enkel ortopedi
- Pasienter under 18 år

4.2 Private rehabiliteringsinstitusjoner med avtale

Private rehabiliteringsinstitusjoner har vært en del av spesialisthelsetjenesten siden 2006. Pasienter med moderat funksjonssvikt med behov for opptrening som ikke kan løses lokalt eller mens pasienten bor hjemme, kan vurderes med henblikk på opptreningsopphold. Det forutsettes at institusjonen har tilstrekkelig bemanning og fagkompetanse i forhold til den aktuelle pasientgruppen. Konkret dreier det seg om rehabilitering der en kan oppnå bedring av livskvalitet/helsetilstand. I hovedsak dreier dette seg om følgende:

- Kreft – etter operative inngrep eller behandling
- Ulike nevrologiske lidelser og betydelige smertetilstander
- Sirkulasjon (bl. a. ulike hjertelidelser) og åndedrett – etter sykdom, forverring
- Muskel skjelett og reumatiske lidelser – etter større operasjoner
- Skader i skjelett som brudd og lettere hodeskader
- Sykelig overvekt
- Tinnitus
- Tilbud innenfor ordningen ”**raskere tilbake**” som dreier seg om å få mennesker som er i ordinært arbeid og som er sykemeldte raskt tilbake i arbeid. Det kan også gjelde personer som står i fare for å bli sykemeldt, men der dette kan forebygges ved at de får rask spesialistbehandling.

Helse Vest har avtale med 5 private rehabiliteringsinstitusjoner i regionen. Ansvaret for opptreningsinstitusjonene ble lagt til Regionale Helseforetakene i 2006, og det ble da stilt økte krav til fagkompetansen ved institusjonene. Flere institusjoner har nå også tilbud til pasienter med behov for assistanse/hjelp til personlig stell med mer.

Søknader kan gå både fra kommunen (fastleger) og spesialisthelsetjenesten. Regional Vurderingsenhet, som er lagt til Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering i Helse-Bergen, vurderer henvisninger fra fastleger, legespesialister, manuellterapeuter og kiropraktorer. Spesialisthelsetjenesten søker direkte til de private rehabiliteringsinstitusjonene. Prioriteringer av søknader skjer etter spesialisthelsetjenestens prioriteringsforskrift og prioriteringsveilederne der bedring av livskvalitet/helsetilstand er et sentralt moment (Forskrift om prioritering av helsetjenester 2000). Tilbudet er ikke rettet mot personer som hovedsakelig trenger pleie, omsorg, hvile eller avlastning. Ved inntak blir det lagt vekt på at

pasienten kan nyttiggjøre seg tilbudet, og at rehabiliteringsinstitusjonen har et tilbud som kan gi pasienten ønskelig helsemessig bedring.

For noen pasienter blir tilbud i rehabiliteringsinstitusjoner i andre regioner benyttet. En rask gjennomgang av bruken av innleggelse i private rehabiliteringsinstitusjoner viser at Helse Fonna - området ligger relativt lavt i forbruk av disse sett i forhold til de fleste andre foretak (Helsedirektoratet samdata spesialisthelsetjenesten 2011).

De private rehabiliteringsinstitusjonene er følgende:

- Åstveit
- Rehabilitering Vest (samlokalisert med Revmatismesykehuset i Haugesund; har tilbud til pasienter med muskel - skjelettplager og postoperativ ortopedi)
- Ravneberghaugen
- Røde Kors Haugland
- Krokeide
 - Nærland (underavdeling)

I en gjennomgang av hvilke rehabiliteringsoppgaver som kan overføres til kommunene, anbefaler Helsedirektoratet (2010):

- Eldre som mottar vanlig rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner
- Overvekt
- Artrose

4.3 Hjerneslag

Hjerneslag er en dominerende og utfordrende sykdom sett i forhold til rehabilitering, selv om en del får kurativ behandling i form av tromboseoppløsende/trombolytisk behandling. Helse Vest har derfor utarbeidet «Regional plan for behandling og rehabilitering ved hjerneslag» (sendes ut på høring jan/febr 2012). Denne bygger på de nasjonale retningslinjene som kom i april 2010 (Helsedirektoratet 2010). I en foreløpig rapport under et avsnitt om; ”akutt behandling og tidlig rehabilitering i slagenhet” heter det at:

”Alle sykehus som skal behandle slagpasienter i akutfasen skal tilby slagenhetsbehandling. Sykehus uten slagenhet bør ikke behandle pasienter med akutt hjerneslag fordi mulighetene for overlevelse og/eller vesentlig funksjonsbedring er klart svekket for pasienter som ikke får slagenhetsbehandling. Det er imidlertid også

viktig at kvaliteten på slagenhetene er tilfredsstillende. Derfor bør struktur, organisering og behandlingstilbud være på samme nivå som ved de slagenhetene som har vist god effekt i de vitenskapelige studiene.”

Slagenhet kan defineres som: ”en organisert behandling av slagpasienter i en geografisk avgrenset enhet med faste senger, bemannet med et tverrfaglig spesialopplært personale og med et standardisert program for diagnostikk, observasjon, akutt behandling og tidlig rehabilitering”. Det skal etableres «teleslag/-konsultasjon» for å sikre god akuttbehandling ved mindre sykehus som ikke har egen slagenhet. I Helse - Fonna vil det være etablert slagenhet ved Haugesund sjukehus og Stord sjukehus, medisinsk seksjon. Ved Odda sjukehus vil det kunne gis akuttbehandling med trombolyse ved bruk av teleslag, men pasientene skal deretter overflyttes sykehus med slagenhet.

Rehabilitering vil først og fremst foregå der pasienten lever sine vanlige liv, dvs. i kommunene. Ca 20 % av pasienter med hjerneslag vil trenge spesialisert rehabilitering på sykehusnivå. Helsedirektoratet utga i desember 2011 en rapport som omhandler «Avklaringer av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet». Denne rapporten bruker slagrehabilitering som en modell og fremholder at det er varierende kapasitet og kompetanse på kommunalt nivå, spesielt i små kommuner. Kommunene trenger å ha døgnrehabilitering i sykehjem, hjemmebasert rehabilitering, dagrehabiliteringstilbud og tilrettelegging av bosituasjon.

Under overskriften tidlig støttet utskriving redegjøres for rehabilitering i hjemmet etter utskriving så snart det er medisinsk forsvarlig og tilrådelig, der det skisseres oppfølging ved et ambulant team utgående fra spesialisthelsetjenesten, samt videre oppfølging fra et særskilt kommunalt rehabiliteringsteam i en avgrenset tidsperiode, anslagsvis 3 – 8 uker (Helsedirektoratet 2011). For å bidra til avklarte samarbeidsforhold og sømløse tjenester, bør helseforetak og kommuner sammen etablere standardiserte pasientforløp for hjerneslagbehandling og -rehabilitering på tvers av nivåene.

4.4 Rehabiliteringsaktiviteten i Helse Fonna/Haugesund Sykehus

I Helse Fonna er rehabilitering i hovedsak knyttet til døgnpost for spesialisert rehabilitering og nevrologisk seksjon. Dette begrunnes i at det fra januar til og med oktober – 2011 var 22 utskrivinger til Karmøy Kommune der diagnosene rehabilitering, dvs. Z50.89 ”Vanlig” og Z50.80 ”Kompleks” ble brukt, hovedsakelig fra nevnte avdelinger. Det betyr at bruken av

rehabiliteringsdiagnoser ikke er benyttet i sykehusets øvrige seksjoner. Av de 22 pasientene det var snakk om er 2 usikre grunnet reinnleggelser og dødsfall. Stort sett dreier det seg om slag, andre nevrologiske sykdommer og opptrening etter langvarig immobilitet. 2 var under 40 år, 2 mellom 50 og 60 år, 10 var mellom 60 og 70 og 4 var mellom henholdsvis 70 og 80 og 80 og 90 år.

Dette betyr at vi da kan anslå at antall pasienter med behov for rehabilitering utskrevet fra sykehuset til Karmøy kommune dreier seg om 30 – 35 pasienter årlig. Fra enkelte avdelinger blir ikke rehabiliteringsdiagnose brukt selv om ulike rehabiliteringstiltak har vært iverksatt og det er blitt søkt om hjelpemidler og ergo -/fysioterapi. En kan derfor fastslå at sykehuset i begrenset grad definerer rehabiliteringsbehov ut mot kommunen. Det betyr at rehabiliteringsaktiviteten på de ”vanlige” avdelingene på sykehuset er vanskelig å se og definere fordi dokumentasjonen mangler. Dermed kan kommunene få overført pasienter som har et rehabiliteringsbehov uten at dette er klart meddelt fra sykehusets side. Kommunen må i disse tilfellene selv avklare dette behovet.

4.5 Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten

Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten er lovfestet i Lov om spesialisthelsetjenesten (1999), Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (1999) og i ny Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011). Koordinerende enhet har bindeleddsfunksjon mot Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering.

Den koordinerende enheten skal ha generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen, og bidra til å sikre at pasienter med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, får et helhetlig tilbud.

Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for individuell plan i helseforetaket. Den koordinerende enheten skal ha oversikt over og nødvendig kontakt med kommunehelsetjenesten. Bestemmelsen har særlig betydning for å sikre kontinuitet i det samlede rehabiliterings- og habiliteringstilbudet for den enkelte bruker av tjenesten. Foretaket skal sørge for kontaktpunkt for tverrfaglig samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, for på denne måten å bygge opp faste kontaktpunkter for informasjon og samarbeid på begge nivåer. Det er opprettet nettverk bestående av Helse Fonna og de 19 tilhørende kommunene, se:

<http://www.helse-fonna.no/omoss/avdelinger/koordinerende-eining-for-habilitering-og-rehabilitering/Sider/enhet.aspx>)

Alle de 19 kommunene har navngitte kontaktpersoner for koordinerende enhet pr. febr 2012.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering skal være nettversbygger og tilrettelegger av gode møteplasser. Ulike aktiviteter som felles fag - dager, prosjektarbeid og arrangement i samband med "ReHabiliteringsuka" blir invitert til under fanenavnet "Møteplassen".

"Møteplassen" er et lokalt forum for samhandling og fagutvikling i feltene rehabilitering og habilitering. Møter blir holdt 1-2 ganger pr. år. Koordinerende enhet leder og tilrettelegger møtene. Det finnes et Arbeidsutvalg for møteplassen, der representantene velges for to år. Koordinerende enhet er ansatt i 50 % stilling i bindeleddsstilling opp mot regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering. Koordinerende enhet i de andre helseforetakene i Helse Vest har også bindeleddsfunksjon i en prosentandel opp mot Regionalt kompetansesenter.

Regionalt nettverk

Regionalt Kompetansesenter for Habilitering og Rehabilitering har fem hovedoppgaver:

1. Regional koordinerende enhet (RKE).
2. Nettverksbygging.
3. Undervisning.
4. Regional vurderingsenhet for rehabilitering.
5. Forskning og fagutvikling.

Aktiviteter knyttet til nettverk og møteplasser ved KE planlegges og samordnes gjennom RKE.

Regional møteplass blir gjennomført årlig under Rehabiliteringsuka. Dette er en tverrfaglig konferanse der det regionale kontaktnettverket og andre samarbeidspartnere inviteres.

5. PASIENTGRUPPENE

Hvis vi ser på de pasientene som mottar et rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten/sykehus, viser det seg at på landsbasis er 34 % over 67 år (Helsedirektoratet samdata spesialisthelsetjenesten 2011). Ca. hver 3. pasient mottok et rehabiliteringstilbud grunnet/etter operasjoner eller sykdommer i skjelett, muskel og bindevev. 19 % for sykdommer i sirkulasjonssystemet, 14 % grunnet sykdommer i åndedrettsystemet og 9 % for sykdommer i nervesystemet. Når det gjelder kommunene er det i følge Helsedirektoratet slik at det ikke eksisterer god nok statistikk over hvilke pasientgrupper som mottar rehabilitering i kommunene.

Når det gjelder overføring av pasienter fra sykehuset/Helse Fonna til Karmøy Kommune der rehabilitering er definert og diagnostisert, så dreier dette seg stort sett om slag, andre nevrologiske sykdommer og opptrening etter langvarig immobilitet grunnet sykdom. På bakgrunn av den erfaring flere i gruppen sitter inne med, kan vi si at eldre pasienter er overrepresentert i gruppen hjerneslag. Andre grupper er pasienter med revmatiske tilstander, lårhalsbrudd, brå funksjonsfall av ulike årsaker, Multippel Sklerose, ulike traumer, KOLS, hjertesvikt m. m.

6. LITTERATUR; INKLUDERT LOVER OG FORSKRIFTER – FORSKNING OG UTVIKLINGSARBEID

6.1 Aktuelle lover, forskrifter, stortingsmeldinger, proposisjoner etc.

6.1.1 Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011) har noen bestemmelser om rehabilitering.

- I kapittel 3 om kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester står det at kommunen skal tilby sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.
- I kapittel 6 fremholdes plikten til å inngå samarbeidsavtale mellom kommune og helseforetak, og i krav til avtalens innhold nevnes at avtalen, som et minimum, blant annet skal inneholde retningslinjer for samarbeid i tilknytning til habilitering og rehabilitering.
- I kapittel 7 om individuell plan, koordinator og koordinerende enhet står det at kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

6.1.2 Lov om pasient og brukerrettigheter (1999)

Pasient og brukerrettighetsloven definerer en pasient som en som mottar helsehjelp, og helsehjelp defineres igjen som handlinger gitt av helsepersonell der rehabilitering er en type handling som altså defineres som helsehjelp. Rehabilitering er derfor en type handling eller hjelp som pasienter etter pasientrettighetsloven har rett på, i den grad den vurderes som nødvendig. Når det gjelder spesialisthelsetjenesten så sies det en del om at hjelpens nytte må stå i forhold til dens kostnad, og at spesialisthelsetjenesten om nødvendig må nytte private tilbud for å gi forsvarlig helsehjelp.

6.2 Forskriften om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011)

Det er nå kommet ny Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011) som avløser den gamle forskriften fra 2001. Pasienter skal tilbys og ytes nødvendig sosial, psykososial eller medisinsk rehabilitering i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Den nye forskriften skal styrke samhandlingen mellom tjenesteyter, pasient, bruker, og eventuelt pårørende, samt mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene. Legg også merke til at en bruker både betegnelsen pasient og bruker. Definisjonen er lik med unntak av at pasientbetegnelsen er tatt inn. Foruten å definere hva habilitering og rehabilitering er, inneholder forskriften blant annet følgende sentrale føringer:

- Det skal legges til rette for at bruker kan medvirke i egen rehabilitering og at brukerrepresentanter kan delta i planlegging, utvikling og evaluering av rehabiliteringsvirksomhet både i spesialist- og kommunehelsetjenesten.
- Kommunen skal planlegge og ha en generell oversikt over behov for rehabilitering i den aktuelle kommune.
- Både kommune- og spesialisthelsetjenesten skal ha en koordinerende enhet, og når det gjelder kommunen blir det nå presisert i kap. 5 at koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeid med individuell plan og for oppnevning og opplæring av koordinatorene. Dette er i tillegg eksplisitt nevnt i ny Lov om helse og omsorgstjenesten i kommunen (2011) (nevnt over). I kommunene skal tjenestene som tilbys være synlige og lett tilgjengelige for brukere og samarbeidspartnere. I spesialisthelsetjenesten skal den koordinerende enheten ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Enheten skal også ha oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i kommunehelsetjenesten.
- Koordinerende enhet skal ha det overordnede ansvaret for individuell plan.
- Hjelpemidler skal formidles (kommunen).
- Personell skal kunne melde behov for rehabilitering (begge forvaltningsnivå).
- Både i spesialist- og kommunehelsetjenesten skal det utnevnes koordinator for pasienter med komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester. Dette gjelder uavhengig om pasienten ønsker individuell plan.
- Det regionale helseforetaket/spesialisthelsetjenesten skal videre:

- sørge for trening og oppøving av funksjon og ulike individuelle ferdigheter som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning
- sørge for intensiv trening som inngår i individuelle planer, eller som et nødvendig, spesialisert tilbud etter behandling
- sørge for tilrettelagt opplæring for brukere som trenger det, og tilrettelegge rammebetingelser som kan bidra til økt mestring
- råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltbrukere og utarbeiding av individuelle planer
- gi generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen samt samarbeide med andre etater når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte

6.2.1 Sykehjemsforskriften (1988) – Forskrift om kommunal helse og omsorgsinstitusjon (2011)

Sykehjem kan være en viktig aktør innenfor rehabilitering i kommunene, men i Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (1988) brukes ikke begrepet rehabilitering, men ”medisinsk attføring” der det i forlengelsen nevnes at siktemålet med dette er tilbakeføring til hjemmet. Det er heller ikke krav om at dette er et tilbud som skal finnes på alle sykehjem, men at dette er en oppgave som sykehjemmet *kan* ha. I tilknytning til oppholdet skal det være organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleiertjeneste i samarbeid med andre deler av den kommunale helse- og sosialtjeneste. I forbindelse med ny lov om helse og omsorgstjenesten i kommunene er det samtidig laget en ny Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon (2011) som stadfester at sykehjem er å anse som en institusjon.

6.2.2 Forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien 2010)

Forskriften har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Forskriften gjelder den eldreomsorg som ytes i medhold av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Under § 3 om tjenestens innhold trekkes eksplisitt fram dette med habilitering og rehabilitering der det fremholdes at den eldre skal få; ”*bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering*”. Vi ser dermed at rehabilitering her trekkes inn som en viktig faktor for å bidra til en verdig eldreomsorg.

6.3 Stortingsmelding 47 – Samhandlingsreformen (2008-2009)

Stortingsmelding 47 om Samhandlingsreformen omtaler også rehabilitering uten at den er noe videre konkret om dette. Den sier at ”en stor andel pasienter som utskrives tidlig fra sykehus, har behov for et rehabiliteringstilbud parallelt med at de har et pleiebehov. En del kommuner tilbyr disse pasientene hjemmesykepleie eller plass i institusjon, men uten samtidig å gi tilbud om fysioterapi og ergoterapi. Flere kommuner har rehabiliteringsplasser i sykehjem. For at dette skal være reelle rehabiliteringstilbud slik det er definert i forskriften, bør behovet for tverrfaglighet gjenspeiles i personalets kompetanse. For mange pasienter er målet å bedre fysisk funksjonsnivå for fortsatt å kunne bo i eget hjem. For å kunne bo i eget hjem, er opptrening og trening på daglige gjøremål, det viktigste tiltaket. Fysioterapi og ergoterapi er sentrale tilbud for pasienter som skal trene opp funksjon og mestre dagliglivets aktiviteter. Tett oppfølging og intensiv trening er ofte nødvendig for at treningen skal ha optimal effekt. Dersom pasienten samtidig trenger pleie, må dette være en integrert del av treningen. Det må settes inn ressurser på et tidlig tidspunkt, for å unngå at pasienten blir innlagt eller reinnlagt i sykehus”. Stortingsmelding nr. 47 skiller mellom rehabilitering og opptrening og definerer opptrening som det å gjenvinne funksjonsevne, men at dette kan være en del av rehabiliteringen.

6.4 Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015)

Meldingen fremholder at mange pasienter som trenger rehabiliteringstjenester, opplever brudd og svikt i flyten mellom nivåene og mellom tjenestene. Rehabilitering involverer flere aktører i og utenfor helsetjenesten og rehabiliteringsprosessen må derfor planlegges og gjennomføres med utgangspunkt i den enkeltes behov, brukeren må delta aktivt og prosessen må skje i dagliglivet til den det gjelder. For enkelte vil det være tilstrekkelig med en avgrenset rehabiliteringsprosess. For andre vil det være nødvendig med tett bistand og oppfølging over tid. Planen fremholder videre at for mange vil habiliterings- og rehabiliteringstjenester omfatte tjenester som praktisk bistand, tilrettelegging og hjelpemiddelformidling i hjemmet eller på arbeidsplassen og bistand til å delta i fysiske og sosiale aktiviteter, og at habilitering og rehabilitering også kan finne sted på dagsenter, i barnebolig eller i sykehjem.

Planen fremholder videre at en må arbeide videre med å klargjøre kommunenes og spesialisthelsetjenesten sitt ansvar når det gjelder rehabilitering. For eksempel vil kommunene

kunne settes i stand til å ta et større ansvar for habilitering og rehabilitering hvis det blir etablert såkalte lokalmedisinske sentre som samarbeidsprosjekter mellom flere kommuner.

Det pekes også på at fysioterapitjenesten er en sentral del av den kommunale habiliterings- og rehabiliteringstjenesten og at departementet blant annet ønsker at kommunene skal ta større ansvar for innholdet i den avtalebaserte fysioterapitjenesten. For å oppnå dette vil departementet blant annet vurdere å stille funksjons- og kvalitetskrav til den avtalebaserte fysioterapitjenesten.

Ellers fremholdes at kommuner og helseforetak skal videreutvikle ordningen med koordinerende enhet, og i større grad ta i bruk individuell plan som et verktøy i habilitering og rehabilitering.

6.5 Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering, 2008 - 2011

Dette er en proposisjon som handler om at rehabilitering ikke har den posisjon og prestisje som overordnede mål for helse- og omsorgstjenesten tilsier. Det foreslås derfor en rekke tiltak for blant annet å styrke kontinuitet og samhandling, brukermedvirkning, utdanning og kompetanse. Det siste blant annet ved å vurdere en sterkere prioritering av rehabilitering i helsefaglige grunnutdanninger. De private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene er også i fokus i og med at disse er et viktig bidrag til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Det er en erkjennelse at deres rolle og rammebetingelser ikke er tilstrekkelig klarlagt og at det er behov for det. Det er også en erkjennelse av at individuell plan, som skulle være et viktig redskap i rehabiliteringsarbeidet, ikke har fungert tilfredsstillende.

Det er nå noen år siden denne proposisjonen ble utarbeidet, men den bygger opp omkring en forståelse av at rehabilitering ikke har den prioritering verken i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten eller i høyskoler og universitet som ønskelig fra sentralt hold, og den berører dermed alle parter i Helsetorgmodellen.

6.6 Rapport fra helsedirektoratet om "Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste på rehabiliteringsområdet" (Helsedirektoratet 2011)

Denne rapporten er ment å være en rettesnor for hvordan oppgavene på rehabiliteringsfeltet skal fordeles mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. Rapporten avklarer ikke i detalj

ansvars og oppgavefordelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, men peker i grove trekk på følgende:

Kommunal rehabilitering ved:

- Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljøet
- Behov for langvarig og koordinert oppfølging.
- Behov for tverrsektoriell samhandling

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten ved:

- Behov for spesialisert kompetanse
- Behov for kompleksitet
- Behov for intensitet

6.7 Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet 2010)

Denne inneholder en samling anbefalinger og retningslinjer for behandling av hjerneslag basert på gjennomgang av tilgjengelig litteratur og konsensus blant erfarne fagpersoner på området.

6.8 Regional plan for slagbehandlingsskjeda/behandling og rehabilitering av Hjerneslag i Helse Vest (2011).

Dette er en plan for Helse - Vest som er utarbeidet i samarbeid med fagpersoner innen akuttbehandling og rehabilitering av hjerneslag fra de 4 foretakene i regionen. Planen bygger på de nasjonale retningslinjene og gjeldende helselovgivning.

6.9 Forskning

I Helsedirektoratets avklaring av ansvars- og oppgavedeling på rehabiliteringsområdet henvises til en kartlegging gjort av Norges Forskningsråd (2003-2008) der det blir slått fast at det er svært lite forskning på rehabilitering og habilitering relatert til den rådende definisjonen av dette. På den andre siden er det en god del forskning på delprosesser. Det kan for eksempel dreie seg om samhandling mellom sykehus og kommuner. I en fersk studie om individuell tilrettelegging for eldre pasienter etter sykehusopphold uttrykker ledere av sykehjem og

hjemmesykepleie i en middels stor bykommune, at det er ofte manglende oppfølging av eldre pasienter etter utskrivning (Tingvoll og Fredriksen, 2011). Konkret går dette på manglende informasjon og dokumentasjon, manglende relevante faglige vurderinger i forhold til hvilket behov pasienten har for tjenester i kommunen, manglende kapasitet i sykehjem, herunder mangel på fleksible overgangsordninger. Lederne uttrykker også at spesialisthelsetjenesten ofte har manglende innsikt i den kommunale helse og omsorgstjenesten. Når det spesifikt gjelder rehabilitering, uttrykkes det at det nødvendigvis ikke er mangel på planer og tiltak, men at det ofte skorter på oppfølging av tiltakene og planene. Det vi ikke vet er hvordan den aktuelle kommunen har organisert og dimensjonert sin helsetjeneste slik at vi må se resultatene i forhold til den ene kommunen, men studien kan gi en antydning om at pasientflyten av eldre pasienter ikke alltid skjer knirkefritt og at det kan skyldes flere forhold både i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Ellers ser det ut for at mange studier trekker fram betydningen av at tidlig rehabilitering av eldre kan foregå i tilslutning til hjemmet grunnet at det er der den eldre tross alt skal fungere (Crotty m. fl. 2008, Rensink m. fl. 2008, Ziden m. fl. 2008). Dessuten at dette er forbundet med en tilpasset organisering av hjelpen (Stott m. fl. 2006). Ikke minst gjelder dette slagpasienter der Nasjonale Retningslinjer for Behandling og Rehabilitering av Hjerneslag (Helsedirektoratet 2010) fremhever tidlig støttet utskrivning for dem som har mild til moderat funksjonssvikt.

I og med at dette prosjektet har en overordnet karakter med fokus på iverksetting av aktuelle nye tiltak, dvs. det er ikke fokus på spesielle del - prosesser eller diagnoser, er det blitt gjort et søk i Cochrane – databasen siden denne har fokus på kunnskapsbaserte beslutninger i forhold til avgjørelser som må tas i helsetjenesten. I søket er følgende søkeord brukt: Elderly - Home care/Care home/Hospital – Rehabilitation og det har i hovedsak endt i 3 studier. Når det gjelder forskning med fokus på om rehabilitering bør foregå i sykehus, sykehjem eller i hjemmet er det gjort en studie omkring dette av Ward, Drahota, Gal, Severs og Dean (2009). Studien inkluderer 56 studier av forskning gjort på området, og konkluderer med at det ikke finnes ”evidence” for, dvs. klare svar på om rehabilitering av eldre bør foregå fortrinnsvis i sykehjem, sykehus eller i hjemmet. Mange av studiene handler om slag, lårhalsbrudd, nytte – kostnad vurderinger av hjemmerehabilitering kontra institusjon, tidlig intervensjon og tidlig utskrivning fra sykehus. Grunnen til at det er vanskelig å konkludere i forhold til dette er at

rehabilitering av eldre i seg selv er kompleks fordi det innbefatter så mange forhold. Det er ikke et enkelt tiltak, men en endringsprosess bestående av mange ulike tiltak. Dessuten er forskning i form av sammenligninger av ulike systemer som sykehus, sykehjem og hjemmetjenester vanskelig.

En studie av Forster m. fl. (2011) om fysisk rehabilitering av personer som bor i langtidsinstitusjon, og i Norge er vel det mest å definere som sykehjem, viser at rehabilitering av denne gruppen er verdifull og trygg og det reduserer funksjonssvikt. 49 studier ble valgt ut og det inkluderte 3611 eldre med en gjennomsnittsalder på 82 år. De fleste rehabiliteringsoppleggene hadde en varighet på mindre enn 20 uker. De mest skrøpelige eldre hadde mest nytte av individuelle opplegg, mens de med minst funksjonssvikt hadde mest nytte av gruppeopplegg. Det er ingen klare indikasjoner på hvilket opplegg/type rehabilitering/intervensjon som har best effekt.

En studie gjort av Cochrane – slaggruppen (2009) bekrefter at tilpasset tidlig assistert utskrivning fra sykehus for en utvalgt gruppe slagpasienter, kan redusere langvarig avhengighet og innleggelse i institusjon samt redusert lengde på sykehusoppholdet. Dette samsvarer med den konsensus det er om slagbehandling jfr. nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag (Helsedirektoratet 2010).

6.10 Utviklingsarbeid/prosjekter

Det er nok en rekke prosjekter både nasjonalt og internasjonalt med rehabilitering som fortegn. Det som synes å ha hatt mest oppmerksomhet er det som kalles hverdagsrehabilitering som har sin bakgrunn i Danmark. Ellers har Bærum Kommune lenge hatt spesielle prosjekter og tilbud på rehabiliteringsområdet.

6.10.1 Hverdagsrehabilitering

Dette er et ord og begrep som har sin bakgrunn fra et prosjekt i Fredericia i Danmark, Fredericiamodellen (Uddannelsescenteret Fredericia, 2011). I dette prosjektet har man skilt ut en hjemmerehabiliteringsavdeling/- team fra den ordinære organiseringen med hjemmesykepleie der det arbeider såkalte hjemmetrenere inkludert både fysio- og

ergoterapeuter. Fokus har vært på personer/pasienter som søker om hjelp for første gang eller personer/pasienter som søker om mer hjelp.

En gjør en vurdering på om der er et rehabiliteringspotensiale som et alternativ til å sette inn hjelp eller mer hjelp. Fokus er ikke rettet mot en spesifikk diagnosegruppe, men har alle eldre som målgruppe og målet er at pasientene skal kunne bo hjemme lengst mulig. Er der et rehabiliteringsbehov settes det i verk en rehabiliteringsplan med tilhørende rehabilitering for en avgrenset periode. Selv om dette har sin kostnad ved at det må etableres en egen ny avdeling med egne medarbeidere, gir det en gevinst på den måten at færre pasienter trenger hjelp eller at de trenger mindre hjelp. Hverdagsrehabilitering representerer dermed en holdningsendring eller et paradigmeskifte sett i forhold til en utbredt hjelp – orientert og ivaretagende holdning til pasientene i kommunenes helse og omsorgstjeneste. Slagordet er ”Lengst Mulig i Eget Liv” der målet er at ”borgerne” styrkes i å klare seg selv (Kjellberg m. fl. 2011). Modellen har etter hvert fått stor oppmerksomhet i norske kommuner og mange har planer om å innføre ”Hverdagsrehabilitering”.

6.10.2 Hjemmerehabilitering og institusjonsrehabilitering i Bærum Kommune

Bærum Kommune har vært ledende på rehabilitering både i form av hjemmerehabilitering og rehabilitering i sykehjem. Spesielt gjelder dette Henie Onstad bo- og rehabiliteringssenter som er en spesialenhet for utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Avdelingen startet opp sommeren 2003, som et samarbeidsprosjekt mellom Sykehuset Asker og Bærum, (Bærum sykehus, Vestre Viken HF) og Bærum kommune. Disse plassene kan også tildeles pasienter som kommer hjemmefra og som trenger et ”løft” i fysisk funksjon. Pasientene kan også komme fra andre sykehus. I tillegg til dette hadde Bærum Kommune et Hjem – Rehabiliteringsprosjekt som ble avsluttet i 2002 der det ble etablert et team som gav et rehabiliteringstilbud i pasientenes hjem der innsparing av institusjonsplasser var et sentralt element (Bærum Kommune 2003).

7. HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND – AVD. FOR HELSEFAG

Høgskolen driver pr. i dag ingen videreutdanninger i rehabilitering, men Høgskolen har vært involvert i dette tidligere og flere av dem som i dag arbeider i helsetjenesten i Helse Fonna – området har denne videreutdanningen. Utenom dette driver Høgskolen sykepleierutdanning både på Stord og Haugesund. Går vi til rammeplanen for grunnutdanning i sykepleie, som er en plan for nasjonal styring av sykepleierutdanningene, er rehabilitering nevnt en - 1 gang i forbindelse med omtale av sykdomslære og naturvitenskapelige fag. Innad i sykepleierutdanningene har det de siste årene ikke vært noen egen undervisning eller eget pensum i rehabilitering utenom Stord som har hatt undervisning, men ikke eget/spesifikt pensum i dette. Det betyr ikke at rehabilitering nødvendigvis er fraværende i undervisning, men som begrep og systematisk praktisk anvendelse har det liten oppmerksomhet og det blir ikke klart definert og avgrenset. Slik sett fungerer utdanningen som et speilbilde av det som ellers skjer i helsetjenesten.

8. HVAR ER KARMØY KOMMUNE SITT ANSVAR OG HVA ER HELSE FONNA SITT ANSVAR MED TANKE PÅ Å GI ET FORSVARLIG REHABILITERINGSTILBUD?

Det er nettopp kommet en rapport om avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (Avklaring av ansvars og oppgave fordeling mv. Helsedirektoratet 2011). Bakgrunnen for denne rapporten var at kommunene får større ansvar for rehabilitering i forbindelse med samhandlingsreformen, og på bakgrunn av dette fikk Helsedirektoratet i oppdrag å lede en arbeidsgruppe som skulle utrede dagens pasientforløp og ønsket pasientforløp vedrørende rehabilitering. En skulle også se på hvordan arbeidsfordelingen ideelt burde være mellom sykehus og kommune og fordelingen poliklinikk og døgntilbud. Rapporten konkluderer med at det er lite forskning på området. Den angir videre at rehabiliteringsaktiviteten på døgnbasis i spesialisthelsetjenesten, inkludert de private rehabiliteringsinstitusjonene, i en viss grad er på nedadgående og at poliklinisk rehabilitering i noen grad er på vei opp. Rapporten konkluderer imidlertid med at det er vanskelig å si noe absolutt og allmenngyldig om ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommuner og sykehus, men at kommunenes rolle når det gjelder rehabilitering vil bli større. Generelt gis det uttrykk for at ved høy grad av spesialisering går ansvaret i retning spesialisthelsetjenesten og ved langvarig koordinert oppfølging så går det i retning av kommunehelsetjenesten.

8.1 Kommunehelsetjenesten/Karmøy Kommune

Ut fra de erfaringer og de data prosjektgruppen har hatt tilgang til samt, diskusjoner i gruppen, kan en i store trekk si at kommunehelsetjenesten sitt rehabiliteringsansvar går i retning av å gi et rehabiliteringstilbud til de som ikke fyller vilkår for eller der det ikke er hensiktsmessig med rehabilitering i sykehus/spesialisthelsetjenesten. Det vil si i de tilfeller der rehabiliteringsbehovet hos pasientene kan ivaretas bedre eller like godt med et tverrfaglig kommunalt rehabiliteringstilbud, eventuelt i et samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Rehabiliteringsansvaret i kommunen favner dog bredere enn det som er knyttet til enkeltdiagnoser eller medisinsk rehabilitering. Kommunalt rehabiliteringsansvar gjelder alle brukere/innbyggere i kommunen med akutt eller kronisk nedsatt funksjonsevne som har rehabiliteringsbehov og som har et rehabiliteringspotensiale.

Eksempelvis:

- pasienter som har vært på et rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten og som krever et videre rehabiliteringstilbud ved utskrivelse, enten i hjemmet eller på kommunal institusjon
- pasienter som har vært akuttinnlagt i sykehus og er relativt raskt ferdigbehandlet og utskrivningsklare, men som har en omfattende funksjonssvikt og behov for rehabilitering.
- pasienter med funksjonssvikt som er innlagt i sykehjem for kortere eller lengre periode
- hjemmeboende med funksjonssvikt

Felles for disse er at de vil ha behov for større eller mindre grad av tilrettelegging og opptrening. Det være seg fysisk, kognitivt og/eller sosialt, eller ofte innen alle områder samtidig.

Kommunen har et særskilt ansvar for å vurdere, tilpasse og formidle nødvendige hjelpemidler, herunder; tilrettelegge miljøet rundt den enkelte. Videre har kommunen ansvar for å identifisere behov for rehabilitering, herunder nødvendige undersøkelser og utredning, eventuelt i et samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Kommunen skal ha en generell oversikt over behov for rehabilitering og det skal legges til rette for at helsepersonell skal kunne melde rehabiliteringsbehov som vedkommende helsearbeider blir kjent med i arbeidet, jfr. forskriften om rehabilitering. Den enkelte helsearbeider må derfor ha nødvendig kompetanse innen rehabilitering. Kommunen skal videre ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet som også skal ha et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene. Enheten skal også være en pådriver i det kommunale rehabiliteringsarbeidet.

Karmøy Kommune har pr. i dag ikke egne enheter/avdelinger som er «øremerket» rehabilitering, verken i institusjon eller hjemmetjenesten, slik som det er i spesialisthelsetjenesten (unntak for koordinerende enhet). En må derfor vurdere kommunens oppgaver når det gjelder rehabilitering ut fra en totaloversikt basert på en oversikt/innsikt i de ulike enhetene. For at kravet om tverrfaglighet skal ivaretas kreves at ulike yrkesgrupper samarbeider på tvers av organisatoriske skillelinjer. Bestillerkontoret har og vil derfor ha en sentral plass i arbeidet med å få/innhente informasjon om potensielle rehabiliteringsbehov. Der det er behov vil bestillerkontoret være sentral i forhold til å sy sammen pakker fra ulike enheter i en tverrfaglig rehabiliteringsinnsats.

8.2 Spesialisthelsetjenesten/Helse Fonna

I store trekk kan spesialisthelsetjenesten sitt rehabiliteringsansvar oppsummeres i følgende:

- Rehabilitering i forbindelse med akuttbehandling i sykehus
- LMS – (opplæring for å øke mestring slik at pasientene kan greie seg bedre selv)
- Spesialisert rehabilitering i egen seksjon for rehabilitering (Stord Sykehus)
- Rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner, dvs. behandling som kan karakteriseres som spesialisert behandling/rehabilitering, men som ikke er akuttbehandling og/eller behandling som trenger direkte tilgang på akuttsykehusenes ressurser, se pkt. 4.2
- Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering med bindeleddsfunksjon til Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering

Sentrale stikkord er kompleksitet, intensitet og spesialisert kompetanse. Mer spesifisert vil dette dreie seg om tverrfaglig rehabilitering ved sammensatt funksjonssvikt som ledd i individuell habiliterings-/rehabiliteringsplan. Dette vil skje i forbindelse med akuttbehandling i sykehusets akutttavdelinger og i egen døgnpost/avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering. Videre vil spesialisthelsetjenesten ha et ansvar for tilrettelagt opplæring for brukere som trenger det, og tilrettelegge rammebetingelser som kan bidra til økt mestring. Her kan for eksempel opplæring og undervisning for å øke mestring, som Helse Fonna i dag driver i LMS – sentrene, være en del av et større rehabiliteringsopplegg for enkeltpasienter. Helsedirektoratet mener imidlertid at hele eller deler av dette kan overføres kommunene, men det er avhengig av at kommunene bygger opp dette og det er ikke tilfelle i dag og må i tilfelle skje på sikt (Helsedirektoratet 2010).

Spesialisthelsetjenesten skal ellers kunne gi ambulante rehabiliteringstjenester hvis disse ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon. Helse Fonna har pr. i dag ikke etablert ambulant team som en del av driften, men på prosjektbasis er dette under utprøving overfor kommunene Bømlo, Stord og Fitjar i 2012. Helse Fonna har poliklinikk for rehabilitering som ledd i oppfølging av pasienter som har vært til opphold ved seksjonen, i hovedsak med tanke på førerkortvurderinger.

Når det gjelder rygg/tverrsnittsskader og alvorlige hodeskader har spesialisthelsetjenesten et regionalt tilbud om dette i Helse-Bergen.

Spesialisthelsetjenesten har ellers et generelt ansvar for å identifisere og iverksette

rehabiliteringsbehov hos innlagte pasienter. Ved utskriving skal sykehuset gi nødvendig informasjon, råd og veiledning ved behov for videre rehabilitering i kommunen.

9. DISKUSJON

Dette prosjektet kom i stand på initiativ fra kommuneadministrasjonen i Karmøy i forbindelse med at samhandlingsreformen stiller krav til at kommunene skal ta en større del av rehabiliteringsansvaret fra 2012. Status for rehabilitering i Helse Fonna og kommunen har vært gjennomgått. Seksjon for fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Fonna, 5 private rehabiliteringsinstitusjoner og regionale rehabiliteringstilbud ved alvorlige hodeskader og «Spinalenheten» ved Helse-Bergen er i dag etablerte tilbud. Ellers kan mye av den rehabiliteringen som foregår være vanskelig å få oversikt over, og kan være usystematisk og relativt udokumentert.

9.1 Karmøy Kommune

I Karmøy Kommune er det bestillerkontoret som fatter vedtak om blant annet hjemmetjenester og institusjonsplasser. Hvis ikke rehabilitering har fokus i vedtakene som blir gjort, vil det ha betydning for den rehabiliteringsaktiviteten som foregår ute i de ulike enhetene. Det er derfor nødvendig at bestillerkontoret klart identifiserer og definerer rehabiliteringsbehovet, og ut fra det kan en sette sammen et team av aktører som skal utføre rehabiliteringen over et gitt tidsrom. En utfordring når det gjelder dette er at det er mange ansatte både i hjemmetjenesten og i sykehjemmene, og det kan gjøre det vanskelig å skape en nødvendig stabilitet og kontinuitet i rehabiliteringsarbeidet samt tilstrekkelig kompetanse. En måte å møte det på er å tillegge ansvaret for dette arbeidet til noen av personalet. Karmøy Kommune har for eksempel en del ansatte som har tatt videreutdanning i rehabilitering, og som kan representere en ressurs i forhold til dette. I Fredericia kommune i Danmark er det som tidligere nevnt etablert en egen avdeling med blant annet hjemmetrenere med spesiell kompetanse som i hovedsak tar seg av rehabiliteringen. Dermed får en ivaretatt behovet for både kontinuitet og kompetanse.

Noen pasienter med stor grad av funksjonssvikt som har vært innlagt i sykehus vil være i behov av rehabilitering i kommunal helseinstitusjon. Det samme kan gjelde pasienter som bor hjemme og som av ulike grunner får store funksjonsfall. Pr. i dag har Karmøy Kommune ikke egne definerte avdelinger eller plasser i sykehjem til rehabilitering, men har etablert tre plasser for opptrening etter hjerneslag ved Kopervik bu- og behandlingsheim. Både faglig og rasjonelt bør institusjonsrehabilitering tillegges *en* avdeling/sykehjem og spørsmålet er om funksjonen også bør tilknyttes en samtidig intermediærhet/lokalmedisinsk senter? På

samme tid viser erfaringer fra en del andre steder at disse avdelingene lett kan få en for høy terskel slik at de ikke tjener behovet for fleksibilitet og effektiv pasientflyt. En slik avdeling kan derfor eventuelt kombineres med etterbehandling og medisinsk korttidsbehandling.

Bærum Kommune har en avdeling på Henie Onstad Bo- og Rehabiliteringssenter der en kan dokumentere gode erfaringer med dette.

9.2 Helse Fonna

Rehabiliteringsvirksomheten i Helse Fonna er mer dokumentert og spesialisert enn i kommunen. Foretaket har egen seksjon for fysikalsk medisin og rehabilitering og LMS - seksjon som blant annet driver med ”rehabiliterende aktiviteter” som kurs og undervisning. Spesialisthelsetjenesten skal ha kapasitet til å tilby spesialisert rehabilitering når det er behov for det. Sengeposten for spesialisert rehabilitering får i 2012 økning fra 8 til 10 senger. Forskrift om rehabilitering gir pålegg om at deler av rehabiliteringsvirksomheten bør foregå ambulant og poliklinisk hvis det er tjenlig. På prosjektbasis er som tidligere nevnt ambulant team under utprøving overfor kommunene Bømlo, Stord og Fitjar i samarbeid med Stord Sjukehus.

Samhandlingsreformen antyder at deler av LMS - tilbudet og rehabilitering gradvis kan overføres til kommunene. Karmøy er en stor kommune og ting ligger derfor til rette for at kommunen bør kunne ha muligheter til å overta en del av dette. Kommunen må imidlertid bygge opp egne tilbud for dette og det vil ta tid, og det krever videre utredninger for å få en oversikt over behov og aktivitet, ikke minst i forhold til de private rehabiliteringstilbudene.

Rehabiliteringsbehov hos pasienter utskrevet fra andre seksjoner enn nevrologisk seksjon og spesialisert rehabiliteringsseksjon er ikke tilstrekkelig godt kartlagt og rapportert til kommunen. Det er behov for bevisstgjøring om rehabiliteringsbehov hos pasientene ved utskrivning ved alle seksjoner ved sykehuset slik at kommunen har et rett grunnlag ved tildeling av kommunalt rehabiliteringstilbud. Her er tverrfaglig samarbeid et nøkkelord.

9.3 Juridisk grunnlag og litteratur

Rehabilitering har en grundig juridisk forankring i ulike helselover og forskrifter. Samtidig kan det se ut for at bevisstheten omkring rehabilitering, og oppmerksomheten det får i deler av den lokale helsetjenesten, ikke helt står i forhold til den juridiske forankringen. Det kan

delvis skyldes at definisjonen blir litt uklar på noen områder. For eksempel kan en stille spørsmål ved hva som egentlig ligger i og hva som kreves når definisjonen snakker om at flere aktører skal samarbeide. I de spesialiserte enhetene i sykehuset vil det vanligvis være flere ulike yrkesgrupper involvert og dermed fylles kravet og betingelsene for rehabilitering. På den andre siden er det ofte bare fysioterapeut eller ergoterapeut som er involvert i forhold til rehabilitering i pasienters eget hjem, selv om pasienten selv kan kalles for en aktør og andre yrkesgrupper som hjemmesykepleiere og fastleger kan være delvis involvert. Det samme kan også skje i sykehusets akuttavdelinger der for eksempel fysioterapeut og andre yrkesgrupper kan være involvert i forhold til rehabiliterende oppgaver, men der summen av tiltak som blir utført nødvendigvis ikke helt tilfredsstillende til hvordan rehabilitering defineres og skal utøves. Hvis en har som utgangspunkt at definisjonen skal forstås veldig avgrenset til tre eller flere aktører med spesielle kvalifikasjoner i forhold til pasienter med spesielle behov, kan en derfor lett havne i en situasjon der rehabilitering er noe som kun skjer på spesialiserte enheter i spesialisthelsetjenesten der disse aktørene finnes. Spesielt i kommunene vil det ofte være et begrenset antall aktører og det kan være vanskelig å få oppfylt kravene til rehabilitering hvis disse blir tolket veldig avgrenset.

Prosjektet har gjennomgått noe litteratur, men mer nøyaktige søk er kun gjort i forhold til oppsummeringsstudier i Cochrane – basen. Et videre søk i mange databaser vil ende opp med veldig mange enkeltstudier i veldig mange varianter i forhold til veldig mange diagnoser. Det blir derfor ikke relevant i forhold til dette prosjektet som avgrenser seg til en kartlegging på et relativt overordnet nivå. Når det gjelder diskusjonen om rehabilitering bør foregå i sykehus, sykehjem eller i eget hjem er det en større studie av dette (Ward m. fl. 2009). Denne konkluderer med at det ikke er noen klare svar på det, og at det for øvrig er mange beslutningstakere verden over som gjerne vil ha svar på det. Mye tyder på at rehabilitering bør skje på alle nivåer tilpasset pasientens tilstand og behov. Det er også en større studie som stadfester at pasienter som er langtidsinnlagt i sykehjem kan ha nytte av rehabilitering selv om det i hovedsak er amerikanske studier og institusjoner dette dreier seg om (Forster m. fl. 2011). Ellers blir det arbeidet mye for å systematisere slagbehandling og Helse Fonna er der i gang med å tilpasse seg de krav som finnes i tråd med nasjonale retningslinjer og som understøttes av større studier, bl. a. Cochrane Stroke Group (2009).

Arbeidsfordelingen

I desember kom en utvalgsrapport fra Helsedirektoratet (2011) som gir anbefalinger mht. avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet. Rapportens anbefalinger er nevnt i dette prosjektet. Rapporten angir ikke helt klare avgrensinger av ansvarsfordeling, men den legger heller vekt på at fordelingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten ikke kun må ha preg av å være en negativ avgrensning opp mot spesialisthelsetjenesten. Fordelingen må heller ha fokus på oppgaver som kommunen er best egnet til å løse. Behovet for tverrsektoriell oppfølging er her viktig. I de aller fleste tilfeller vil rehabiliteringen være i kommune- og spesialisthelsetjenesten i fellesskap, eller i kommunen.

Det som er helt klart i dette er at Helse Fonna har et ansvar for spesialisert rehabilitering og dette viser seg blant annet ved oppretting av en egen spesialavdeling for rehabilitering. Dessuten krever nasjonale føringer for slagbehandling at foretaket skal ha egne slagenheter, men her gjelder også at det er formålstjenlig med en tidlig utskriving til rehabilitering i egen bolig der det er mulig, og da blir nødvendigvis kommunen involvert på et tidlig tidspunkt. Helse Fonna har pr. i dag ikke egne polikliniske eller ambulante tjenester, men det foregår et prosjekt om dette som vi har omtalt over. Foretaket driver ellers LMS – sentre og aktiviteter, men dette er funksjoner som etter hvert tenkes overført til kommunen. Det er ikke mulig å si hva og hvor mye, da det er lite klare signaler på dette, men det signalet som er gitt er at kommunen må innstille seg på å overta funksjoner når det gjelder dette. Noen kommuner er derfor i gang med å etablere såkalte frisklivssentraler, selv om disse fungerer litt forskjellig fra LMS – sentrene på sykehusene. Helse Fonna/Helse Vest har ellers avtale med private rehabiliteringsinstitusjoner og dette er en type rehabiliteringstilbud som mange med ulike diagnoser benytter seg av og som sannsynligvis er et godt rehabiliteringstilbud for mange. Samtidig er det en del diskusjon omkring hensikt og nytte av disse i og med at Helse Vest bruker en del ressurser på kjøp av tjenester hos disse. Enkelte grupper, som eldre som mottar vanlig rehabilitering, pasienter med fedme og artrose, anbefales overført til kommunene, men det er altså ikke snakk om at større grupper nødvendigvis tenkes overført (Helsedirektoratet 2010).

Arbeidsfordelingen er ellers preget av at de fleste pasienter som innlegges i Helse Fonna er pasienter som blir innlagt som øyeblikkelig hjelp. Det er snakk om akutte innleggelses og

akuttbehandling der den medisinske diagnosen og akuttmedisinsk behandling er i fokus og innleggelsene er kortvarige. En står da i en situasjon der de fleste pasientene, selv om de er alvorlig syke og har en omfattende funksjonssvikt, blir fort lagt inn i sykehuset og blir fort utskrevet. Det er derfor en utfordring for kommunen å ha tilpassede tilbud til denne gruppen i kommunen som kan gi en god etterbehandling og rehabilitering etter akuttinnleggelse i sykehuset. Det vil gjelde rehabiliteringstilbud både i institusjon og i eget hjem.

Videre tiltak

Når rehabiliteringen både i sykehuset og kommunen til dels er lite definert og dokumentert, blir det også vanskelig å få en detaljert tallfesting av behovet for rehabilitering. Det vil i så fall kreve en egen studie der en må gå inn i et større utvalg av pasienter over en periode og vurdere rehabiliteringsbehov. Samtidig kan en si at i de vanlige avdelingene i sykehuset bør det være mulig å få klarere identifisert og dokumentere den rehabiliteringsaktiviteten som foregår. Dessuten sikre at behov for rehabilitering blir videreformidlet til kommunen slik at kommunen kan videreføre rehabiliteringen når det er behov for det. Det må derfor være mer fokus på og en klarere ansvarsfordeling når det gjelder dette innad i sykehuset. I sykehuset kan det skje ved at noen utvalgte personer, som arbeider pasientnært og på ulike avdelinger, får et definert ansvar for å identifisere og formidle behovet. Tverrfaglig samarbeid er her essensielt. Individuell Plan er et godt samarbeidsverktøy, og fremmer oversiktlig og forutsigbarhet i rehabiliteringsprosessen. I spesialisthelsetjenesten finnes mye kunnskap om IP i avdelingene, men det er ikke satt i et overordnet system. Et overordnet system, vil kunne fremme kunnskap om rehabilitering og fremme samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Blant annet bør det bli økt fokus på nettverksmøter og en bør vurdere om rapporteringsrutinene fra sykehuset til kommune klart nok rapporterer rehabiliteringsbehov. Samarbeidsavtalene mellom Helse Fonna og kommunene om retningslinjene for blant annet gjensidig kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling, faglige nettverk, hospitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud, skal være klare 01.07.12. Disse retningslinjene vil være et godt samhandlingsverktøy i forhold til rehabilitering i praksis og for å spre kunnskap om rehabilitering. Ellers kan et tiltak for å fremme kunnskap og bevissthet rundt rehabilitering, kan være å synliggjøre rehabiliteringsforløp både i kommune- og spesialisthelsetjenesten, beskrive disse og spre denne informasjonen, slik at rehabilitering blir synliggjort og satt i system.

Når det gjelder kommunen blir utfordringen noenlunde den samme, det vil si å identifisere rehabiliteringsbehov og iverksette rehabilitering der det er behov for det. For at det skal skje kreves større bevissthet om rehabilitering hos de som skal vurdere hjelpbehov, det vil si bestillerkontoret. Når det gjelder selve utøvelsen av rehabilitering er det i hovedtrekk to måter å organisere det på. Den ene måten er å etablere en egen avdeling med spesialtrent rehabiliteringspersonell slik en har gjort i Danmark (Fredericiamodellen). Den andre måten er å øke bevissthet, kompetanse og aktivitet i forhold til rehabilitering hos den bemanning/personell og organisering som eksisterer.

I Karmøy arbeides det derfor med å utarbeide en modell for kommunal rehabilitering. I grove trekk beskriver modellen rehabilitering som ulike nivå i en trekant. Nederste nivå beskriver det generelle, forebyggende rehabiliteringsarbeidet i kommunen, frivillige tilbud så vel som kommunale lavterskeltilbud. Neste nivå beskriver rehabiliteringstilbud tildelt etter vedtak fra bestillerkontoret. Tilbudet gis med utgangspunkt i den enkeltes hjem, aktuelle tjenester vil kunne tilbys ved et samarbeid mellom hjemmetjeneste, ergo- og fysioterapi, dagtilbud osv. Øverste nivå er tenkt som et tilbud til de få som for en periode vil ha behov for intensiv døgnrehabilitering. Tilbudet vil gis i egen rehabiliteringsenhet. De to øverste nivåene vil være vedtaksfestet. Rehabiliteringsbehov identifiseres, rehabiliteringsprosessen beskrives og tiltaket iverksettes og evalueres fortløpende sammen med bruker. Det er ellers tenkt opprettet et kommuneomfattende innsatsteam som skal bidra til å ivareta rehabiliteringsprosesser og utvikle kompetanse i samarbeid med de tjenesteytende enheter.

Referanser

Birkeland, A. (2011). Pasientforløp for eldre skrøpelige pasienter. Kommuner som er med i helsetorgmodellen og deres organisering og dimensjonering av tilbudet til skrøpelige eldre og samhandling med Stord, Odda og Haugesund Sykehus. Tilgjengelig fra: www.helsetorgmodellen.no

Birkeland, A. m. fl. (2010). Pasientforløp for skrøpelige eldre. Et pilotprosjekt om samhandling mellom Haugesund Kommune, Haugesund Sykehus og Høgskolen Stord/Haugesund. Tilgjengelig fra: www.helsetorgmodellen.no

Bærum Kommune (2003). Investert tid gir resultater. Prosjekt Hjemrehabilitering. Tilgjengelig fra: www.baerum.kommune.no

Bærum Kommune. Henie Onstad Bo og Rehabilitering. Tilgjengelig fra: [Tilgjengelig fra: www.baerum.kommune.no](http://www.baerum.kommune.no)

Cochrane Stroke Group (2009). Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. Early Supported Discharge Trialists. The Cochrane Library. DOI: 10.1002/14651858.CD000443.pub2

Crotty M, Giles LC, Halbert J mfl. (2008). Home versus day rehabilitation: a randomised controlled trial. *Age and Ageing*; 37 (6): 628–633.

Fredericia Kommune (2011); *Hverdagsrehabilitering*. Hverdagsrehabilitering er en af hjørnesteinene i Længst Muligt i Eget Liv. Tilgjengelig fra: <http://www.fredericiakommune.dk/EgetLiv/menu/selveprojektet/hverdagsrehabilitering/>

Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (1988). HOD. Tilgjengelig fra: www.lovdatab.no

Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) (2011). HOD. Tilgjengelig fra www.lovdatab.no

Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon (2011). HOD. Tilgjengelig fra www.lovdatab.no

Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (2000). HOD. Tilgjengelig fra www.lovdatab.no

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011). HOD. Tilgjengelig fra: www.lovdatab.no

Forster, A., Lambley, R., Hardy, J., Smith, J., Green, J. and Burns, E. (2011). Rehabilitation for older people in long-term care. *The Cochrane Collaboration/Library*. Nr. 4.

Frascati – manualen (2004). Utdrag fra OECD's frascati manual i norsk oversettelse. Norsk institutt for studier og forskning av høyere utdanning. Tilgjengelig fra: www.nifu.no

Helsedirektoratet (2010). *Gjennomgang av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten*. Hvilke oppgaver kan vurderes overført til kommunene? Rapport 16.08.10.

Helsedirektoratet (2010). *Nasjonale Retningslinjer for Behandling og Rehabilitering av Hjerneslag*. IS – 1801. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no>

Helsedirektoratet (2011). *Samdata spesialisthelsetjenesten 2010*. Rapport – IS 192. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no

Helsedirektoratet (2011). *Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet*. Rapport; IS-1947

Helse og Omsorgsdepartementet (2008-2009). Stortingsmelding nr. 47. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Helse og Omsorgsdepartementet (2010-2011). Nasj. Helse og Omsorgsplan (2011-2015). Melding til Stortinget nr. 16.

Helse Vest (2010). Private rehabiliteringsinstitusjoner med helse – vest avtale 2010 – 2012.

Helse Vest (2011). Regional plan for slagbehandlingskjeden og rehabilitering av hjerneslag i Helse Vest. Rapport fra prosjektgruppe. Utkast september 2011.

Kjellberg, P. K., Ibsen, R. og Kjellberg, J. (2011). Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune. Dansk Sundhedsinstitut. Tilgjengelig fra: http://www.etf.dk/fileadmin/bruger_upload/dokumenter/FAG_FORSKNING/Rehabilitering/DSI_evaluering_-_rapport_september_2011.pdf

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), (2011). Helse og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: www.lovdatabank.no

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (1999). HOD. Tilgjengelig fra www.lovdatabank.no

Lov om pasient og brukerrettigheter (1999) HOD. Tilgjengelig fra www.lovdatabank.no

Lov om spesialisthelsetjenesten (1999). HOD. Tilgjengelig fra www.lovdatabank.no

Nasjonal Helse og Omsorgsplan 2011 – 2015 (2010-2011). HOD. Melding til stortinget 16. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDPDFS.pdf>

Norges Forskningsråd. Kartlegging av institusjoner og enheter som har forsket på rehabilitering og habilitering i Norge i perioden 2003 – 2008.

Stott, D. J., Buttery, A., Bowman, A., Agnew, R. (2006). Comprehensive geriatric assessment and home-based rehabilitation for elderly people with a history of recurrent non-elective hospital admissions. *Age and Ageing*. Vol. 35, Iss. 5.

Rensink M, Schuurmans M, Lindeman E mfl. (2008). Task-oriented training in rehabilitation after stroke: systematic review. *J Adv Nurs.*; 65 (4): 737–754.

Tingvoll, W. A. og Fredriksen, S. T. (2011). Individuell tilretteleggelse for eldre pasienter etter sykehusopphold – en fenomenologisk – hermeneutisk studie basert på erfaringer fra sykepleieleidere i kommunen. *Vård i Norden*. 3 (31), 40-44.

Uddannelsescenteret Fredericia (u.å.): Prosjektet: *Længst mulig i eget liv. Flere vedlegg til dette*. Danmark: Uddannelsescenteret Fredericia, nettside. Hentet fra: <http://ucf.dk/index.php?id=22&whatnews=0&newsid=223>

Ward, D., Drahota, A., Gal, D., Severs, M., og Dean, T.P. (2009). Care home versus hospital and own home environments for rehabilitation of older people. *The Cochrane Collaboration*, Issue 1.

Zidén L, Frändin K, Kreuter M. (2008). Home rehabilitation after hip fracture. A randomized controlled study on balance confidence, physical function and everyday activities. *Clin Rehabil.*; 22 (12): 1019–1033.