



Helsetorgmodellen

Prosjekt:

Rehabiliteringssenger i kommunane /

Frisklivs- og meistringstilbod i lokalsjukehusområdet

Del rapport Rehabiliteringssenger i kommunane

Samarbeidsprosjekt mellom Eidfjord kommune , Ullensvang Herad og Odda kommune
saman med Helse Fonna Odda sjukehus og Høgskulen Stord /Haugesund

Mars 2012

Samandrag:

Å sikre eit heilskapleg helsetenestetilbod på tvers av forvaltningsnivåa er ei utfordring når det gjelde pasientar med kroniske sjukdomar og pasientar som trengje rehabilitering.

Kortare liggetid i sjukehus gjer at nokre pasientar vert utskrevet før dei er i stand til å ivareta eigen omsorg. Å gje desse pasientane litt meir tid og mogeligheit til å trene seg opp i dagliglivets aktivitetar i trygge omgjevnader vil gje helsemessig gevinst på sikt.

For brukaren er det mindre viktig kor hjelpa kjem frå eller kva offentleg eining som tar kostnadene. Det avgjerande er at behandlingsskjedene heng saman og at kostbar tid ikkje går tapt i på - vente av tilbod i neste ledd av kjeda. Samfunnsøkonomisk lønnsemd skal ideelt sett vurderas på grunnlag av alle samfunnets kostnader.

Det å sjå framover og tilpasse det framtidige rehabiliteringstilbodet til dei framtidige behova, er ei viktig oppgåve. Prosjektgruppa har sett på kva tilbod som er i kommunane innanfor rehabilitering, og kjem med forslag til organisering og mogeligheiter innanfor dette. Me meiner det vil ha stor betydning for brukarane i vårt lokalsjukehusområde å få tilbod om rehabilitering i nærmiljøet. Å arbeide fram ein felles forståing for rehabiliteringsbegrepet er avgjerande dersom ein skal rydde veg for eit godt samarbeid mellom ulike nivå i helsetenesta. Godt samarbeid er ein føresetnad for å få til eit godt rehabiliteringstilbod til den enkelte brukar og dens pårørande.

Helse og sosialsjef i Drammen kommune seier at: ” *utan samhandling er det vanskeleg å få til god rehabilitering. Samhandling er ideologien og rehabilitering er den praktiske arbeidsforma*” (St. melding 47 2008-2009:62)

Innhold:

Samandrag	s.1
Innleiing	s.3
Mål for fokusområde rehabilitering	s.4
Delmål	s.4-5
Effektmål	s.5
Prosjektgruppa	s.5
Mandat	s.5-6
Avgrensing	s.6
Aktuelle pasientgrupper til rehabilitering	s.6
Arbeidsform	s.6-7
Tema / undervisning	s.7
Eksterne kurs	s.7
Spørjeskjema	s.7
Tilbakemelding på spørjeskjema	s.7-8-9
Samandrag av rehabiliteringsarbeid frå kommunar og sjukehus	s.9-10-11
Rehabilitering, opptrening og behandling	s.11-12
Lover og forskrifter	s.13-14-15
Tverrfagleg samarbeid – profesjonar og kunnskapsbasert praksis	s.15-16
Brukarmedverknad og Empowerment	s.16
Konklusjon og anbefalingar frå gruppa	s.17-18-19- 20-21
Litteraturliste	s.22
Vedlegg 1	

Innleiing:

Samhandlingseforma Rett behandling – på rett stad – til rett tid har lagt politiske føringar på helseføretak og kommunehelseteneste: ” *Betre samhandling bør være eit av helse- og omsorgssektorens viktigaste utfordringar framover*” (St. melding 47 2008-2009:13).

Helsetorgmodellen er eit formalisert samarbeid med kommunar, Helse Fonna og Høgskulen Stord/Haugesund. Modellen er i tråd med intensjonen i Samhandlingsreforma ”*Rett behandling – på rett stad – til rett tid*” (jmf. St.meld. nr. 47, 2008-2009), som trer i kraft i 2012. Kommunane får der skissert auka ansvar for blant anna rehabilitering og økonomiske midlar skal overførast frå helseføretak til kommunane. Helsetorgmodellen tar sikte på eit saumlaust pasientforløp på tvers av forvaltningsnivå og ynskjer å utvikle nye samhandlingsmodellar mellom kommunar og sjukehus. Innanfor området rehabilitering er det eit mål at dei fleste av dei som treng rehabilitering kan få denne heime. Kartlegging av funksjonssvikt og rask oppstart av rehabiliteringstiltak er viktig medan pasientar er på sjukehus. Det er viktig å utarbeide gode rutinar for overføring mellom sjukehus og kommune.

Stortingsmelding nr. 47 – Samhandlingsreforma har intensjon å legge til rette for tydeligare prioriteringar, og peikar på at spesialisthelsetenesta skal utviklast slik at den i større grad kan nytta sin spesialiserte kompetanse. Vidare seier den at ein vil vurdere om kommunane skal ha eit større ansvar for store pasientgrupper som i dag får tilbod i spesialisthelsetenesta.

Rehabilitering og habilitering vil være eit av områda der det vil vere naturleg å gi kommunane større ansvar. Spesielt er det viktig at pasientar får et rehabiliteringstilbod nær heimen. Dei som har stor trong for tverrfaglig oppfølging over tid bør få hovuddelen av tilbodet i kommunen. Kommunane har allereie i dag ei viktig rolla innanfor rehabiliteringsfeltet. Men ikkje mange kommunar har gode nok tilbod innanfor dette området. Utfordringane kan være nok kvalifisert personale og plasser.

Samhandling er sentralt innanfor rehabilitering, der brukarane ofte er avhengig av tenester frå ulike aktørar og sektorar. Koordinering og ansvarsgrupper er viktige stikkord i rehabiliteringsarbeidet. Det er og vesentlig å skilje mellom rehabilitering og opptrening

Samarbeid mellom kommunane vil ofte vera eit kvalitativt godt tilbod for mindre kommunar, men kan samstundes være utfordrande med lange avstandar. Når ein skal planlegge rehabiliteringsforløp er det viktig å ha felles forståing for mål, tiltak og hensikt.

Den enkelte bruker må være med og bestemme over eige rehabiliteringstilbod, både i planlegging, gjennomføring, evaluering eller avslutning.

Mål for fokusområde rehabilitering

Best mulig meistring av kvardagen på eigne premisser.

Mål for fokusområde rehabilitering er tidlig avdekking av funksjonssvikt og raskt oppstart av rehabiliteringstiltak på rett nivå i helsetenesta. Med bakgrunn i dette er delprosjektet

«Rehabiliteringssenger i kommunane / Frisklivs- og meistringstilbod i

lokalsjukehusområdet», kome i gang. Kommunane Eidfjord, Ullensvang og Odda saman med

Helse Fonna Odda sjukehus og Høgskulen Stord /Haugesund, har i dette prosjekt som mål å

sikra tidleg diagnose, behandling og rehabilitering, med rask avgjerd av vidare

oppfølgingsbehov, ved tilstandar som kan innebera endra trong for tenester eller trong for

rehabilitering, mestrings og/eller frisklivsstilbod. Prosjektet skal lage eit forslag til plan for

korleis rehabiliteringstenesta kan organiserast i dei ulike kommunane eller interkommunalt.

Det og sjå framover å planlegge for framtida i tråd med dei nye lovene og

Samhandlingsreforma er utfordrande og interessant. Endringar i oppgåvefordeling mellom

kommune og sjukehus vert lagt til grunn framover og det er ei viktig oppgåve å tilpassa det

framtidige helsetilbodet til dei framtidige behov. Eit godt samarbeid mellom nivåa i

helsetenesta er ei forutsetning for eit godt rehabiliteringstilbod til den enkelte brukar. Visjon

og mål må samsvare med den overordna visjonen og målet som blir vedtatt for Helse Fonna.

Føretaket skal ha et særskilt fokus på kronikarar og pasientar som trenger habilitering og

rehabilitering.

Delmål:

- Tidleg oppstart av rehabilitering i helseføretaket slik at mestringsnivå vert halde oppe eller styrka
- At rehabilitering må gå føre seg parallelt med behandling i den akutte / subakutte fasen.
- tidlig avdekking av funksjonssvikt og rask oppstart av rehabiliteringstiltak i kommunehelsetenesta,
- At brukarane får rett behandling – på rett stad – til rett tid ved forverring av helsetilstanden

- At brukarane opplever gode pasientforløp når dei får tenester både frå kommune og helseføretak.
- Etablering av ein sams praksis og tolking av rollefordeling mellom helseføretak og kommunane

Effekt mål:

- Pasientar i kommunane Eidfjord, Ullensvang og Odda får rask hjelp med å avdekke funksjonssvikt og trong for rehabilitering, og tiltak blir sett i verk i regi av eigen kommune, eller i samarbeid med nabokommunane.
- Rehabiliteringssenger i den enkelte kommune eller interkommunalt.

Prosjektgruppa:

Jorunn Sekse Prosjektleder	Sjukepleiar/funksjonsleder Fys/rehab/LMS Odda sjukehus
Ingebjørg M.Brekke	Sjukepleiar Bygdarbøen legesenter Odda kommune
Denis Camus	Tilsynslege Odda legesenter
Anne Myklatun	Helsesøster Eidfjord kommune
Margunn Læg Reid	Avd.sjukepleier Eidfjord kommune
Edith Sivertsen	Sjukepleiar Utneheimen Ullensvang herad
Unni Håvik	Sjukepleier Bråvolltunet Ullensvang Herad
Marion Ryen	Ergoterapeut Ergo/fysio avdeling Odda kommune
Bjørge Hovin	Brukerrepresentant FFO Odda/Ullensvang
Terje Espe	Styriingsgruppa i Helse Fonna
Arvid Birkeland	<u>FOU representantar/støtte HS</u>

Mandatet for Fase 1:

1. Sikra oppstart og framdrift iht målsetting og intensjonen om samhandling omtala i Helsetorgmodellen og framdrift og innhald i samsvarar med prosjektutgreiinga
2. Gjera naudsynnte avklaringar med dei aktuelle fagmiljø og brukargrupper
3. Sikra at lov- og forskriftsverk vert følgde
4. Greia ut om kommunale rehabiliteringssenger, vurdere delte stillingar mellom helseføretaket og kommunehelsetenesta.(For eksempel. Ergoterapeut)?
5. Klarleggja naudsynt kompetanse og korleis den skal sikrast.

6. Klarlegge av teori, forskning, studiar, dokumentasjon og andre sine erfaringar som vi kan støtta oss til
7. Korleis kan helseføretakt, kommunane og høgskulen samarbeida i høve rehabilitering?
- viktige samarbeidspartar, samarbeidsstader og samarbeidsstrukturar
8. Sei noko om korleis dokumentera og evaluera effekten av tiltak som vert sette i verk.

Avgrensing

Rehabiliteringsdelen i dette prosjektet skal omhandle rehabiliteringssenger, ikkje ambulante rehabiliteringsteam. Me kjem heller ikkje inn på konkrete kostnader.

Prosjektgruppa har parallelt arbeid med Lærings- og meistringssenter og Frisklivssentral men den delen vert ikkje omhandla i denne del rapporten.

Aktuelle pasientgrupper til rehabilitering:

Kreft
Nevrologi
- Hjerneslag
- MS
- Parkinson
- Kronisk tretthetssyndrom
Lunge
- KOLS
- Astma
Kardiologi
- hjerteinfarkt
- hjerteopererte
Ortopedi
- Hofteprotese

Arbeidsform:

Prosjektgruppa hadde fyrste møtet i mai 2011. Prosjektleiar vart tilsett i 40 % stilling i prosjektet. Me har hatt til saman 8 møter.

Tema / undervisning:

- På eit møte fekk me informasjon frå ekstern forelesar om frisklivssentraler.
- Tema dag i Motiverande Intervju der oppmøte var på 30 personar.

- Temadag om hjerneslag der 47 personar møtte. Helsearbeidarar frå kommune og sjukehus var representert og brukar med pårørande. På temadagane opna me for andre kommunar sidan det var anledning til det.
- På det siste møtet før jul var me på omvising ved Bokko rehabiliteringsavdeling i Odda kommune. Folkehelsekoordinator i Odda informerte om Campus Odda – eit folkehelseprosjekt.
- Representantar frå HSH, Berit Cronfalk og Arvid Birkeland, har hatt eit møte med prosjektleiar. I tillegg har Arvid Birkeland hjulpt oss med spørsmålsformuleringar, lest igjennom rapportutkast og sendt aktuell informasjon.

Eksterne kurs:

- To av prosjekt- deltakarane var på kurs i dei nye helse lovene.

Spørjeskjema:

Gruppa har sendt ut kartlegging av rehabilitering/ opplæring og kompetanse til dei involverte kommunane. Alle har svart og kommunerepresentantane har gått igjennom kommunar sine tilbakemeldingar der noko var ufullstendige. Me har med bakgrunn i dette laget eit samandrag frå situasjonen innan rehabilitering i den enkelte kommune. Ein representant frå kvar kommune er kontaktperson for rehabiliteringsdelen og gir innspel frå sin kommune

Tilbakemeldingar på spørjeskjema:

Svar frå pleie/omsorgsleiarar og helseleiarar.

Spørsmål 1. er tatt ut sidan det går på tema Læring- og meistring og Friskliv.

Spørsmål 5. Kva faggrupper har de i kommunen som evt. kan delta i tilbod innanfor rehabilitering / Lærings- og meistringskurs ? Vert lagt som vedlegg til rapporten.

2) Er det rehabiliteringsteam i kommunen og kven er med der?

Odda	Nei team vert danna rundt bruker etter behov for tjenestar. Rehabiliterings kontakt i kommunen, er avdelingsleiar på Bokko sjukeheim.
Ullensvang	Ja Har rehabteam: fysioterapeut, pleie og omsorg psykiatri, helse og velferd, lege. Kommune fysioterapeut er rehabiliteringskontakt.
Eidfjord	Ja Rehabiliteringskontak/koordinator er kommune fysioterapeut. Teamet vert sett saman etter kva funksjon det er bruk for.

Andre aktuelle team?

Odda	Hukommelsesteam
Ullensvang	Palliativ team Demens team
Eidfjord	Arbeidsgruppe for livsstilendringkurs

3) **Har de rehabiliterings plasser i kommune eller rehabiliteringstilbod til enkelte pasientgrupper?**

Odda	Ja 8 plasser
Ullensvang	Nei
Eidfjord	Ja 2-3. korttidsplassar som og blir brukt til rehabiliteringspasientar.

Kva tilbod har kommunen til dei som treng rehabilitering i dag?

Odda	Sengepost døgnbehandling med 8 senger. Rehabilitering i heimen ved behov
Ullensvang	Tilbod innanfor avgrensa ressursar på sjukeheimen – Fysioterapeut, lege, fysioterapeut og logoped som faggrupper.
Eidfjord	Fysioterapi, ergoterapi og lege og sjukepleier - hjelpepleier i tverrfaglig Ad-hoc team.

4) **Kva saknar kommunen av rehabiliteringstilbod?**

Odda	Dagtilbod innanfor rehabilitering.
Ullensvang	Rehabiliterings tilbod til dei med samansette diagnosar/skader, og meir til pleietrengande som treng meir intensiv rehabilitering. Saknar eit tilbod for dei som får tilbod frå 2 linje teneste, og dei som kan komme poliklinisk til kommune fysioterapeut. Tverrfagleg – aktiv rehabiliteringsgruppe som arbeider målretta med rehabilitering.
Eidfjord	Har gode behandlings og trenings muligheiter på sjukeheimen. Eigne lokalar til dette, men ynskjer meir aktiv satsing på fysioterapi.

5) **Har kommunen fast etablerte samarbeidsavtalar på tvers av kommunegrensene eller med helseføretak, innan rehabilitering/læring og meistring/ psykisk helsearbeid?**

Ullensvang Eidfjord Odda

Ja. Samarbeidsavtalar med helseføretak Helse fonna innan somatikk og psykiatri.
Interkommunalt forum innan psykiatri (Ullensvang, Jondal, Eidfjord og Odda).

Samarbeidsavtale med Helse Fonna. Sjukepleier Nettverk av lindrande behandling.
Koordinerende eining for rehabilitering i Helse Fonna.

Svar frå Odda sjukehus:

2. Er det rehabiliteringsteam ved sjukehuset og kven er med der

Avd for fys/rehab/LMS

1 sjukepleier med vidareutdanning i helepedagogikk

2 fysioterapeutar i 100 % stilling 1 med kurs i helsepedagogikk

1 fysioterapeut i turnus

Ergoterapeut i 50 % stilling

Har ikkje øyremerka rehabiliteringssenger.

Dannar Ad-hoc team rundt rehab.pas i samarbeid med legar/sjuka og hjelpepleiarar i avdelingane.

6. Har sjukehuset fast etablerte samarbeidsavtalar innan rehabilitering/læring og meistring/psykisk helsearbeid?

Helse Fonna sine samarbeidsavtalar med kommunane: Jondal / Odda / Ullensvang og Eidfjord.

I den avtale om rehabiliteringsnettverk og nettverk i lindrande behandling

Samandrag om rehabiliteringsarbeid:

Odda kommune:

Rehabiliteringsavdelinga Bokko

- Avdelinga har 8 plasser. Alle har eigne rom bad/toalett. Stove og kjøkken er felles.
- Målgrupper for avdelinga er personar som grunna sjukdom eller skade har ein oppstått endring i funksjonsnivå som krevjar kartlegging og/ eller innsats frå meir enn ei faggruppe, er over 18 år, er motiverte og har eit reelt rehabiliteringspotensiale, dvs, at funksjonsnivå kan betras, vedlikehaldas, eller bremsast mot negativ utvikling.
- Ved avdelinga er det sjuka-, hjelpepleiarar som utøvar dagleg pleie og følgjer opp tiltak frå fysio-, ergoterapeut og logoped. Ved behov trekker ein inn andre faggrupper.
- Fysioterapeut kartlegger og trener fysisk funksjonsnivå. Ergoterapeut kartlegger og gjennomfører opptrening i daglege aktivitetar, tilrettelegging for omgjenvad og

formidlar hjelpemidlar. Lege er tilknytt Bokko Sjukeheim og er medisinsk ansvarleg.

Avdelinga sitt mål; Felles mål- Aktiv rehabilitering

- Rehabiliteringsavdelinga er kommunal, og alle som er busett i Odda Kommune kan søkje. Leiar ved avdelinga er rehabiliteringskontakt i kommunen.

Rehabiliteringsarbeid elles i kommunen:

Enkelte brukarar får tilbod om eller ønskjer sjølv rehabilitering i heimen. Dette kan gjelde heile perioden eller i forlenging av rehabiliteringsopphald. Her er ansvarsgrupper med brukar, pårørande og fagfolk, samt individuell plan, viktige verkemiddel. Erfaring viser at rehabilitering i heimen i tidlig fase ofte medfører dårligare kvalitet enn i rehabiliteringsavdeling pga. avgrensa kommunikasjon og samhandling, samt avgrensingar i fysisk miljø. Rehabilitering i heimen etter rehabiliteringsopphald er ein naturleg oppfølging av rehabiliteringsopphald.

Kommunen har opna for at andre kommunar kan leige plass ved avdelinga. Betalingssats er da Ca. 2500 kr mnd. Ved ledig kapasitet brukar ein plassane til kortidsopphald / rulleringsplassar / avlastning. I dag er det ikkje nok rehabiliteringspasientar i kommunen til å fylle alle plassane. Ein ynskjer derfor at dei næraste kommunane kan bruke dette tilbodet som allereie er bygd opp.

Ullensvang herad

Ullensvang har i dag eit rehabiliteringsteam som har representantar frå ulike fagområde. Sosialtenesta (einingsleiar for helse og velferd), omsorgstenesta aust og vest (omsorgsleiarane), psykiatritenesta, helsestasjonstenesta (leiande helsesøster), legetenesta (kommunelege 1), og leiande kommune -fysioterapeut som også er rehab.koordinator. Heradet har ikkje definert rehabiliteringsenger, men har satt av ei seng til rehabilitering ved ein av sjukeheimane. Kommunefysioterapeut er rehabiliteringskontakt i Heradet og er med i rehabiliteringsteamet i kommunen. I dag har Heradet satt av ein sum (25 000 kr) til å leige inn ergoterapeut ved behov. Odda sjukehus og Ullensvang Herad søker nå i fellesskap etter ergoterapeut. Det vert da ei delt stilling med 50 % ved sjukehus og 50 % i kommunen. Fagpersonar i heradet ser behov for å få ergoterapeut.

Eidfjord kommune:

I Eidfjord er øyremarka 3 kortidssenger ved Bygdaheimen som mellom anna vert brukt til rehabilitering. Det er god kapasitet på Bygdaheimen, og alle som trengjer får tilbod. Det er eit rehabiliteringsteam i kommunen og når dei får meldt pasientar som treng rehabilitering, dannar dei eit tverrfaglig tilbod. I Eidfjord kommune er det pleiarar med vidareutdanning i rehabilitering. Det er også mogeleg for bebuarar i andre kommunar å leige plass ved Bygdaheimen i Eidfjord.

Ny rehabiliteringsplan for kommunen er under utarbeiding. Der vil det komme rammer for faste møter og prosedyrar. Det er for tida ingen faste møter i Rehabiliteringsteamet, møta er etter behov. Rehabiliteringskontakt i kontakt i Eidfjord kommune er kommunefysioterapeut.

Rehabilitering ved Odda Sjukehus

I dag er det rehabiliteringskoordinator og ergoterapeut som samordnar opplegg og vidare oppfølging for pasientar som trengjer rehabilitering. Tverrfaglige ad-hoc-team dannas rundt pasienten der lege, fysioterapeut, sjukepleier og hjelpepleier er med frå avdelinga. Ved behov for andre faggrupper som logoped leies det inn frå pasientens heimkommune. Det er i dag eit nettverk med ein rehabiliteringskontaktar i kvar av de fire samarbeidskommunane, og i Kvinnherad. Rehabiliteringskontakt ved sjukehuset melder rehabiliteringspasientar til aktuell rehabiliteringskontakt i heimkommunen. Etter samtykke frå pasient og pårørande, vert fagpersoner i kommunen kontakta, for vidare oppfølging og nettverksmøter.

Ein søker spesialisert rehabiliteringsopphald til pasientar som treng det.

Rehabilitering, opptrening og behandling:

Rehabilitering er fleire tenester satt saman i ein heilhet. Ei enkel teneste, sjølv om den har som mål å få tilbake funksjon, kan ikkje definerast som rehabilitering. (*Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet*. HOD 2011).

Kompleks og vanlig spesialisert rehabilitering

Kompleks rehabilitering krev minimum 6 spesialiserte helsefaggrupper i tverrfagleg team. Legespesialist her skal være fysikalsk medisinar eller nevrologi.

Faggruppene her er legespesialist, fysioterapeut, ergoterapeut, sjukepleier, logoped, spesialpedagog, ernæringsfysiolog.

Vanleg rehabilitering krev minimum 4 faggrupper med høgskuleutdanning, inklusiv legespesialist (Helsedirektoratet, 2008). Fysioterapeut, sjukepleier, ergoterapeut og lege er dei vanlegaste faggruppene i det tverrfaglige teamet kring brukaren. Det er dette som er vanleg å bruke som mal ved kommunal rehabilitering.

Definisjon rehabilitering:

”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.”(St. meld. 21 (1998-99).

Definisjon opptrening:

”Opptrening er tiltak for å normalisere, bedre eller vedlikeholde kroppsfunksjoner og aktivitetsfunksjoner. Opptrening kan være vanskelig å skille fra de øvrige tiltakene og vil være en del av og inngå som ett av flere tiltak i en rehabiliteringsprosess”.

(St. prp. Nr. 1 (2007- 2008) - *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering* 2008 - 2011.)

Primær rehabilitering: inneber at rehabilitering er hovudføremålet for institusjonsopphaldet. Opphald i avdelingar eller institusjonar kor hensikta med opphaldet er sjølve rehabiliteringa.

Sekundærrehabilitering: indikerer at opphaldet omfattar både akuttbehandling og rehabilitering.

Lavast Effektive Omsorgsnivå – LEON– prinsippet er innført av verdens helseorganisasjon (WHO), og viser til eit prinsipp om at all førebygging og helsefremmande arbeid bør være i så nær tilknytning til heimemiljøet som mogeleg. St.meld.nr 47- samhandlingsreforma kallar dette Best effektive Omsorgsnivå – BEON prinsippet, det er det Helsetorgmodellen brukar.

Behandling vert brukt i mange samanhengar og ulike yrkesgrupper er involvert- Men det er legen som står ansvarleg for å stille diagnose og å utføra medisinsk behandling.

Behandling og opptrening kan begge være tiltak i ein rehabiliteringsprosess. Behandling utføres utifrå medisinske diagnosar og er meir avgrensa til sjukdom eller funksjonsvikt i organ / kroppsdelar. Rehabilitering og opptrening bør ha meir fokus på ressursar og meistring.

Lover og forskrifter

Nasjonale strategier for habilitering og rehabilitering 2008 – 2009 (St.prp. n1), peiker på at dette feltet ikkje har den posisjon og prestisje som dei overordna politiske måla tilseier. Vidare er det store utfordringar knytt til samhandling, koordinering, informasjon, brukarmedverknad, kvalitetsutvikling og ressursituasjonen innan feltet. Dette er problemstillingar som er krevjande innan rehabilitering fordi det er eit område med aktørar frå ulike nivå og sektorar.

Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag (IS 1688) beskriver ”Early supported discharge” – tidlig støtta utskriving som ein raskast mogeleg tilbakeføring til eit aktivt liv i heimlege og stimulerande omgjevnader med tett oppfølging av tverrfaglege team – nært samarbeid og samhandling mellom sjukehus og kommunehelseteneste, men med ein avsluttande kontroll i spesialisthelsetenesta. Vidare anbefaler retningslinjene at rehabilitering i kommunen skjer i tverrfagleg og stimulerande omgjevnader og at oppfylginga er koordinert.

Det er ofte stort behov for innsats på tvers av fag og forvaltningsnivå under rehabilitering. Brukarmedverknad er spesielt viktig. Partane forpliktar seg til å samarbeide om rehabiliteringstenesta både om den enkelte pasient, og på systemnivå. Dette gjeld blant anna kompetanseoverføring, opplæring, rettleiing, hjelpemiddel, lærings- og meistringstiltak m.m. Spesialisthelsetenesta har ansvar for spesialisert rehabilitering, og spesielt når det er behov for tverrfaglege spesialisthelsetenester. I slike tilfelle opprettar spesialisthelsetenesta koordinator som har ansvar for å sette i gang arbeidet med å lage individuell plan i samarbeid med kommune. Når det ikkje lenger er behov for spesialisert rehabilitering, kan ansvaret overførast til kommunen. Spesialisthelsetenesta har ansvar for rettleiing og kompetanseoverføring til kommunen, og for å delta i ansvarsgrupper og i arbeidet med IP når det er behov for dette, også etter at kommunen har overteke ansvaret for rehabilitering.

Samhandlingsreforma skal gradvis innførast frå januar 2012. Ny fokehelselov styrkar kommunanes ansvar for førebygging og helsefremmande ansvar. Ny felles lov for helse og omsorgstenesta i kommunen, samlar kommunens plikter.

Ein vil med denne lova sikre at pasientar ikkje vert «kasteballar» mellom sjukehus og kommune. Derfor får ein no plikt til å samarbeide og om rehabilitering og habilitering. Lovens formål er blant anna å førebyggje, behandle og legge til rette for meistring av sjukdom, skade, liding og nedsett funksjonsevne. Den skal og sikre samhandling i kommunen og mellom kommunar og sjukehus.

I Helse- og omsorgsloven kap. 6 (§ 6-2-2), er det stilt krav til innhald i samarbeidsavtalen:

« retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innlegging, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og meistringstilbod for å sikre heilskapleg og samanhengande helse- og omsorgsteneste til pasientar med behov for koordinerte tenester» . I kapittel 7 er Individuell plan (IP), koordinator og koordinerende enhet presisert. Forskrift om *habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator*, opphevar forskrift av nr. 765 om habilitering og rehabilitering og forskrift nr. 1837 om individuell plan (HOD 1.1.2012).

«Formålet med forskrifta, er å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og meistringsevne, likeverdighet og deltaking. Formålet er også å styrke samhandlinga mellom tenesteytar, pasient og bruker og eventuelt pårørande, og mellom tenesteytar og etatar innan et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåa» (§ *1Habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator 1.1.2012*)

Forskrifta skal vidare sikre at tenestene *tilbys og ytes*

- «1. ut frå eit pasient- og brukarperspektiv,
- 2. i eller nærast mulig pasientens og brukarens vante miljø,
- 3. samordna, tverrfagleg og planmessig,
- 4. i ein for pasientens og brukarens meningsfylt samanheng».

Pasient og brukar- retter til kommunale helse- og omsorgstjenester videreføres, men samlast i pasientrettighetsloven. (*Helse- og omsorgsdepartementets nettside*).

I henhold til helsepersonell loven § 38 skal helsepersonell snarast mogeleg gje melding til pasientars og brukars behov for individuell plan og koordinator.

§ 4 i loven pålegg helsepersonell å delta i arbeidet med individuell plan når ein pasient eller brukar har rett på slik plan.

I nasjonal veileidar for lovpålagte samarbeidsavtaler frå 2011 konkretiseras blant anna samarbeid mellom koordinerande eining for habilitering og rehabilitering i både kommune og helseføretak, ambulant verksemnd, arbeid med individuell plan og hjelpemidlar.

Nasjonal helse - og omsorgsplan (St.meld 16 (2010 – 2011) angir retning for helse- og omsorgstjenesten dei kommande åra: « Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukarinnflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sjukehus. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles».

”Lov om spesialisthelseteneste” (*Lov om spesialisthelseteneste m.m Sosial og helsedirektoratet Rundskriv 1-59/2000*), gjelder som før.

Tverrfaglig samarbeid

Profesjonar og Kunnskapsbasert praksis

«Tverrfaglig samarbeid som utnyttar det yrkesspesifikke og ekspertisen i hver faggruppe, kan skape grunnlag for økt kvalitet i helsetjenesten” (Carnvall – 92).

Samarbeid mellom kommunar og tilrettelegging for klar ansvarsdeling mellom kommunar og føretak, er viktige reiskapar for å oppnå rehabilitering på best effektive omsorgsnivå for ulike pasientgrupper. Det er og viktig at behandling blir sett i verk på grunnlag av dokumentert kunnskap og erfaringsbasert læring. Kunnskapsbasert praksis: er å legge til grunn systematisk innhenta forskingsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukarane sine ynskje og behov i den gitte situasjonen (Jamtvedt og Nordtvedt 2008, s10).

Profesjonar er kunnskapsbaserte yrker. Det er eit tradisjonelt syn på at kunnskapar, verdiar og ferdigheiter som er tileigna ved å ta høgare utdanning, er ei viktig føresetnad for å kunne utføre yrket på kompetent vis (Smeby 2008:87). ”*Kunnskapsbasert praksis er å treffe faglege val med å integrere det me veit med det brukaren ynskjer*”. (Bjørndal 2007: 125). Praksis er handling som inneber og gjere noko for å oppnå noko. Det er å organisere tenester og tilbod

så dei kan fremja samhandling og kontinuitet rundt klientar med ulike behov for helsehjelp. Det er ofte fleire måtar å nærme seg mål på – praksis er derfor handlingsval. Tverrfagleg samarbeide er ei grunnleggjande tilnærming til habilitering og rehabiliteringsarbeidet. Helsepersonell har plikt til å arbeide tverrfagleg når dette er til det beste for brukaren. «*Tiltakene i rehabiliteringstilbudet skal være koordinert og basert på felles målsetningar*» (Forskrift for habilitering og rehabilitering §1 (2001)). Å byggje opp vel fungerande team tar tid.

Det er viktig at alle kjenner seg likeverdige og bidrar med kunnskap til fellesskapet. I eit tverrfagleg team kan ein kombinere teori, kunnskap og metoder som ein ikkje klarer å gjere aleine. Godt team- arbeide kan skape effektive og fleksible organisasjonar kor ein kan styrke kvaliteten i arbeidet. Teamorganisering kan gi auka handlingsrom ved at ressursar kan fordelast og koordinerast målretta.

Brukermedverknad og empowerment:

Ekeland & Heggen (2007: 15) nevner at uttrykket *Compliance* vert mykje nytta for å karakterisere korleis brukaren etterfylgjer råd frå lækjaren. Men brukarinformasjon kan og brukast i ein annan modell der brukaren skal spela ei meir aktiv rolle. Han skal ikkje berre bli informert, men sjølv aktivt medverka til eigenbehandling og ta aktivt del planlegging og målseting i behandling, rehabilitering og medverka i gjennomføringa av denne.

NOU 2005:3 seier noko om brukarmedverknad i helsetenesta:

”En demokratisering og brukerorientering i helsetjenesten har ført til at forholdet mellom tjenesteyter og pasient i større grad er basert på samarbeid, medbestemmelse og medansvar. Pasientrettighetsloven slår fast at det skal være samspill mellom pasient og tjenesteyter i behandlingen. Regelverket er et utslag av en anerkjennelse av at samarbeid mellom helsevesenet og pasient er viktig for å oppnå god effekt av helsehjelpen. Gjensidig respekt og tillit er nødvendig for en felles forståelse av hva hjelpebehovet er og hva som kan være aktuelle tiltak. Pasienten representerer en betydelig kunnskapsressurs for tjenesteyterne i vurdering av hva slags helsehjelp som skal gis».

Kvalitet:

Sentralt i utviklinga av gode tenester er fokus på kvalitet. I “Nasjonale strategier for kvalitetsforbedring i sosial og helsetenesta ... og betre skal det bli!(2005-2015)”, peiker ein på tenester av god kvalitet:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukarane og gir dei innflytelse
- Er samordna og prega av kontinuitet
- Utnytter ressursane på ein god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Konklusjon og anbefalingar frå gruppa:

Dei fleste pasientane sjukehuset behandlar i dag er eldre menneske. Demografien tilseier at frem mot 2020 vil det være en signifikant auke i vårt lokalsjukehusområde som ellers i Helse Vest.

Rehabilitering i spesialisthelsetenesta

Rehabilitering må startes der behov vert avdekket, som når pasienten er innlagt i sjukehus, parallelt med medisinsk behandling. I § 13 i forskrift for habilitering og rehabilitering er spesialisthelsetenestene pålagt å ha koordinerende eining for habilitering og rehabilitering. Den skal da ha oversikt på habilitering – og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Vidare skal den ha nødvendig kontakt med habiliterings og rehabiliteringstenesta i kommunane. Hensikt med dette er å sikre faste kontaktpunkt for tverrfagleg samarbeid og informasjonsutveksling mellom nivåa. Ved Odda sjukehus er det rehabiliteringskoordinator som har ansvar for dette. Prosjektgruppa ser det som viktig at denne funksjonen fortsetter som bindeledd for rehabiliteringspasientar ut mot kommunane.

I forskrift for rehabilitering og habilitering § 7, påleggje ein kommunane og ha ”generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen”. Tenester som inngår i kommunens helsetenestetilbod skal integrerast i eit samla og tverrfagleg tilbod. Som allmennlegar, fysioterapeutar, sjukepleier, helsesøster og ergoterapeut. Kommunen skal ha ein plan for re-hab.verksemda og ein koordinerende eining som er synleg og etablert og er eit fast kontaktpunkt mot spesialisthelsetenesta (Forskrift om Habilitering og rehabilitering § 8).

Det er og anbefalt å samarbeida med etatar utanfor helsetenesta, som NAV og skule. Kommunehelsetenesta har altså ansvar for anna rehabilitering som ikkje fell inn under spesialisthelsetenesta sitt ansvar. Kommunen skal ha ei koordinerande eining og har ansvar for å opprette koordinator, ansvarsgruppe og individuell plan når det er behov for langvarige og koordinerte tenester. Skal kommunane ta større ansvar for rehabilitering, betingar det at ein tilfører kompetanse og ressursar. Uansett inntakskriterier er fagpersonalets diagnose-kunnskap og erfaring avgjerande for å kunne jobbe heilskapleg. Det er i dag ein rehabiliteringskontakt i kvar av samarbeidskommunane. Det er til denne kontakten rehabiliteringskoordinator ved sjukehuset melder rehabiliteringspasientar til i den enkelte kommune. Denne gir da vidare melding til nødvendige fagpersonar i kommunen. Sjukehusets og kommunens rehabiliteringskontakt avtaler og om det skal arrangerast nettverksmøte med pasient – pårørande og aktuelle fagpersonar.

Koordinering er no lovpålagt og prosjektgruppa ser det som nyttig å fortsette med det nettverket som allereie er etablert. Rehabiliteringskontakten i kommunane bør være tilknytt koordinerande eining i den enkelte kommune.

I Helse Fonna er det ein stilling i koordinerande eining som igjen er ein del av koordinerande eining i Helse Vest. Den har kontakt med rehabiliteringskontaktar / habiliteringskontaktar, i dei ulike kommunane og på sjukehusa. På møter utvekslar ein erfaringar på samarbeidet og tar opp ulike tema og fag. Dette ynskjer prosjektgruppa skal vidareførast.

I Helse Fonna er dei ein spesialistrehabiliteringsavdeling ved Stord sjukehus. Pasientar som skal til spesialistrehabilitering vert nå søkt dit. Denne avdelinga bør ha kjennskap til nettverk av rehabiliteringskontaktar for å gi best mulig overgang til heimkommunen igjen. Nettverksmøte ved overflytting er svært nyttig i overføring av pasientar frå spesialistrehabilitering til kommune.

Krav til bemanning til ei rehabiliteringseining?

Ein rehabiliteringsavdeling krev høgare pleiefaktor enn ein vanleg somatisk avdeling. Det antydast at kompleks spesialisert rehabilitering bør ha en pleiefaktor på 2 pr. seng, mens en vanlig spesialisert rehabilitering kan ligge noko lågare. Pleiefaktor er 1,5 – 1,7 pr. seng. Antall fysioterapeutar- og ergoterapeutar anbefalast til 1 pr. 4 seng. Dette er viktig å ta med seg når ein skal planlegge rehabiliteringssenger i kommunane. Å ha rehabiliteringssenger i ein vanleg sjukeheimsavdelinga, er ei utfordring med bemanning og ikkje minst dette å ha fokus på

rehabiliteringsprinsipp i arbeidet. Det er ikkje så lett å halde rehabiliteringsfokus i ein vanleg sjukeheimsavdeling der pasientgruppene er ulike. For dei små kommunane kan det være vanskeleg å etablere ein tilfredsstillande rehabiliteringsteneste etter retningslinjer og krav til dette.

Prosjektgruppa anbefaler at **Odda kommune** sin rehabiliteringsavdeling kan nyttast av Innbyggjarar i Ullensvang og Eidfjord til rehabiliteringspasientar som ikkje har behov for, eller får plass ved spesialistrehabiliteringsavdeling, og som oppfylging etter spesialistrehabilitering. Kommunen ynskjer å leige ut rehabiliteringsplassar til nære kommunar. Det for å styrka og oppretthalda dette gode tilbodet og behalde fagpersonane og kompetansen i rehabiliteringsavdelinga.

Ullensvang herad har plan om 2 rom til rehabilitering/observasjonsplasser ved den eine sjukeheimen. Utfordring her er tverrfagleg helsepersonell, rehabiliteringsfokus og kontinuitet. Heradet og Odda sjukehus skal nå søke om ergoterapeut i delt stilling mellom kommunen og sjukehuset. Prosjektgruppa anbefaler at ein går inn i eit interkommunalt samarbeid med Odda kommune og nyttar rehabiliteringsplasser der.

Eidfjord ynskjer som før å ta inn rehabiliteringspasientar på sjukeheimen til rehabiliteringsopphald. Dei har fleire faggrupper og mogeligheit for tverrfagleg rehabilitering. Men i enkelte tilfelle kan det nok være aktuelt å nytte plassar ved ein rehabiliteringsavdeling. Prosjektgruppa vil være forsiktig med å foreslå eit interkommunalt samarbeid med Odda kommune om rehabiliteringsplassar, men at det er greitt at kommunen kjenner til dette tilbodet og evt. kan nytte det om det er behov. Da ta dette med i samarbeidsavtalar.

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008 – 2011) gir uttrykk for at habilitering og rehabilitering ikkje har posisjon og prestisje i helse og omsorgstenesta som dei overordna helse og velferdspolitiske måla tilseier. Nasjonal helseplan (2007 – 2010) understrekar at mange brukarar og pårørande opplever helsetenesta som oppstykkka og utan tydeleg ansvar for samhandling mellom ulike aktørar, og at det er nødvendig å arbeide kontinuerlig med forbetring for å heve kvaliteten i alle deler av helsetenesta. Det er derfor viktig å legge til rette for god samhandling og utvikle god samhandlingskultur mellom føretak og kommunar. At kommunar samarbeider om rehabilitering er og alternativ.

Då kan ein nytta godt av kvarandre sin kompetanse og ulike kommunar kan "bli gode" på ulike oppgåver/fagområder. Det kan være krevjande for små kommunar å ha nok kapasitet og kompetanse innanfor ulike fagområder. I eit interkommunalt samarbeid kan for eksempel ein kommune være god på rehabilitering, og samarbeidskommunar kan nytte seg av dette. Den same modellen kan ein nytta innanfor andre fagområder.

Hausten 2011 gjennomførte Rambøll på oppdrag frå Helsedirektoratet ein kvalitativ undersøking om rehabilitering i kommunane. Innbyggartalet varierte frå 1200 – 110 000.

Her var det tydeleg at dei små kommunane satsa målbevisst på interkommunalt samarbeid for å sikre kompetanse.

Nye tilbod som nå utvikles i kommunane som Frisklivstilbod og lærings- og mestringstilbod, vil være viktige element i individuelle rehabiliteringsprosesser og pasientforløp. Sjølv om rehabiliteringsfeltet er definert under helselovgivinga er samhandling heilt avgjerande her. *Avklaringar av ansvars- og oppgavedeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste på rehabiliteringsområdet.* (Helsedirektoratet (30.11.2011).

Anbefalingar for ynskt pasientforløp innan rehabilitering:

- Saumlaust (Koordinert, prega av samhandling)
- God kvalitet, tufta på kunnskapsbasert praksis
- God kompetanse
- Tilbodet må stå i forhold til behovet – nok ressursar og kapasitet
- Rett behandling til rett tid på rett stad
- Gode overgangar mellom nivåa
- Gode ambulante tenester som blant anna skal sørge for kompetanseoverføring
- Heilskapleg tenking (basert på ICF)
- Individuell plan (IP)
- Koordinerande eining for rehabilitering og rehabilitering
- Aktiv brukarmedverknad på individ og systemnivå.

Dei vektlegg at det er behov for å lage standardiserte pasientforløp basert på ulike diagnoser.

Anbefaling frå gruppa:

- Prosjektgruppa anbefaler at Bokko rehabiliteringsavdeling som i dag har god kompetanse, bra lokale og er gode på rehabilitering, kan verta nytta som ein interkommunal rehabiliteringsavdeling.
- I eit interkommunalt samarbeid kan for eksempel ein kommune være god på rehabilitering, og samarbeidskommunar kan nytte seg av dette. Den same modellen kan ein nytta innanfor andre fagområder.
- At kommunar samarbeider om rehabilitering er og alternativ. Då kan ein nytta godt av kvarandre sin kompetanse og ulike kommunar kan "bli gode" på ulike oppgåver/fagområder. Det kan være krevjande for små kommunar å ha nok kapasitet og kompetanse innanfor ulike fagområder. Det må være ein viss kompetanse i den enkelte kommune då alle rehabiliteringspasientane skal tilbake til heim kommune etterpå.
- Legge til rette for god samhandling og utvikle god samhandlingskultur mellom føretak og kommunar.
- Utvikle standardiserte pasientforløp
- Bruke koordinerande eining i kommunar og sjukehus sitt kontaktnettverk ved melding av pasientar.
- Evaluere samarbeidsavtaler halvårig- prøve seg fram.

I fase 2 av prosjektet skal det prøvast ut ulike tiltak innan rehabilitering og lærings- og meistringstilbod, på tvers av kommunegrenser og med Helse Fonna og Høgskulen Stord/Haugesund som samarbeidspartnarar.

Vedlegg 1

Litteraturliste:

- Bjørndal A. (2009) *Målet er kunnskapsbaserte og brukersentrerte tjenester.*
- Ekeland, T. J og Heggen K.(2007) (red.) *Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademiske
- Jamtvedt Gro, og Monica Wammen Nortvedt (2008)
- Helse Fonna HF *Delprosjekt funksjonsfordeling somatikk*
- Helse Fonna 2009 *Rehabilitering og habilitering*
- Helse Fonna: *Mål og tiltaksplan i pasientbehandling*
- Rapport frå prosjekt ”*Prosjektgruppe rehabilitering - Lokalsjukehusprosjekt Odda lokalsjukehusområde*” Mai 2006
- Lov om spesialisthelseteneste mm Sosial og helsedirektoratet. Rundskriv 1-59/2000
Odin.no/Lovdata.no
- Lov om pasientrettigheter *Runskriv 1-60/2000*
Odin.no/Lovdata.no
- Lov om folkehelsearbeid(24.06.2011) *Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m. (24.06. 2011. Medlex Norsk Helseinformasjon*
- Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak / helseforetak*, Nasjonal veileder, Oslo 2011 Helse- og omsorgsdepartementet
- Stortingmelding. Nr. 47 (2009) (2008-2009) *Samhandlingsreformen, rett behandling – på rett sted til rett tid. Helse og omsorgsdepartementet*
- St,meld. Nr.26 1999-2000 “*Om verdier for den norske helsetjenesten*”
- St.meld nr.21 1998-99: ”*Ansvar og meistring - Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*»
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* (01.01.2012)
- Nasjonalt strategi for habilitering og rehabilitering* (2008-2011).
- Nasjonalt helse- og omsorgsplan St.meld nr 16 (2010 – 2015)*
- Nasjonalt helseplan* (2007 – 2010) Særtrykk av St.prp. nr.1 (2006-2007) Kapittel 6
- NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt, en sammenhengende helsetjeneste*
- St.prp. Nr1. (2007-2008) Kap 9
- Opptreningstilbudet i Helseregion Vest – rapport fra arbeidsgruppe juni 2005
- Rambøll, *Undersøkelse av rehabilitering i landets kommunar*, Oslo 2011
- Avklaringar av ansvars- og oppgavedeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste på rehabiliteringsområdet.* Helsedirektoratet (30.11.2011)