HELSEHUSET
INDRE ØSTFOLD MEDISINSK KOMPETANSESENTER IKS

Rehabiliteringsgruppens delrapport.

Sammendrag

Denne gruppen har hatt som mål å se på den eventuelle faglige og økonomiske gevinsten av å etablere en rehabiliterings avdeling ved Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter (IØMK) i samhandling med de 7 Indre kommunene. Representasjonen har vært bred både faglig og administrativ der også brukerrepresentant har vært deltagende.

Gruppen har dessverre ikke kunnet fullføre sitt mandat grunnet budsjettprosesser og endrede rammer for IKS'et. Derfor må denne rapport bare ses som en del av det totale arbeidet som må utføres for å utrede de ulike problemstillingene.

Konklusjonen til gruppen er likevel entydig. Det er en helhetlig gruppe som anbefaler at man etablerer en rehabiliteringsavdeling ved IØMK:

- Indre Østfold kommunene vil profitere på en egen rehabiliteringsenhet på Helsehuset
- Anbefalt befolkningsgrunnlag er 40- 60.000
- Aktuelle pasientgrupper: Hjerneslag, Artrose, Bruddskader, KOLS, Funksjonssvikt pga endret sykdomsbilde, Videreføring av rehab fra spesialisthelsetjenesten
- Forskning viser bedre effekt av rehabilitering ved å samle tilbudet i en egen rehabiliteringsavdeling, når man ser på langtidsforløp i kommunene og for pasientene
- Østfolds befolkning er 5-20 % sykere, men bruker klart mindre rehabiliterings tjenester enn landsgjennomsnittet
- Østfold har et svekket fagmiljø innen rehabilitering, det har ført til en tilfeldig og ufullstendig oppfølging av pasienters rehabiliteringsbehov

For at dette skal lykkes må man fortsette arbeidet. Denne rapporten viser på noe av den kunnskap som allerede finnes nasjonalt og den viser også hvordan gruppen har tenkt rehabilitering mer lokalt i Indre Østfold, både i samhandling mot kommunene, men også opp mot SØ. Det er også startet en kartlegging i kommunen som det må arbeides videre med.

Rapporten er skrevet på en slik måte at man kan legge den til grunn for videre arbeid. Vi har også beskrevet noen kritiske momenter som må løses om det skal lykkes å etablere en rehabiliteringsavdeling ved IØMK:

- Videre avklaring av kommunale rehabiliteringsoppgaver og samhandling med spesialisthelsetjenesten
- Sterk forankring i alle ledd i kommunene hvis oppgaver skal overføres/ flyttes til Helsehuset
- Veiledere, lovverk og reformer viser en tydelig trend: samhandling må styrkes og flere oppgaver skal overføres til kommunene.

Mona Spakmo

Mona Spakmo

Daglig Leder

Espen Storeheier

Fagansvarlig overlege

Innholdsfortegnelse

Sammendrag 2

Mandat for prosjekt «Rehabilitering i Indre Østfold 5

Innledning 5

Formål 5

Rolle og oppgaver 6

Sammensetning 6

Saksgang og møtehyppighet 7

Gruppens sammensetning og prosess. 7

Nasjonale føringer og tanker rundt rehabilitering i kommunehelsetjenesten. 8

Resyme: 8

Forklaring til modellen: 8

Begrepsavklaringer og aktuelt lovverk: 9

Kommunehelsetjenesten: 9

Spesialisthelsetjenesten: 9

Rehabilitering defineres i forskrift om habilitering og rehabilitering som: 9

Vanlig rehabilitering (ISF) 10

Kompleks rehabilitering (ISF) 10

Nytt lovverk i forbindelse med samhandlingsreformen: 11

Samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i nytt lovverk 11

Rehabilitering på kommunalt nivå: 12

Hvor går grensen mellom kommunal og spesialisert rehabilitering? 12

Kommunene og spesialisthelsetjenesten er pålagt å ha koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering: 12

Anbefaling og resultatmål helse- og omsorgstjenesten i kommunen 13

Kunnskapsgrunnlag: 14

Effekt av tilbud (faglige anbefalinger jfr. studier): 14

Undersøkelser/tilsyn: 16

Nye undersøkelser: 17

Noen andre rehabiliteringsrelevante dokumenter og undersøkelser 17

Økt samhandling med kommunene: 18

Diskusjon. 18

Ved kartlegging i de 7 Indre kommunene pr. januar- 15: 21

Vurdering og anbefaling: 22

Referanser 23

Vedlegg. 23

Mandat for prosjekt «Rehabilitering i Indre Østfold.

Innledning

Rehabiliteringsvirksomheten i kommunene skal fremme personlig ansvar og egenmestring. Den enkeltes ressurser og potensial skal være utgangspunktet. Menneskets rett til selv å bestemme over eget liv og å formulere egne mål er sentralt. Åpenhet og god kommunikasjon, deling av kunnskap og klargjøring av alternativer er viktige forutsetninger for aktiv deltakelse og medvirkning.
Prosjektet skal kartlegge og videreutvikle rehabiliteringen i de 7 samarbeidskommunene og se på de tjenester som ytes i dag samt videre behov for samhandling mellom kommunene internt og opp mot Helsehuset IØMK. Begge elementene er avgjørende for god rehabilitering. Tjenestene skal stimulere og understøtte personens egen innsats i å oppnå og vedlikeholde en best mulig fysisk, psykisk, sansemessig, kognitiv og sosial funksjonsevne. De skal være tilpasset den enkeltes behov, ressurser og potensiale.

Målet om økt funksjons- og mestringsevne og selvstendighet forutsetter egeninnsats, trening, ny-læring og re-læring. For noen kan målet med rehabilitering være å mestre et liv med varige funksjonsnedsettelser. Noen trenger tilpasninger av omgivelser og hjelpemidler.

Erfaringer tilsier at kommunal rehabiliteringsinstitusjon bør ha et befolkningsgrunnlag på fra 40 – 60 000 innbyggere for å sikre et økonomisk og faglig grunnlag for driften. For mange kommuner innebærer dette behov for interkommunalt samarbeid. Man ønsker derfor en faglig god og effektiv rehabilitering for befolkningen, det må til enhver tid tilstrebes å få til en kostnadseffektiv rehabilitering for kommunene.
Forskning på effekt av rehabilitering i kommunal rehabiliteringsinstitusjon sammenlignet med ved korttidsplasser i sykehjem viser at det både er mer kostnadseffektivt for kommunen og gir bedre resultat for pasientene. Jf. Høringsutkast til veileder.

Formål

Formålet med prosjektet er å sikre at personer som har behov for medisinsk rehabilitering tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Formålet er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter, pasient og bruker og eventuelt pårørende, samt mellom tjenesteytere og etater innen kommunene på forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene. Gruppen må også se på nytten av å samlokalisere deler av den kommunale rehabiliteringstjenesten til Helsehuset IØMK. Man må avklare hvordan det er hensiktsmessig å dele oppgaver mellom eierkommuner og Helsehuset samt opp mot spesialisthelsetjenesten i den prosessen SØ befinner seg i dag i.f.t blant annet kompetanse.

Dette prosjektet må også samkjøres og ses i sammenheng med andre prosjekt i regionen. Formålet vil også være å gi mest mulig rehabilitering for hver krone.

Rolle og oppgaver

Definere tjenesten og de ulike brukergruppene. Kartlegge og vurdere behovet for videre samhandling mellom de ulike aktørene; kommunene, Helsehuset IØMK og sekundærhelsetjenesten. Det vil her være viktig å vurdere og definere grensegangen mellom primær og spesialisthelsetjenesten. Gruppen skal også se hva en interkommunal rehabiliteringsavdeling skal kunne bistå spesialisthelsetjenesten med og hva avdelingen kan avlaste kommunene med.

Sammensetning

Det bør tilstrebes at prosjektgruppen har en bredest mulig representasjon. I tillegg til representanter fra IØMK, skal flere av eierkommunene og brukerrepresentant være representert.

Prosjektmedlemmene blir oppnevnt med vararepresentanter, etter eget valg. Hvis prosjektmedlemmer av ulike grunner må avslutte sin deltakelse i prosjektet så skal vararepresentant utnevnes som prosjektmedlem.

Prosjektgruppen har følgende sammensetning:

Prosjektgruppe Rehabilitering.		
Prosjektleder	Espen Storeheier	Fagansvarlig overlege ved Helsehuset.
Deltager	Hilde Orderud	Enhet for Samfunnsmedisin ved Helsehuset.
Deltager	Kristian Devold	Enhetsleder Døgnavdelingen ved Helsehuset.
Deltager	Alf Johnsen	Kommuneoverlege Askim kommune.
Deltager	Runar Stemme	Spydeberg.

Deltager	Karianne Heier	Overlege ved Sunnaas Sykehus
Deltager	Line Eikenes	Helse Sør Øst. Brukerrepresentant

Saksgang og møtehyppighet

Prosjektgruppen ledes av prosjektleder eller utnevnt stedfortreder fra Helsehuset IKS eller hans/hennes stedfortreder. Referent utnevnes på hvert prosjektmøte. Møtereferat godkjennes av leder før det sendes ut.

- Prosjektleder kan gjennomføre prosjektmøter selv om ikke alle gruppemedlemmene er tilstede.

Gruppens sammensetning og prosess.

Det vises til tabell side 5-6 under mandat for gruppen for å personifisere medlemmene. Det var viktig med bred representasjon fra kommunene og helsehuset. Det var også viktig å ha en deltager fra spesialisthelsetjenesten med tanke på faglige tilbakemeldinger. Brukerrepresentant har også vært delaktig for å sikre brukernes interesser allerede fra starten av prosjektet.

Det er avholdt flere møter og det har vært kontakt både via mail og tlf. underveis. Det har også vært avholdt et møte med styringsgruppen som består av: Ledergruppe ved IØMK. Rådmenn: Heidi Vildskog – Spydeberg, Synnøve Rambek – Askim, Bjørn Sjøvold – Hobøl. Arbeidsgruppen var også tilstede.

Referanse gruppen har i liten grad vært brukt, men det har via gruppens medlemmer vært god kommunikasjon med LSU, kommuneoverlege felleskapet og inn mot ledelsen i IØMK.

Grunnet den pressede økonomiske situasjonen som IKS'et befinner seg fant styret det nødvendig å av slutte prosjektet før tiden, hvorfor man må lese rapporten som en delrapport. Gruppen har svart på deler av mandatet dette med utgangspunkt i hvor langt vi har kommet med arbeidet.

Nasjonale føringer og tanker rundt rehabilitering i kommunehelsetjenesten.

Resyme:

Helsedirektoratet gjennomførte på oppdrag fra HOD i 2011 en utredning med hensikt å avklare ansvars- og oppgavefordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet. Utredningsarbeidet ble gjennomført av en arbeidsgruppe bestående av representanter fra KS (Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon), de regionale helseforetakene, de private rehabiliteringsinstitusjonene og brukerorganisasjonene. Utredningen (IS-1947) inneholder anbefalinger knyttet til det ideelle pasientforløp innen rehabilitering, og ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet. Det knyttes også anbefalinger til videreutvikling av rehabiliteringsfeltet på områdene samhandling og koordinering, prioriteringer, kvalitet, statistikk, kompetanse og kunnskapsgrunnlag.
Arbeidsgruppen utarbeidet en modell for fordeling av ansvarsoppgaver som gir en indikator på tankesettet som skal til for å få til en fordeling mellom nivåene basert på brukerens mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet (ICF-tankegang). Med høyt behov for spesialisering, kompleksitet og intensitet i oppfølgingen, går vektskålen i retning spesialisthelsetjenesten. Med bakgrunn i BEON-prinsippet, vurderer arbeidsgruppen at det kommunale tjenesteapparat bør involveres i de fleste tilfeller.

Kommune		Spesialisthelsetjeneste
Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø?		Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for kompleksitet?
Behov for tverrsektoriell samhandling?	Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.	Behov for intensitet?

Figur:

Forklaring til modellen:

Begrepene spesialisering/spesialisert kompetanse, kompleksitet og intensitet er hentet fra forskrift om habilitering og rehabilitering. Spesialisering omhandler behov for bistand fra spesialisert fagkompetanse/spisskompetanse i den individuelle rehabiliteringsprosessen,

grad av kompleksitet dreier seg både om antall faggrupper som er involvert i prosessen og hvor kompliserte brukers behov er, intensitet angir at tiltakene gis med stor hyppighet over et begrenset tidsrom.

Begrepsavklaringer og aktuelt lovverk:

Kommunehelsetjenesten:

"Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune". (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, 4.ledd) Slike tjenester (...) kan ifølge § 1-2 tilbys eller ytes "av kommunen eller private som har avtale med kommunen".

Spesialisthelsetjenesten:

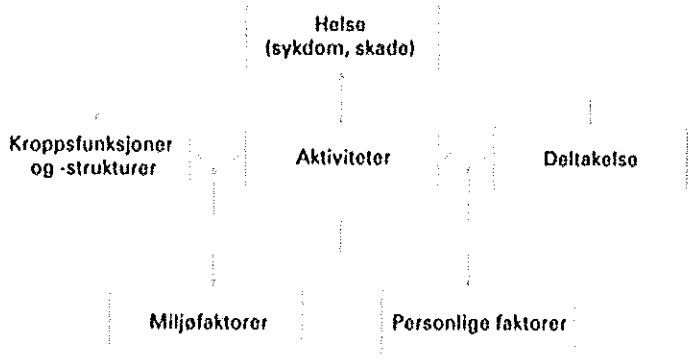
"Staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste" (Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1). Landets spesialisthelsetjeneste er inndelt i 4 helseregioner. Hver helseregion har et regionalt helseforetak.
"De fire regionale helseforetakene har ansvaret for å sikre befolkningen i regionen tilgang til nødvendige spesialisthelsetjenester."

Rehabilitering defineres i forskrift om habilitering og rehabilitering som:

"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." (Forskrift om habilitering og rehabilitering, § 2).

Begrepet "tidsavgrensede prosesser" betyr ikke at man innen en angitt tid skal kunne forutsi komplett gjenvinning av tapte funksjoner. Rehabilitering er ikke det samme som "å gjøre frisk". (St.meld. nr. 21, 1998-99)). Aktørene i rehabiliteringsforløpet skal derimot bistå den enkelte i "å nå eller halde ved like sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle og sosiale funksjonsnivå."
Videre skal rehabiliteringsprosessen "motverke sjukdomsfokusering og passive pasientroller, og fremje personleg ansvar og eigenmeistring"

ICF-modell (International Classification of Functioning, Disability and Health) - utarbeidet av WHO i 2001.



Vanlig rehabilitering (ISF)

Rehabilitering som omfatter målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan, samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen og minimum 4 spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglige team.

Kompleks rehabilitering (ISF)

Rehabilitering som omfatter målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan, samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen og minimum *6 spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglige team*. I tillegg gjelder følgende ekstrakrav:

- Arbeidet foregår store deler av dagen/døgnet fram til utskrivning eller minimum *fem virkedager*
- Pasienten har minimum en overnatting
- Pasienten har i tillegg funksjonstrening, trening i kompenserende teknikker og tilpasning av hjelpemidler/miljø. Det foretas en vurdering av tiltak i forhold til personlig mestring i hjem, skole, arbeid og fritid.
- Arbeidet ledes av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Innen fagområdene reumatologi, geriatri, nevrologi eller pediatri kan habilitering/rehabilitering ledes av spesialist innen nevnte områder

Departementet innførte i sin tid rehabiliteringsløsningen basert på anbefalinger fra fagmiljøene. Dette innebar forutsetninger om en andel på 70 prosent vanlig rehabilitering og 30 prosent kompleks rehabilitering. Det gjøres et trekk i utbetalingen til de regionale helseforetakene der andelen kompleks rehabilitering overstiger 45 prosent.

Nytt lovverk i forbindelse med samhandlingsreformen:

Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester er nedfelt i kapittel 3 i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Ansvaret angis i § 3-1 som et overordnet "sørge-for"-ansvar for personer som oppholder seg i kommunen. Alle pasient- og Brukergrupper er omfattet. Kravet innebærer også "plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten" i samsvar med lovkrav. *Videre er det i § 3-2 listet opp noen tjenester som kommunen plikter å tilby for å oppfylle ansvaret etter § 3-1. Rehabilitering beskrives her i pkt 5 som "Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering".*

Spesialisthelsetjenestens ansvar er nedfelt i kapittel 2 i lov om spesialisthelsetjenester. Her er ikke rehabilitering konkretisert i opplistingen, men kravet utdypes i forskrift om habilitering og rehabilitering.
Spesialisthelsetjenestens forpliktelser knyttet til arbeidet med individuell plan, oppnevning av koordinator og etablering av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering følger av §§ 2-5, 2-5a og 2-5b.
§ 2-5, 2. ledd pålegger helseforetaket så snart som mulig å varsle kommunen når det ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og å medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.

Samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i nytt lovverk

Ny helselovgivning stiller krav til *samarbeidsavtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.* Loven konkretiserer gjennom 11 opplistede punkter hva avtalene minimum skal inneholde. Blant annet skal det beskrives:

1. Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre.
2. Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester. (Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2)

I tillegg skal avtalen omfatte retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter med behov for kommunale tjenester og retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, faglige nettverk og hospitering. Dette er viktige områder innen rehabilitering som også utdypes i Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler som ble utgitt i 2011. Veilederen konkretiserer blant annet samarbeid mellom koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i henholdsvis kommune og helseforetak, ambulant virksomhet, arbeid med individuell plan og hjelpemidler. Ny forskrift om kommunal med finansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter inneholder krav til samhandlingsprosessen mellom nivåene.

Rehabilitering på kommunalt nivå:

Forskrift om habilitering og rehabilitering § 7, 1-4 ledd pålegger kommunene å "ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen". Videre skal kommunen sørge for at "alle som bor eller oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging".

"Tjenester som inngår i kommunens helsetjenestetilbud skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud." Dette innebærer at eksempelvis tjenester fra kommunens allmennleger, fysioterapeuter, sykepleiere, helsesøstre, ergoterapeuter som utgjør en del av kommunens helsetjenestetilbud skal kunne inngå som deler av en rehabiliteringsprosess. Tilbudet skal gis "uavhengig av brukerens boform".
Kommunen plikter å ha plan for re-/habiliteringsvirksomheten. I likhet med spesialisthelsetjenesten skal kommunene ha en koordinerende enhet for re/habilitering, jfr. § 8. Denne enheten skal være "synlig og etablert" "fast kontaktpunkt overfor spesialisthelsetjenesten" (Merknad til Forskrift om habilitering og ehabilitering § 8). Det presiseres videre at enheten skal sikre at det blir "lett for brukere og samarbeidspartnere å finne fram til og komme i kontakt med det kommunale tjenestetilbudet" (ibid). Det presiseres også at enheten "bør samarbeide med etater utenfor helsetjenesten" (ibid). Samarbeidet mellom helsetjenesten, NAV og skoleetat spesielt viktig.

Hvor går grensen mellom kommunal og spesialisert rehabilitering?

Fra forskriften om habilitering og rehabilitering med merknader kan man trekke ut tre sentrale faktorer som må vurderes for å avgjøre om det dreier seg om *tjenester på spesialisthelsetjenestenivå:*

1. Behovet for spisskompetanse / spesialisering
2. Kompleksitet
3. Behovet for intensitet

Heller ikke dette fører frem til noe tydelig definert skille, og avklaringer må finne sted i gjensidig dialog mellom berørte parter.
"En god tjenesteyting fordrer at det enkelte tjenestested har gode rutiner for å sikre at egen tjenesteyting står i sammenheng med annet tjenestetilbud i tiltakskjeden. Dersom det oppstår uklare grenser i ansvarsforholdet, må ikke dette innebære at brukeren ikke får nødvendig bistand." (Merknad til Forskrift om habilitering og rehabilitering § 12)

Kommunene og spesialisthelsetjenesten er pålagt å ha koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering:

I ny lovgivning fra 1. jan 2012 er bestemmelsen løftet fra forskrift til lov. Loven tydeliggjør enhetenes overordnede ansvar for individuell plan og for oppnevning, opplæring og

veiledning av koordinatorer. *Enhetene skal legge til rette for kontinuitet i tjenesteytingen, brukermedvirkning og at det samhandles om planlegging og organisering.* Gjennom dette gis enhetene en tydelig rolle i å bidra til bedre koordinering av tjenestene i samsvar med målene i samhandlingsreformen.

Anbefaling og resultatmål helse- og omsorgstjenesten i kommunen

I følge forskrift om habilitering og rehabilitering (§ 7 i dagens forskrift) skal kommunen ha generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering. Denne oppgaven bør ivaretas av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen.

• **Styrket kompetanse og økt faglig bredde.** Tilgang til profesjonsspesifikk fagkompetanse på høgskole-/ universitetsnivå relatert til behov på minimum følgende områder:
o kognitive vansker
o kommunikasjonsvansker
o fysisk, psykisk og sosial funksjon
o funksjon knyttet til aktivitet og deltagelse (ADL)
o sansetap
o livsstilsproblematikk
o hjelpemidler og bolig
o universell utforming
o sosioøkonomiske forhold
o tverrsektoriell samhandling (NAV, arbeid, skole, spesialpedagogikk, fritid etc.)
• **Må dekke alle livsfaser**, herunder spesifikke aldersrelaterte problemstillinger for eksempel knyttet til utdannings- og etableringsfase
• **Arbeidet bør organiseres som tverrfaglig samarbeid / tverrfaglige team**, som ved behov suppleres med kompetanse fra spesialisthelsetjenesten. Koordinerende enhet bør være en tilrettelegger for samhandling.
• Privatpraktiserende fysioterapeuter, fastleger og evt. øvrige private tjenesteytere som har avtale med kommunen må være **integrert i kommunens tverrfaglige rehabiliteringsarbeid.**
o avtaler og finansiering av privat fysioterapi må bygge opp under dette
o private tjenesteytere må også tilfredsstille krav til universell tilgjengelighet
• **Kommunen bør ha lærings- og mestringstilbud og frisklivssent frisklivssentraler** som viktige bidrag i individuelle rehabiliteringsprosesser
•**Kommunene trenger å få tilført mer ressurser for å kunne håndtere større oppgaver på rehabiliteringsområdet**, blant annet som en konsekvens av at noe av det som i det innsatsstyrte finansieringssystemet omtales som "vanlig" eller poliklinisk rehabilitering i spesialisthelsetjenesten bør overføres til kommunene.
o flere tverrfaglige rehabiliteringstilbud i hjemmet
o opprette flere dagrehabiliteringstilbud, for eksempel i tilknytning til samlokaliserte og – organiserte tilbud (lokalmedisinske sentra, rehabiliteringssentra eller rehabiliteringssentra eller lignende) eller dagsentra
o opprette flere døgnrehabiliteringstilbud, for eksempel i tilknytning til samlokaliserte og – organiserte tilbud (lokalmedisinske sentra, rehabiliteringssentra eller lignende)

• **Kommunen bør, fortrinnsvis i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, gjøre en tverrfaglig vurdering av rehabiliteringsbehovet til utskrivningsklare pasienter.**
Denne vurderingen bør også gjøres når pasienten har hatt poliklinisk rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Målet er å sikre tidlig igangsetting og hindre brudd i rehabiliteringsforløp, redusere/utsette behov for omfattende pleie- og omsorgstjenester og legge til rette for økt grad av egenmestring. Dette vil bidra til bedre prioritering og gi kommunen oversikt over behovet for rehabilitering.

For ytterligere informasjon vises det til vedlegg 01.

Kunnskapsgrunnlag:

Effekt av tilbud (faglige anbefalinger jfr. studier):

a) *Kartlegging av institusjoner og enheter som har forsket på rehabilitering og habilitering i Norge i perioden 2003-2008, Norges forskningsråd*

I forbindelse med arbeidet med Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering ba Helse- og omsorgsdepartementet Norges forskningsråd om å utarbeide en oversikt over forskningen på feltet habilitering og rehabilitering de siste fem årene, dvs. i perioden 2003-2008. Det ble gjennomført en elektronisk spørreskjemaundersøkelse blant institusjoner som forsker på habilitering og/eller rehabilitering.
Noe av det mest interessante denne kartleggingen viste var mangelen på forskning knyttet til rehabilitering i tråd med rehabiliteringsdefinisjonen fra forskrift om habilitering og rehabilitering.

b) *Effekt av rehabilitering på deltaking sosialt og i samfunnet*

Kunnskapssenteret ga i desember 2009 ut en rapport som oppsummerte forskningslitteratur om effekten av at brukere medvirker i sin rehabilitering. Forskningslitteraturen rapporterte oppmuntrende resultater, men fant ikke signifikant forskjell fra kontrollgruppen. Svært lav kvalitet på dokumentasjonen medførte at man ikke kunne trekke sikre konklusjoner om rehabilitering endrer brukeres deltakelse sosialt og i samfunnet. Konklusjonen ble å slå fast behovet for større og bedre studier.

c) *Organisering av fysikalsk medisin og rehabilitering i sykehus*

På oppdrag fra helse Nord foretok Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2007 en kunnskapsoppsummering hvor det søkt etter, kritisk vurdert og oppsummert forskning fra eksisterende systematiske oversikter om organisering av fysikalsk

medisin og rehabilitering i sykehus. Mest studert er organisering av behandling og rehabilitering av slagpasienter i sykehus.
Kunnskapsoppsummeringen viser at det er solid grunnlag for å si at behandling og rehabilitering i egne slagenheter gir lavere dødelighet sammenliknet med andre måter å organisere slagrehabilitering på. Pasienter som rehabiliteres i slagenheter er også oftere selvhjulpne i egen bolig ett år etter at slag inntraff enn slagpasienter som får andre tilbud. "Early supported discharge", dvs. godt planlagt og koordinert tidlig utskrivning fra sykehus viser at slagpasienter som fikk et slikt tilbud var selvhjulpne og hadde mindre behov for institusjonsomsorg.
For pasienter med multippel sklerose (MS) viser kunnskapsoppsummeringen at rehabilitering i sykehus synes å bidra til økt aktivitetsnivå, selv om det ikke påvirker funksjoner som allerede er tapt. For personer med ervervet hjerneskade (16-65 år)vil rehabiliteringsprogram med høy intensitet bidra til at raskere gjenvinning av tidligere funksjonsnivå sammenliknet med rehabiliteringsprogram med lavere intensitet.
Pasienter med ryggmargsskade som raskt overføres til spinalenhet ser ut til å komme bedre ut med hensyn til nevrologiske utfall sammenliknet med pasienter som ikke fikk et slikt tilbud.
Når det gjelder eldre pasienter med lårhalsbrudd, vil de som rehabiliteres i separate orto-geriatriske enheter oftere være i live i egen bolig, sammenliknet med pasienter som behandles i vanlig ortopedisk avdeling. (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008)

d) Ambulante tjenester

Helse Sør RHF gjorde i 2007 forsøk med tilleggstakster for ambulant virksomhet rettet mot enkelte pasientgrupper, og bestilte en kunnskapsoversikt fra Kunnskapssenteret for å få belyst om ambulante team medfører forbedret helse for pasientene og redusert bruk av spesialisthelsetjenester.
I rapporten fra Kunnskapssenteret vises det til at det er mange studier og systematiske oversikter som har vurdert effekten av ambulante tverrfaglige tjenester for pasienter med ulike sykdommer. Det ble funnet mest og best dokumentasjon om tiltak for pasienter med hjerneslag. For denne gruppen ble det vist at godt planlagt og koordinert tidlig utskriving av slagpasienter fra sykehus med oppfølging i hjemmet av et tverrfaglig team, fører til reduksjon i et kombinert utfall av død eller behov for opphold i institusjon etter 6 måneder.
For de fleste andre pasientgrupper og tiltak viser Kunnskapssenteret til at dokumentasjonsgrunnlaget for å trekke sikre konklusjoner var begrenset. Det skyldes dels at det er for få og for små studier, og dessuten at det er svakheter i utførelsen av flere av studiene. Pasientgruppene som ble undersøkt var bl.a. MS, hjerneskade, hjertesvikt og epilepsi.
For pasienter med multippel sklerose (MS) ser et organisert rehabiliteringsprogram utenfor sykehus ut til å øke pasientenes opplevelse av å være mer fysisk aktive og sosialt deltakende, sammenliknet med standard behandling. For pasienter med alvorlig MS gir tverrfaglig rehabilitering ved innleggelse i institusjon muligens bedre effekt på kort sikt for pasientens aktivitetsnivå, sammenliknet med rehabilitering utenfor institusjon.
Pasienter med alvorlig hjerneskade kan muligens bedre funksjonsevnen og øke

deltagelsen med innsats fra et tverrfaglig kommunebasert team. Rapporten viser til at tverrfaglige ambulante tiltak rettet mot pasienter med hjertesvikt trolig reduserer totaldødelighet målt etter ni måneder.
For pasienter med epilepsi vil spesialiserte epilepsienheter utenfor sykehus og team i kommunehelsetjenesten ledet av sykepleiere med spesialkompetanse muligens ha effekt på helse, livskvalitet og anfallshyppighet, og fører trolig til at pasientene er mer fornøyd med behandlingen og informasjonen de får
Kunnskapssenteret oppsummerer at det er behov for flere studier med robust design for å underbygge og videreutvikle rehabiliteringsinnsatsen for hjemmeboende pasienter med ulike kroniske sykdommer.
(Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010)

e) Prosjekt Hjem Rehabilitering i Bærum kommune

Dette prosjektet som ble avsluttet i 2002 prøvde ut satsing på hjemmebasert rehabilitering som strategi for å møte et økende pleie- og omsorgsbehov hos gruppen eldre og funksjonshemmede. Det ble etablert et team av fysio- og ergoterapeuter som ga tilbud i brukers hjem. På bakgrunn av kostnadsanalyse av fire beskrevne eksempler, gjennomført av Sintef, ble det anslått et anslagsvis årlig effektiviseringspotensial i størrelsesorden 6,3 mill for en gruppe på 50 brukere. Innsparing av institusjonsplasser var et sentralt element i beregningen. Prosjektet erfarte behov for bredere fagkompetanse i teamet.
(Bærum kommune, 2003)

Undersøkelser/tilsyn:

Kommunens rehabiliteringstilbud i sykehjem -
Statens helsetilsyn gjennomfører i perioden 2009- 2012 en fireårig satsning på tilsyn med helse- og sosialtjenester til eldre.
Systemrevisjon omfatter følgende områder:
-Utredning av behov for rehabilitering
-Målsetting for og planlegging av rehabiliteringen
-Gjennomføring og evaluering av rehabiliteringstiltak
-Utskrivning fra og avslutning av rehabiliteringsopphold

Ved flere av tilsynene med kommunens rehabiliteringstilbud i sykehjem ble det påvist manglende vurdering av rehabiliteringspotensialet ved innleggelse, manglende tverrfaglig utredning og oppfølging av pasienten, samt manglende mål for rehabiliteringsprosessen.
Helsetilsynet vurderer det som en utfordring at tiltak som er igangsatt for den enkelte pasient ikke alltid blir gjennomført av personell i avdelingen. Ved enkelte av sykehjemmene forelå ingen stillingsinstruks for sykehjemslegen og det var ikke etablert rutiner for å gjennomføre medisinsk

vurdering ved innkomst for korttids- og rehabiliteringsopphold. Begrensede fysioterapiressurser var en utfordring ved noen sykehjem.
(Statens helsetilsyn, 2010-2011)

Nye undersøkelser:

Undersøkelse om rehabilitering i kommunene -
Høsten 2011 gjennomført Rambøll på oppdrag fra Helsedirektoratet en kvalitativ undersøkelse om rehabilitering i kommunene. De ble bedt om å beskrive status og eventuelt pågående utviklingsarbeid og planer.
Innbyggertallet i kommunene varierte fra 1200 til 110 000. Kommunene beskriver ulike måter å organisere sitt tilbud på. *Det er få som oppgir at de kjøper tjenester fra eksterne tilbydere. Imidlertid er det tydelig at de små kommunene satser målbevisst på interkommunalt samarbeid for å sikre kompetanse.* Alle kommuner har stor bevissthet om kommunens framtidige ansvar innen rehabilitering. Noen har allerede flere tiltak på gang, mens andre er mer avventende.
Kommunene beskriver hva de har som definerte rehabiliteringstjenester, som eksempelvis rehabiliteringsavdeling og rehabiliteringsteam/ambulant. I tillegg beskriver de fleste kommunene at hele spekteret av tjenester fra ulike fag og sektorer i kommunen inngår i rehabiliteringsarbeidet. Det viser et stort mangfold også utenfor helsesektoren, og at de fleste aktørene innen helse- og omsorg også er involvert i rehabilitering. Felles for alle er at fysio- og ergoterapeuter nevnes blant faggruppene.
Ni av de ti kommunene har koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Den som ikke har koordinerende enhet oppgir også at de sjelden bruker individuell plan. Små kommuner har bedre oversikt over tilbudet enn store kommuner og i åtte av kommunene er det koordinerende enhet som ivaretar dette. Få har oversikt over behov. Dette ser de som en utfordring i forhold til at tilbudet må samsvare med behov.

Noen andre rehabiliteringsrelevante dokumenter og undersøkelser

Gjennomgang av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten - Hvilke oppgaver kan vurderes overført til kommunene?
Denne rapporten som ble utarbeidet av Helsedirektoratet **ga følgende anbefalinger knyttet til hvilke oppgaver som kunne vurderes overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene:**

- Eldre som mottar vanlig rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner kan vurderes overført til kommunehelsetjenesten, under forutsetning av lokal kompetansebygging og tilrettelegging av bolig.
- Pasienter i diagnosegruppene fedme og artrose (alle aldersgrupper) som mottar vanlig rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner anbefales overført til kommunehelsetjenesten.
- LMS-tilbudene i spesialisthelsetjenesten opprettholdes og en overføring av

ansvar kan vurderes når flere kommuner har opprettet LMS.

- Den delen av rehabilitering med arbeid som mål som i dag ligger i spesialisthelsetjenesten bør ikke overføres før lignende kompetanse er utviklet i kommunene
- Rehabilitering som skjer i forbindelse med akuttbehandling i sykehus må videreføres

(Helsedirektoratet 2010)

Økt samhandling med kommunene:

- Det skal være ambulante tjenester fra institusjoner i spesialisthelsetjenesten.
- Markant aktivitetsøkning innen ambulante tjenester (både individuell oppfølging og kompetanseoverføring) innen utgangen av 2015
- Finansiering som understøtter ambulante tjenester og andre samhandlingstiltak
- Økning i registrering av samhandlingsrelaterte prosedyrekoder

Totalt sett skal rehabiliteringsaktiviteten i spesialisthelsetjenesten økes innen 2015
I helseforetakene skal det gjøres mer "kompleks rehabilitering" og mindre "vanlig rehabilitering" slik denne inndelingen er i regelverket for innsatsstyrt finansiering. Regelen om fordeling i forholdet 30/70 mellom "kompleks" og "vanlig" rehabilitering i spesialisthelsetjenesten foreslås fjernet.

- **Spesielt innen områdene artrose og overvekt / livstilsproblematikk må pasienter overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tilbud.**

Tidlig rehabilitering av for eksempel **hjerte, lunge, slag -og kreftpasienter** skal fortsatt ligge i spesialisthelsetjenesten, men mye av den **senere rehabiliteringen skal økes/ styrkes i helse- og omsorgstjenesten i kommunen.** Rehabilitering, spesielt i tidlig fase, av pasienter med spinalskade, traumatisk hodeskade, amputasjoner, multitraumer og sjeldne diagnoser er noe som spesialisthelsetjenesten fortsatt må ha hovedansvaret for

Prioriteringene som gjøres når pasienter sendes videre til rehabilitering innen spesialisthelsetjenesten (etter for eksempel en øyeblikkelig hjelpinnleggelse eller elektiv innleggelse på et annet fagområde) må underlegges klare tverrfaglige retningslinjer. Pasientene skal ikke rettighetsvurderes på nytt, men det må lages retningslinjer for prioritering av pasienter til videre rehabilitering innenfor spesialisthelsetjenesten (enten i helseforetak eller i privat rehabiliteringsinstitusjon).

Diskusjon.

Sykehuset Østfold har valgt å ikke ha egen rehabiliteringsavdeling, og det er heller ikke planlagt for en slik avdeling ved det nye sykehuset ved Kalnes og i Moss. Man velger å

samarbeide med Sunnaas sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner om tilbud til pasienter som trenger rehabilitering innen spesialisthelsetjenesten.

Dette har ført til et svekket fagmiljø innen rehabilitering i Østfold, også i kommunene. Man får ikke utviklet et faglig samarbeid mellom sykehuset og fagmiljøer i kommunene, svært lite systematisk kompetanseutvikling og kompetanseoverføring. Fagmiljøene ved Sunnaas sykehus og de private institusjonene har liten kontakt med kommunene utenom individuell pasientoppfølging. Et slikt svekket fagmiljø innen rehabilitering har ført til at det er tilfeldig og ufullstendig hvordan sykehuset vurderer behov for rehabilitering når pasienter skrives ut, og kommunene foretar for lite utredning og vurdering av rehabiliteringsbehovet når pasienten mottas for eventuelle kommunale helsetjenester.

Ulike helseoversikter viser at befolkningen i Østfold er 5 – 20 % sykere enn landsgjennomsnittet. Samtidig bruker befolkningen i Østfold klart mindre rehabiliteringstjenester enn landsgjennomsnittet. Østfold har minst døgnrehabilitering og poliklinisk rehabilitering i spesialisthelsetjenesten innen Helse SørØst.

Samlet sett får ikke pasienter fra våre kommuner et godt nok rehabiliteringstilbud hverken innen spesialisthelsetjenesten eller i kommunehelsetjenesten. Dette medfører redusert livskvalitet for mange pasienter, og behovet for kommunale pleie- og omsorgstjenester vil ofte være større fordi pasientene blir mindre selvhjulpne.

Rehabilitering har vært et satsningsområde fra sentrale myndigheter i mange år, men foreløpig har dette ikke ført til reell styrking og utvikling av rehabiliteringstilbudet i Norge. Samhandlingsreformen har som hovedinnhold at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal samarbeide bedre, og det skal skje en oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten og til kommunene. Dette skal også omfatte rehabilitering. Dette må bety en styrking av rehabiliteringstilbudet i kommunene, både i omfang og kvalitet.

Kommunene må utvikle et faglig tilfredsstillende tilbud til de pasientgrupper som i dag får kommunal rehabilitering, og i tillegg kunne følge opp nye pasientgrupper.

Det skilles mellom vanlig rehabilitering og kompleks rehabilitering avhengig av hvor mange ulike faggrupper som er representert i et tverrfaglig team. Den viktigste inndelingen vil være hvilke pasientgrupper som trenger rehabilitering fra spesialisthelsetjenesten, og hvilke som skal ha et tilbud i kommunene.

De viktigste gruppene som bør få rehabilitering i kommunene, vil være pasienter med:

Hjerneslag

Artrose, eventuelt etter proteseoperasjon

Bruddskader, særlig hoftebrudd

KOLS

Eldre med flere sykdommer som til sammen gir funksjonssvikt, når det inntrer en forverring pga. endring i sykdomsbildet.

Pasienter som har et rehabiliteringsopplegg i spesialisthelsetjenesten, og som trenger en videreføring av denne rehabiliteringen etter at de kommer hjem.

Det vil i praksis måtte være omfattende individuell vurdering av hvilken type rehabilitering pasienten trenger, og særlig yngre pasienter med omfattende rehabiliteringsbehov bør i hovedsak få et tilbud innen spesialisthelsetjenesten.

Tall fra Samhandlingsstatistikk for 2010 viser at 66 % av pasientene som får rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er under 67 år, mens bare 12 % av pasientene innen kommunal rehabilitering er under 67 år. Dette viser en hovedfordeling av pasientgruppene, og vil også være utgangspunkt for å utvikle et riktig tilbud i kommunene.

Den klart største gruppen for kommunal rehabilitering er eldre pasienter med flere sykdommer og funksjonssvikt, og det er de samme pasientene som ofte glemmes når man vurderer rehabiliteringsbehov.

Rehabiliteringstilbudet i kommunene i dag er dels rehabiliteringsplasser ved korttidsavdelinger på sykehjemmene, dels ambulante tjenester. Mange pasienter får også opptrening og oppfølging hos private fysioterapeuter.

Det foreligger klare forskningsresultater fra Norge (Inger Johansen) som viser at det er vanskelig å gi et effektivt rehabiliteringstilbud innen rammen av et opphold på en korttidsavdeling på sykehjem. Tilbudet har ikke tilstrekkelig tverrfaglighet, det blir ikke intenst nok, og hele avdelingsmiljøet preges ikke godt nok av et rehabiliteringsinnhold i alt man gjør. Sammenlikner man resultater av rehabilitering i et tverrfaglig rehabiliteringssenter og rehabilitering i korttidsavdelinger på sykehjem, blir pasienter i et rehabiliteringssenter dobbelt så bra på halve tiden, og de har redusert behov for langtidstjenester innen pleie og omsorg.

Befolkningsgrunnlaget for et rehabiliteringssenter er anslått til ca. 50 000. Dette gir grunnlag for et bredt nok tverrfaglig miljø, og samtidig effektiv drift.

I prosjektrapport for Rehabilitering i Midt-Norge (2014) er det beregnet at det for en befolkning på 50 000 bør være 15 -20 plasser i et rehabiliteringssenter. Dette samsvarer også med vurderinger fra Namdal rehabiliteringssenter, som er et interkommunalt tiltak.

Det er viktig å skille mellom systematisk tverrfaglig rehabilitering, og generell aktivisering og trening. Med et økende antall eldre i befolkningen, må kommunene utvikle tilbud som hjelper til at flest mulig kan bo hjemme med varierende grad av kommunale tjenester. Etter ulike sykdomshendelser vil man da ha behov for rehabilitering for å gjenvinne mest mulig av sin funksjonsevne. Dette skal skje som et tidsavgrenset tverrfaglig tilbud. I tillegg bør det være muligheter for ulike former for mental og fysisk aktivitet som langsiktige forebyggende tiltak.

Rehabiliteringskartlegging i de 7 Indre kommunene pr. januar- 15:

Det ble gjennomført en enkel kartlegging der virksomhetslederne besvarte et spørreskjema. Hovedtrekk fra denne kartleggingen viser følgende :

Veldig forskjellig innhold / løsninger i hver kommune. Noen har ganske gode tilbud, mens andre er det litt mer tilfeldig hva som finnes. Veldig forskjellig sammensatt med ressurser. Flere kommuner har ikke egen ergoterapeut / eller i veldig små stillinger. Men det jobbes tidvis mye med rehabilitering i de fleste kommunene. Noen har egne rehabiliteringsplaner, mens i de fleste kommunene er de integrert i annet planverk. Kommunene løser sine oppgaver pr dato mer eller mindre godt, men om det kommer flere oppgaver (som samhandlingsreformen initierer) er det ikke mye å gå på. Dagens behov ivaretas i hver kommune. Det sendes signaler på at det er behov for mer kompetanse (på det nivå vi skal serve) i flere kommuner.

Det må avklares videre hvilke oppgaver kommunene faktisk skal ivareta i fremtiden. Hvordan skal vi løse de? vil det da lønne seg med noe felles for Indre eller skal / kan hver kommune ivareta sitt?

Ved spørsmål om å bygge opp noe på Helsehuset ved å bygge ned / redusere i egen kommune er signalene fra alle kommunene at de ikke har noe å avse selv. De trenger alle ressursene de har og det er nok oppgaver å løse i hver kommune.

Dog må det presiseres at man i kommunene må starte en prosess der kommunene må avse midler til rehabilitering på Helsehuset om rehabiliteringen skal være bærekraftig og av økende kvalitet. Noe også kommunene etterspør i det de sier de trenger økt kompetanse og økt tilgjengelig kompetanse.

Dette vil være en særdeles viktig prosess og helt avgjørende for om man vil kunne lykkes med å etablere en rehabiliterings avdeling under IØMK. Det vil være kritisk at det finnes en forankring helt fra øverste administrative og politiske nivå ned til hver enhet i kommunene for at dette skal kunne gjennomføres. Kommunene og dens beslutningstakere på alle nivåer må inkluderes og føle eierskap til denne prosessen og under oppstart av en avdeling.

Vurdering og anbefaling:

Det finnes mange undersøkelser på effekten av rehabilitering nasjonalt, men det er lite god forskning på området. Det man likevel kan lese ut av det som er gjort er at det per i dag er for dårlig samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det er for tilfeldig hvor man bor og hvor god rehabiliteringen er. Det stilles større og større krav til primærhelsetjenesten og derigjennom både økt kompetansekrav og krav til økte ressurser i kommunene. Det er fortsatt uklart hvor grensegangen mellom spesialist og kommunehelsetjenesten går, men det er et klart mål med samhandlingsformen at mer av rehabilitering skal kje i kommunene. Ved å sette seg inn i veiledere, lovverk og reformer ser man en tydelig trend: samhandling mellom de ulike nivåene må styrkes og fler oppgaver skal overføres til kommunene og derigjennom gi nærhet til behandling og rehabilitering for brukeren.

Gruppens vurdering er derfor så langt er at man for de 7 Indre kommunene vil profitere på en egen rehabiliteringsavdeling ved IØMK. Størrelsen på avdelingen er noe usikkert og vil variere med tanke på hvilken type rehabilitering som skal bedrives, men vi ser at man bør ha opp mot 20 plasser. Hvorvidt man skal drive kompleks rehabilitering med mulighet for salg av plasser må utredes videre, men gruppen er enig i at dette faglig sett vil styrke avdelingen. Dette vil igjen bedre den vanlige rehabiliteringen og vil kunne styrke rekruteringen av kompetent personell. Når det gjelder ambulante tjenester vil dette også i fremtiden være en stor og viktig oppgave for kommunene, bla det som kalles hverdagsrehabilitering. Ved å legge en rehabiliteringsavdeling til IØMK vil man kunne opparbeide seg god kompetanse som kan benyttes i kommunene. Et godt tilbud for dagrehabilitering vil være en viktig del av en slik avdeling.

Gruppen har så langt ikke kunnet svar på alle spørsmål som er beskrevet i prosjektplanen. Vi er samstemte i at det trengs ytterligere grundig arbeid og forankring for at vi skal lykkes. Dog er vi helt klare på at vi anbefaler at dette arbeidet fortsetter med mål om å etablere en rehabiliteringsavdeling under IØMK. Dette vil gi sekundærgevinster ved evt. senere etableringer av andre avdelinger ved IØMK som f.eks. palliasjon, utrednings avdeling etc.

Utfordringene i fremtiden vil være forankringsprosessen mot kommunene da disse er organisert ulikt og er av ulik størrelse. Det er flere kritiske milepeler som må identifiseres og løses fortløpende. Det må gjøres en grundig utredning der man ikke går i fellen og kjører en implementerings prosess, men en faktisk utredning. Dette for å gi kommunene en reell valgmulighet. Det må som tidligere nevnt være en bred og inkluderende prosess der LSU, hjemkommunenes virksomheter, kommuneoverlegene, fastlegene og ikke minst politikere får være delaktige.

Kartleggingen av kommunenes tilbud må fortsette og kommunene må utfordres på hva de kan avstå av ressurser for å etablere en slik avd. ved IØMK. Her må også personalendringer berøres.

Det vil også i fremtiden skje store endringer i kommunestrukturen i Norge, noe man bør ta hensyn til i planleggingen av implementeringen ute i kommunene.

Referanser:

Tekst til nettbasert veileder for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Høringsforslag juni 2014. Helsedirektoratet.

Avklaring av ansvaras- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet. Helsedirektoratet IS-1947

Prioriteringsveileder Fysikalsk medisin og rehabilitering. Helsedirektoratet.

Behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Helsedirektoratet

Vedlegg:

01:

***Johansen I, Lindbaek M, Stanghelle JK, Brekke M. Structured community-based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard primary health care rehabilitation - an open comparative study. Disabil Rehabil. 2012 Mar 28.**

Eldre pasienter oppnådde vesentlig høyere økning i sin selvhjulpenhet på nesten halvparten av tiden ved rehabilitering i eget kommunalt rehabiliteringssenter, sammenliknet med i korttidsplasser på sykehjem. Dette kommer frem i en doktorgradsstudie gjennomført av lege og forsker Inger Johansen ved Avdeling for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo. Forskjellen i selvhjulpenhet mellom de to pasientgruppene var fortsatt tilstede 18 måneder etter rehabiliteringen. Pasientene som var rehabilitert i egen kommunal enhet trengte mindre hjemmetjenester og tilbragte færre dager i korttidsplasser på sykehjem etter rehabiliteringen. Andelen som bodde i omsorgsleilighet eller på sykehjem økte ikke iløpet av observasjonstiden, mens den doblet seg hos pasientene som ble rehabilitert i korttidsplasser på sykehjem. Blant pasientene over 80 år hadde 10 % fast sykehjemsplass etter 18 måneder, av de som var rehabilitert i eget senter, mens tallet i sammenligningsgruppen var 15%. *Kostnadene for rehabilitering og omsorgstjenester var 40% lavere i gruppen fra rehabiliteringssenteret.* Studien ble gjennomført ved Larvik kommunes rehabiliteringssenter og i seks andre kommuner i Vestfold, som har rehabilitering i korttidsplasser i sykehjem. 300 pasienter >65 år ble rekruttert. Halvparten kom hjemmefra og halvparten direkte fra sykehus, etter hjerneslag, lårhalsbrudd, kroniske sykdommer eller funksjonssvikt pga aldring.

Samhandlingsreformen gir kommunene mer ansvar for helsetjenestene. Økningen i antallet eldre og korte sykehusopphold fører til at stadig flere eldre skrives ut før de er selvhjulpne nok til å fungere i eget hjem. Stadig flere hjemmeboende eldre trenger effektiv rehabilitering for å kunne fortsette å bo hjemme med størst mulig grad av selvhjulpenhet og livskvalitet. Denne studien beskriver en effektiv rehabiliteringsmodell for eldre som trenger institusjonsbasert rehabilitering i kommunene

Nøkkeltall, publisert 2014: http://www.helsedirektoratet.no/sites/nokkeltall/aktivitet-og-samhandling/rehabilitering-i-kommune-og-spesialisthelsetjeneste/Sider/default.aspx