



Forløpsgruppe rehabilitering

August 2009

Innhold

1. Innledning	3
Organisering av arbeidet	4
2. Rehabilitering	5
Arbeidet i forløpsgruppen	6
3. Barn og ungdom	6
Beskrivelse av brudd	7
Ideelle forløp	7
Virkemidler	8
4. Individuell plan og koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.....	9
Beskrivelse av brudd	9
Ideelle forløp	10
Virkemidler	10
5. Kommunehelsetjeneste – samarbeid innad i kommunen	10
Beskrivelse av brudd	11
Ideelle forløp	11
Virkemidler	11
6. Spesialisthelsetjenesten – innad i og mellom helseforetak – avtalespesialister.....	13
Beskrivelse av brudd	13
Ideelle forløp	13
Virkemidler	13
7. Mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste	14
Beskrivelse av brudd	14
Ideelle forløp	15
Virkemidler	15

1. Innledning

Denne rapporten er laget som den del av Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med samhandlingsreformen, jf. St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Utgangspunktet for arbeidet er den vekt som det i samhandlingsreformen legges på at pasienter og brukere skal motta koordinerte tjenester. I stortingsmeldingen pekes det på at en viktig del av samhandlingsreformens utviklingsarbeid er at det kan legges til rette for at brukere/brukerorganisasjoner, ansattes organisasjoner, virksomheter og kommunale og statlige organer kan utvikle felles forståelse av hva som for de enkelte gruppene er gode pasientforløp og hvilke krav dette bør medføre til systemutvikling og samhandling.

Som et element i en slik arbeidsform, og for å vinne erfaring med arbeidsformen, ble det våren 2009 etablert 13 arbeidsgrupper som på sine respektive områder skulle gi tilbakemeldinger om pasientforløp. I mandatet ble det tatt inn en spørsmålsliste der søkelyset ble satt på hva som er gode pasientforløp, hvor godt disse realiseres i dagens helse- og omsorgstjeneste og i hvilken grad det oppfattes å være brudd eller risiko for brudd i forløpene. Det vises til vedlegg 1 der de 13 gruppene er listet opp og vedlegg 2 med mandat og konkrete problemstillinger for arbeidet. I mandatet ble det ble lagt opp til et standardisert med møteopplegg, med tre møter i den enkelte gruppen. Det ble valgt å sette kort tidsfrist for arbeidet, med erkjennelse av at bruksmåten av rapportene måtte ta hensyn til denne forutsetningen. Siktemålet med arbeidet var todelt:

- Å bringe fram synspunkter om pasientforløp og bruddproblematikk på det aktuelle området.
- Å vinne erfaring med bruk av en arbeidsform der organisasjonene til pasienter/brukere, til ansatte og til øvrige aktørgrupper i fellesskap arbeider med å utvikle felles forståelse av hva som er gode pasientforløp, både med sikte på å utvikle forståelse for hverandres posisjoner og for å identifisere hva som kan være aktuelle utviklingstiltak.

Det skal understrekes at de 13 utvalgte områdene ikke må sees som et dekkende eller fullstendig representativt utvalg for grupper der samhandlingsbehov gjør seg gjeldende. I denne omgang var poenget at en viss bredde av pasient- og brukergrupper skulle være representert, vel vitende om at flere andre gruppe ville vært like aktuelle.

Alle 13 gruppene har nå avsluttet arbeidet.

I stortingsmeldingen ble det på generell basis orientert om arbeidet og tilbakemeldinger, inklusiv at det ble fokusert på hvordan de stramme tidsfristene burde påvirke bruk og oppfølging av rapportene. Det vises til vedlegg 3 der stortingsmeldingens omtale av arbeidet er omtalt. Helse- og omsorgsdepartementet legger vekt på at arbeidet som er gjennomført er å betrakte som starten på et arbeid der det skal fokuseres på gode pasientforløp og ulike utviklingstiltak som kan understøtte

dette. I tillegg til den bruk av rapportene som er gjort i stortingsmeldingen vil to bruksmåter av det mottatte materialet stå sentralt:

- At arbeidet og rapportene gir innspill til forståelser og utviklingstiltak på de aktuelle områdene som det kan gjøres bruk av i videre utviklingsarbeid om pasientforløp. Stikkord for det videre arbeidet vil både være kvalitetssikring, ref. den begrensede tid som har vært tilgjengelig for arbeidet, og forankring, ref. at de korte tidsfristene for arbeidet ga begrensede muligheter for deltakerne for drøftinger i sine organisasjoner. I tillegg til hva som her og i stortingsmeldingen sies om rammer og implikasjoner for arbeidet vises det til særskilte forord for den enkelte rapport der deltakerne i gruppene er blitt anledning til å gi sine merknader om premissene for sin medvirkning i arbeidet. Det skal også gjøres oppmerksom på at Legeforeningen trakk seg fra arbeidet i forløpsgruppene.
- At arbeidet og rapportene vil inngå i underlaget for videre systemutviklingsarbeid, det vil si hvordan tjenester og myndigheter framover bør gjennomføre prosesser som på best mulig måte er understøttende for gode pasientforløp.

Helse- og omsorgsdepartementet vil høsten 2009 komme tilbake til spørsmålet om hvordan videre arbeid med pasientforløp vil bli lagt, herunder hvordan dette vil bli forankret i Helsedirektoratet. Beslutning om videre arbeid vil ikke bli tatt før det har vært dialog med aktuelle aktørgrupper.

Organisering av arbeidet

Forløpsgruppen har hatt til sammen tre møter, to halvdagsmøter og et heldagsseminar. Arbeidet med forløp er i en innledende fase og vil bli fulgt opp i det videre arbeidet med samhandlingsreformen.

Arbeidsgruppen har hatt deltakere fra pasient- og brukerorganisasjoner, ansattes organisasjoner, virksomheter og kommuner. Gruppen for rehabilitering har hatt følgende deltakere:

Kari Irene Solheim Hansen (HOD), leder
Randi Kallar Devold (HOD), sekretær
Nina Husom (HOD)
Mona Johanesen (FFO/LHL)
Andreas Habberstad (FFO)
Leif Arild Fjellheim (SAFO)
Eva Faanes (Kreftforeningen)
Svein Stubberud (Mental helse Norge)
Marit Røyneberg (Norges Handikapforbund)
Mette Vilhelmshaugen (Delta)
Guri Heiberg (Den norske Legeforening)
Hilde Linna (Fellesorganisasjonen)
Monica Selven (Norsk Sykepleierforbund)
Kjerstin Fjeldstad (Norsk Revmatikerforbund)
Toril Laberg (Norsk Ergoterapeutforbund)

Hilde Schei (Norsk Psykologforening)
Randi Granbo (Norsk Fysioterapeutforbund)
Hilde Strøm Solberg (Norsk Fysioterapeutforbund)
Øystein Ogre (Norsk Kiropraktorforening)
Eli Magnesen (Norsk Kiropraktorforening)
Sverre Fuglerud (Norges Blindforbund)
Stian Larsen (Norges Blindforbund)
Erik Bo Berge (Rådet for psykisk helse)
Ingebjørg Laupsa Halstensen (RHF)
Åse Lundemo (KS, Sel kommune)
Ellen Torgersen (KS, Kristiansand kommune)
Ann-Helen Skyberg (HSH Rehab)
Sigrun Gjønnnes (Helsedirektoratet)
Björg Botne (Fylkesmannen)
Siv Mørkved (Samhandlingsprosjektet)
Lise Been (Fagforbundet)
Arild Schillinger (Fagrådet innen Rusfeltet)

T.O: Allmennlegeforeningen trakk seg fra arbeidet i forløpsgruppene.

2. Rehabilitering

Forskrift om habilitering og rehabilitering av 28.juni 2001 fastslår at rehabilitering er:
”tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der 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”¹.

Definisjonen er nærmere utdypet i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011.

Denne definisjonen har ligget til grunn for arbeidet i forløpsgruppen for rehabilitering. Det har også vært en felles forståelse av at det er behov for at rehabilitering foregår både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten, og at brudd i pasientforløpet i mange tilfeller er å finne i overgangen mellom disse nivåene.

Rehabilitering krever, ifølge definisjonen, planlagt, målrettet og systematisk samarbeid mellom flere aktører. Det innebærer at rehabiliteringsfeltet er et område hvor samhandling er spesielt viktig. Arbeidsgruppen la også til grunn at rehabilitering må starte umiddelbart når funksjonssvikt er avdekket. Det er derfor avgjørende for rehabiliteringsprosessen at tidlige tegn på funksjonssvikt oppdages.

Det er viktig å påpeke at det er svært mange variasjoner av rehabiliteringsforløp, og at det derfor kan være bruddsituasjoner som ikke fanges opp av arbeidet i denne forløpsgruppen. . Det er også viktig å presisere at arbeidsgruppen har hatt fokus på

¹ Forskrift om habilitering og rehabilitering, § 2 Definisjon av habilitering og rehabilitering

helsetjenestens ansvar, mens det i svært mange forløp også er behov for tjenester fra andre etater og instanser. Fremstillingen vil derfor ha klare begrensninger i forhold til å fange helheten sett fra pasientens/brukerens ståsted.

Arbeidet i forløpsgruppen

Arbeidet i forløpsgruppen har tatt utgangspunkt i beskrivelse av fem forløp: eldre pasienter, ungdom med kronisk og alvorlig sykdom, fysiske funksjonshemninger, ungdom med psykiske lidelser, voksne med kronisk sykdom som er i en rehabiliteringsprosess med arbeid som mål.

På heldagsseminaret var deltakerne inndelt i fire grupper som hver diskuterte 1-2 av forløpene. En rekke tema var gjennomgående for alle gruppene. Dette gjenspeiles i rapportens oppbygging og innhold.

Individuell plan og koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er sentrale virkemidler i å få et helhetlig rehabiliteringstilbud til den enkelte pasient. Det er også spesielt at brudd på dette området er å anse som lovbrudd. Forløpsgruppen har derfor valgt å omhandle disse to virkemidlene i eget kapittel, kapittel 4. Barn og ungdom behandles særskilt i rapporten, begrunnelsen for det er gitt i kapittel 3.

I den nasjonale strategien² er det dokumentert at tidlig oppstart av rehabilitering integrert i den akuttmedisinske behandlingen, gir bedre overlevelse og funksjon for enkelte pasientgrupper. For et stort antall pasienter vil overgangen fra sykehus til hjemkommune være en kritisk fase i forhold til å sikre kontinuitet og gode tjenester. I tillegg vil samarbeidet mellom ulike etater, avdelinger, fagområder og faggrupper innad i kommunen og innad i spesialisthelsetjenesten være viktig for at pasienten skal få et helhetlig rehabiliteringstilbud. Gruppen har spesielt angitt mange brudd og forslag til forbedringer i forhold til de mange ulike ansvarsområdene innad i kommunen. I denne sammenheng er fastlegens og koordinerende enhets rolle sentral.

Det er vesentlig at det avsettes ressurser til forskning og fagutvikling som kan bidra til kunnskap om hva som gi optimal måloppnåelse. Det vil sikre bedre prioritering og riktigere bruk av ressursene.

3. Barn og ungdom

To av gruppene på heldagsseminaret diskuterte tilbudet til barn og ungdom. Begrunnelsen er det foruroligende høye antallet unge som blir uføretrygdet. Arbeidsgruppen er enig om at det er behov for å sette inn systematiske tiltak tidligere i ungdommens liv – en venstreforskyvning til tiltak av mer forebyggende karakter. I begge gruppene ble det etterlyst en ansvarliggjøring av involverte aktører. Det er en rekke offentlige aktører som kommer i kontakt med barn og unge og deres familier; barnehager, helsestasjoner, BUP, skolehelsetjenesten, grunnskolen, PPT etc. Det er en

² Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011

utfordring å finne kartleggingsverktøy som kan bidra til å avdekke behov hos barn og unge med risiko for å utvikle helseproblemer senere i livet.

En annen begrunnelse for å se spesielt på denne gruppen, er at få rehabiliteringstilbud er tilpasset ungdom. I rehabiliteringen av unge voksne bør det være et fokus på at de trenger integrerte rehabiliteringstilbud; symptommerstring og kontakt med nærmiljø og arbeidsliv med tanke på tilbakeføringen til "hverdagen" i samfunnet og arbeidslivet.

Beskrivelse av brudd

- Unge med psykiske problemer og/eller rusproblemer har ofte, enten selv eller deres foreldre, hatt kontakt med en hjelpeinstans i barndommen uten at det er vurdert om familien trenger helhetlige tiltak for at barnet skal få en optimal oppvekst.
- I mange tilfeller oppstår et brudd mellom kommune og fylkeskommune når ungdom begynner på videregående skole. For ungdom i denne aldersgruppen er det ofte på et kritisk tidspunkt ift debut med psykiske helseplager.
- Få rehabiliteringstilbud spesielt tilpasset barn og unge i kommune og spesialisthelsetjeneste.
- Pårørende som er viktige informanter og samarbeidspartnere for tjenesteyterne får ofte rolle som koordinerende enhet i samarbeidet mellom flere aktører, noe de ikke skal ha.
- En undersøkelse om unge uføretrygdde viser at de aller fleste vurderinger av arbeidsevne er gjort av fastlegen alene.
- Det er begrensede rettigheter til skolegang for ungdom under 26 år ihht Folketrygdloven. Treningshjelpemidler dekkes ikke for pasienter over 26 år.
- Mangel på kapasitet i kommunehelsetjenesten.
- Mangel på bruk av arbeidsformer som omfatter tverrfaglig kompetanse.

Ideelle forløp

- Det er forskningsbasert kunnskap om at arbeid i tillegg til familie er en av de viktigste arenaene for rehabilitering og gjenvinning av tidligere funksjonsnivå/best mulig funksjonsnivå. Dette er spesielt viktig ved psykiske lidelser og da unge mennesker. For mange unge som faller utenfor skole/arbeid er det fare for at man ikke kommer inn på arbeidsmarkedet i det hele tatt, noe som er uheldig for psykisk helse, livskvalitet og mestring generelt.
- Barn og unge med risiko for å utvikle psykiske problemer/rusproblemer følges opp med helsefremmende og forebyggende tiltak i barndommen (flere år før de trenger mer omfattende hjelpetiltak) uansett hvilke av de offentlige aktører som kommer i kontakt med barnet, ungdommen eller deres familie.
- Det etableres lavterskeltilbud i kommunene som fastlegene kan henvise pasienter med lettere psykiske helseplager til, noe som gjør forebygging enklere og det kan skje nærmere hjemmet.
- Unge voksne får rehabilitering med fokus på integrerte rehabiliteringstilbud; symptommerstring og nær kontakt med nærmiljø og arbeidsliv med tanke på tilbakeføringen til "hverdagen" i samfunnet og arbeidslivet. Tiden mellom henvisning

og rehabiliteringen er kort og det blir en kontinuerlig kjede fra man oppdager behovet til man er ferdig rehabilitert/habilitert.

- Det settes inn tverrfaglig tilbud til unge som er i ferd med å falle ut av arbeidslivet.
- Barne- og ungdomsleire som ikke er diagnosespesifikke.

Virkemidler

For å få til det ideelle forløp, må hjelpetiltak settes inn tidlig, på mistanke om at noe kan utvikle seg i feil retning, Koordinerende enhet må inn på tidlig tidspunkt for god samordning og målrettede, helhetlige prosesser for de med behov for tjenester fra mange aktører. Disse må få tilbud om individuell plan. Målet er at behovet for hjelpetiltak senere sannsynligvis reduseres til beste for barnet/ungdommen og samfunnet. Problemet er å vite hva en ser etter.

Juridiske

- Offentlige aktører som oppdager familier med risiko for omsorgssvikt eller lignende får ansvar for å sette i gang oppfølgingstiltak i samarbeid med aktuelle instanser
- Forpliktende samarbeidsavtaler mellom fastleger og helsestasjonene.
- Det er en juridisk utfordring knyttet til rehabilitering for pasienter i den yngste aldersgruppen. I henhold til § 11-4 i Folketrygdloven gis ytelser til skolegang for ungdom under 26 år kun til medlemmer som på grunn av skade, sykdom eller lyte er i en utdanningssituasjon som avviker vesentlig fra den som gjelder for annen ungdom.

Økonomiske

- Styrke satsningen på skolehelsetjenesten i den videregående skolen.
- Finansiering av en arena der barn og unge med forskjellige diagnoser møter hverandre.

Organisatoriske

- Det er en organisatorisk utfordring at skole og helse er to ulike sektorer, på ulike forvaltningsnivå, hvor det kan være vanskelig å få tilstrekkelig samhandling. Tidlig intervensjon mens barn og unge går på barneskole eller videregående skole er viktig.
- Det må finnes arenaer for tverrfaglig samarbeid mellom ulike faggrupper og ulike forvaltningsnivå., og ledere må stille krav om at arenaene benyttes som avtalt.
- Etablere lavterskeltilbud med ulike fagområder representert.

Kompetanse

- De ulike faggruppene må ha kunnskap om tidlige tegn på funksjonssvikt og ha kjennskap til koordinerende enhet i kommunen.
- Styrking av tverrfaglig kompetanse og tverrfaglige arbeidsformer både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Mer bruk av tverrfaglige arbeidsformer og tilstrekkelig ressurser til dette vil lette på ansvaret for koordinering for de pårørende.
- Mer tverrfaglig bemanning i sykehusene for å lette på ansvaret for koordinering for de pårørende.

4. Individuell plan og koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Individuell plan

Alle som har behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom personen selv ønsker det. Retten innebærer at det til enhver tid skal være en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren. Denne omtales som koordinator. Brukeren har rett til og skal oppfordres til å være med på utformingen av planen. Den individuelle planen skal beskrive brukerens behov for tjenester, ønsker og mål som er viktig for brukeren i hverdagen og framtiden. Den skal videre styrke samhandlingen mellom tjenesteytere og tjenestemottaker og evt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene. Forskriften om individuell plan³ er felles for helse- og sosiallovgivningen. Krav til individuell plan også hjemlet i NAV-loven § 15.

Erfaringer fra gode planprosesser tilsier at det ligger et betydelig potensial for bedre koordinerte tjenester gjennom økt bruk av individuell plan.

Koordinerende enhet

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, jfr. Forskrift om habilitering og rehabilitering § 8 og 13, skal være etablert både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. I kommunene er det krav til at enheten skal være synlig og etablert og at det derved skal være enkelt for brukere å samarbeidspartnere å finne frem til. Enhetene skal være kontaktpunkt for samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenester og forutsettes å ha god oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Et sentralt mål er å bidra til å skape helhetlige og koordinerte tjenestetilbud for den enkelte.

Det er ingen krav til størrelsen til den koordinerende enheten eller hvordan den skal organiseres.

Betydningen av individuell plan og koordinerende enhet ble trukket fram i en rekke av gruppediskusjonene som svært sentrale for å sikre samhandling både på individ- og systemnivå. Arbeidsgruppen presiserer at man her allerede har virkemidler som viser seg å være tjenlige og at det dermed er viktig å videreutvikle dette.

Beskrivelse av brudd

- Svært mange av pasientene som har krav på individuell plan, får ikke utarbeidet en slik.
- Kravet om koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten og i kommunen er mange steder ikke organisert med et innhold og forankring som sikrer at koordinerende enhet utfører de oppgavene den skal.⁴

³ FOR 2004-12-23 nr 1837: Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven

⁴ Forskrift om habilitering og rehabilitering § 8 og § 13

Ideelle forløp

- Pasienter som har behov for individuell plan, får utarbeidet en slik i samarbeid mellom pasienten selv og de aktuelle tjenesteyterne. Personell som gir tilbud til pasienten innen rehabilitering, behandling, pleie etc. er kjent med og gir tjenestetilbudene i henhold til målene som er formulert i individuell plan.
- Koordinerende enhet i kommunen og i spesialisthelsetjenesten fungerer slik at pasienten får et helhetlig rehabiliteringstilbud uansett om tilbudet gis i kommune- eller spesialisthelsetjenesten eller veksler mellom disse.

Virkemidler

Juridiske

- Bør finne sanksjoner for de som ikke følger lovverket.
- Det må føres oftere tilsyn med at pasientene får sine rettigheter oppfylt i tråd med formålet med individuell plan slik det er beskrevet i forskriften. Det betyr at det underlegges tilsyn om pasienten får tilbud om individuell plan, og at innholdet er i henhold til forskriften.

Økonomiske

- Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering må gis tilstrekkelig rammer til å kunne gjøre det de er pålagt i forskrift.

Organisatoriske

- Etablere arenaer for og avsette tid til samarbeid.
- Koordinerende enhet må være organisert slik at den bidrar til å sikre helhetlige prosesser for pasienter som trenger tjenester fra mange nivåer og tjenesteområder, uavhengig av alder, diagnose med mer.
- Koordinerende enhet må ha systemansvar for individuell plan (sikre rutiner, oppnevne koordinatorene, opplæring og veiledning, tverrfaglig og tverretattlig samarbeid).
- Koordinerende enhets status i tverrfaglig samarbeid må avklares i forhold til andre enheter.

Kompetanse

- Koordinerende enhet bør også ha fokus på rehabiliteringsbehov innen helse og arbeid.
- Den koordinerende enheten må ha god breddekompetanse og systemkunnskap. Det må settes av midler til opplæring.

5. Kommunehelsetjeneste – samarbeid innad i kommunen

Kommunene plikter å legge til rette for forebyggende helsetjenester, behandling av sykdom, medisinsk habilitering og rehabilitering, pleie- og omsorgstjenester. Dette kan foregå i kommunen eller bydelen, og det kan legges til rette for samarbeid mellom små kommuner eller bydeler innad i kommunen.

Gruppen som diskuterte forløp for eldre viste til at pasientens livssituasjon ofte ikke fanges opp før det er kommet langt i forløpet og funksjonssvikt er etablert. I det øyeblikk det oppstår en akutt situasjon, synliggjøres et ”skred” av behov som kommer overraskende både på fastlegen og andre instanser i kommunen.

Beskrivelse av brudd

- Funksjonssvikt avdekkes for sent.
- Et eksempel på at funksjonssvikt oppdages for sent er eldre innbygger som søker kommunen om for eksempel matombringing og som etter en tid faller og brekker lårhalsen eller får akutt pleiebehov viser seg ikke å ha blitt underlagt en helhetlig undersøkelse og vurdering ved første kontakt.
- Uklart hvilke pasienter som skal få tilbud om rehabilitering i kommunene og hvem som skal få i spesialisthelsetjenesten.
- Noen av kommunene velger ikke å bruke de rehabiliteringsinstitusjonene de har tilgang til.
- Eldre hjemmeboende har behov for et tverrfaglig tilbud i kommunen, men fastlegen har liten oversikt over rehabiliteringstilbudet i nærheten av pasientens bosted.
- Pasienter med kroniske lidelser vil ofte få vanskeligheter med å stå i arbeidslivet eller komme inn i arbeidslivet, noe som gjør det viktig med tidlig intervensjon for å gjøre nødvendige tilrettelegginger.
- Når pasienten er utskrevet fra rehabiliteringsinstitusjoner sendes epikrisen til fastlegen, men den viderefremmes ofte ikke videre til andre som skal følge opp pasienten.
- Det er usikkert om pasientens fastlege kjenner til muligheten for fri tannbehandling og sørger for at pasientens tannlege får nødvendig dokumentasjon.
- Kommunal rehabilitering for å bli i eller komme tilbake til arbeid blir dårlig ivaretatt. Det er vist til eksempler på at ansatte blir bedt om ikke å prioritere dette fordi NAV skal ta hånd om det.

Ideelle forløp

- Hverdagsmestring – tjenesteyterne fanger opp pasientens livssituasjon. De spør og undersøker/vurderer om det er behov for annen hjelp for å kunne bo hjemme lenger/ikke utvikle sykdom. Forebyggende- og lavterskeltilbud settes inn tidlig.
- Pasienten opplever at personell som er i kontakt til enhver tid har nødvendig kunnskap om pasienten og om relevante tilbud.
- Pasienten følges opp av et tverrfaglig team i kommunen etter utskrivning fra sykehuset.

Virkemidler

Juridiske

- Fastlegen følger ikke § 9 i forskrift om habilitering og rehabilitering i forhold til å melde behov for rehabilitering til kommunen. Fastlegen må definere seg som del av ”helsetjenesten” i kommunen.

- Lovverket endres slik at tannhelsetjenestelovens rett til fri tannbehandling for prioriterte grupper ikke avhenger av hvorvidt kommunen hjemler vedtak om pleie- og omsorgstjenester i kommunehelsetjenesteloven eller sosialtjenesteloven.
- Lovverket endres slik at behov for helsehjelp utover pleie- og omsorgstjenester ikke er avhengig av om pasienten bor hjemme eller i institusjon.
- Myndighetene må stille tydelige krav til innholdet i kommunenes psykiske helsearbeid.
- Innføre en ordning som gjør at pasienten, uavhengig av personlig økonomi, får oppfølging/rehabilitering til å tilpasse seg til hjemmemiljøet uten egenandeler.
- Også ernærings-, syns- og hørselsfaglig kompetanse tilbys i kommunehelsetjenesten.
- Betalingsforskriften endres slik at den ikke legitimerer "karenstid" etter at pasienten er utskrivningsklar.

Økonomiske

- Fastlegen må få økonomisk kompensert for tverrfaglig arbeid knyttet til egne pasienter.
- IPLOS er ikke tilpasset pasientens tverrfaglige behov og rehabilitering da det ikke fanger opp helhetlig funksjonskartlegging. Fanger opp kompenserende tiltak, men krediterer ikke ressursinnsats for å gjøre vedkommende selvhjulpen.
- Det må være økonomiske og personellmessige rammer for at alle som pasienten har behov for kan delta på tverrfaglige møter.
- Det må være økonomiske rammer for hjemmebesøk og ambulansetjenester av personell som vedkommende har behov for.
- TT-kort – tilgjengelig transporttilbud – må gis i et omfang tilpasset brukerens behov.
- Økonomiske virkemidler for etablering av praksisplasser og fagutvikling innen rehabilitering.
- Endring i økonomiske intensiver. Det må lønne seg for kommunene å gi rehabiliteringstilbud.

Organisatoriske

- Endring av fastlegens ansvar og plikter: Inkludere fastlegen i det tverrfaglige teamet i kommunen, noe som blant annet vil føre til en styrking av fastlegens kompetanse innen rehabilitering både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, og styrke fastlegens kompetanse på hvordan sykdommer og funksjonsnedsettelse innvirker på pasientenes hverdag.
- Etablere system for å varsle et tverrfaglig kommunalt team som vurderer nåværende og framtidig hjelpebehov.
- Kommunene bør inngå langvarige rammeavtaler med institusjoner for å sikre god kvalitet i behandlingen og kompetanse.
- Etablere lærings- og mestringssenter i kommunene.
- Kommunen må synliggjøre sitt tilbud, også frivillig virksomhet.
- Det må etableres et system i kommunen som sikrer at eldre med potensielle hjelpebehov vurderes på et tidlig tidspunkt og gis et adekvat tilbud om helhetlig rehabilitering i forhold til den enkeltes behov.

- Den i kommunen som møter en potensiell bruker må sikre et minimum av tverrfaglig kartlegging etter standardiserte sjekkpunkter.
- Det må være tilgang til akuttsenger i kommunen, slik at fastlegen kan legge pasienter inn akutt i kommunal institusjon som alternativ til sykehusinnleggelse.
- Ansette helsepersonell med rehabiliteringskunnskap på legekantorene
- Mer fokus på trening og aktivitet som forebyggende tiltak både for pasienter med somatiske og psykiske plager. Eksempelvis opprette en ”idrettskontakt” som kan fungere som en støttekontakt.
- Opprette dagtilbud med fokus blant annet på fysisk aktivitet.

Kompetanse

- Innføre obligatoriske praksisopphold for leger fra spesialisthelsetjenesten i kommunehelsetjenesten og omvendt for å øke forståelsen av den andres oppgaver, samt som kompetansehevingstiltak.
- Kompetanse til å avdekke rehabiliteringsbehov tidlig, og riktig diagnostisering som sikrer avklaring av pasientens behov for rehabilitering.
- Fastlegen må ha mer utvidet kompetanse om livsløp og om tilbudene i kommunen – må ha tilgang til tverrfaglig kompetanse.
- Undervisningsrehabiliteringstjenester. Etter modell av undervisningssykehjem.
- Det er begrensede ressurser med rehabiliteringskompetanse i kommunene.
- Det er ulike oppfatninger av brukernes behov i rehabiliteringstjenesten, helsetjenesten, pleie- og omsorgstjenesten, skolene og i NAV.
- Integrering av rehabiliterende tiltak også på arbeidsplassen.
- Etablere ambulerende rehabiliteringsteam.

6. Spesialisthelsetjenesten – innad i og mellom helseforetak – avtalespesialister

Beskrivelse av brudd

- Det gis ulikt rehabiliteringstilbud for pasienten avhengig av om det er en sykehusavdeling eller en rehabiliteringsavdeling som skriver ut pasienten.
- Rehabilitering begynner for sent. Sykehuset har ikke god nok rehabiliteringskapasitet og det kan ta for lang tid for primærrehabilitering starter. De iverksetter ikke systematisk rehabiliteringstiltak integrert i akutt fase.
- Retten til rehabilitering innenfor helsetjenesten er hjemlet i pasientrettighetsloven,
- Avdelinger som driver med rehabilitering er bedre på pasientforløpet enn avdelinger hvor liggetiden er kort.

Ideelle forløp

- Pasienten gis et rehabiliteringstilbud som er tilpasset den enkeltes behov.
- Rehabilitering må være integrert i akutt fase – uavhengig hvilken avdeling pasienten er på.

Virkemidler

Organisatoriske

- Bruk av tverrfaglige arbeidsformer for pasienter med rehabiliteringsbehov.

Økonomiske

- Tilstrekkelig ressurser som sikrer nødvendig samarbeid mellom faggrupper slik at det blir gjort tverrfaglige vurderinger og tiltak.

Kompetanse

- Tilstrekkelig ressurser og kompetanse for å sikre at rehabilitering skjer til riktig tid.

7. Mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste

En forbedret samhandling mellom den kommunale helse-, sosial- og pleie- og omsorgssektoren og spesialisthelsetjenesten vil kunne gi positive gevinster, både for pasientene og i forhold til den samfunnsøkonomiske lønnsomheten.

Forløpsgruppen diskuterte hvor ansvaret for å legge opp et rehabiliteringsløp for den enkelte pasient bør forankres, i spesialisthelsetjenesten, i kommunehelsetjenesten, hos fastlegen.

Beskrivelse av brudd

- Det er uklart hvilke kriterier som ligger til grunn for rehabiliteringstilbudet pasientene gis. Noen pasienter blir sendt fra sykehus til rehabiliteringsinstitusjon, ofte uten at hjemkommunen er orientert eller rådspurt. Andre pasienter blir sendt hjem, noen med og noen uten et klart opplegg for rehabilitering. Ofte er ikke kommunen rådspurt om de har muligheter for å iverksette den bestilte rehabilitering.
- Manglende informasjon og samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i alle faser (innleggelse, behandling/rehabilitering, utskriving)
- I mange tilfeller får pasienten rehabiliteringsoppholdet for sent etter utskriving fra sykehusene. Det innebærer for mange at de ikke får fortsatt den positive utviklingen de har hatt i sykehuset og det blir et brudd før de er i gang med rehabiliteringsoppholdet.
- Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten blir ikke fulgt opp i brukernes hverdagsliv i kommunen.
- Sykehuset kan være forsinket med å sende epikrisen til pasientens fastlege og det er derfor vanskelig for fastlegen å legge en videre plan for rehabilitering og behandling.
- Pasienter blir passivisert i påvente av tjenester. Optimal og nødvendig intensitet i tjenestetilbudet må holdes oppe gjennom hele forløpet.
- Forskning⁵ om ambulante team viser at det går bra med pasienten når teamet følger opp, men når teamet ikke har ansvar lenger så skjer det et nytt brudd.
- Det beskrives fortsatt dårlig praksis på tross av samarbeidsavtaler og mye skriftlighet.

⁵ fra St. Olavs Hospital HF og Trondheim kommune

- Kommunens helsepersonell har ikke alltid kjennskap til hvilke pasienter som er innlagt i sykehus og kan ha behov for rehabiliteringstiltak.
- Sykehus definerer pasienten som utskrivingsklar. Det får økonomiske konsekvenser hvis kommunen ikke tar imot. Tilbudet i kommunene er imidlertid ikke bra nok. Det kan skyldes mangel på kapasitet/Ressurser og/eller for dårlig kompetanse.
- Pasienten tilbys god kostholdsveiledning i sykehus, men følges ikke i kommunene etter avsluttet oppfølging ved endt behandling ved sykehuset.
- Når pasienten blir innlagt i sykehus følger det sjelden dokumentasjon fra fastlegen. Mens vedkommende er innlagt går dialogen med bestillerkontoret eller andre som skal fatte vedtak om tiltak etter utskrivning.

Ideelle forløp

- Det er et godt og gjensidig forpliktende samarbeid i alle faser mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, slik intensjonen med samarbeidsavtalene tilsier.
- Fastlegen mottar epikrisen kort tid etter at pasienten er tilbake til hjemkommunen. Epikrisen er en "sammenfatning av journalopplysninger" og ikke bare nødvendige medisinske opplysninger fra legen. Pasienten og fastlegen finner i samråd fram til den beste løsningen, enten det er rehabilitering i hjemmet eller i institusjon. Det er ingen ventetid for pasientene, verken til rehabiliteringstilbud når de bor hjemme eller institusjoner i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten.
- Erfaring fra kommunen er at de mest vellykkede tiltakene er der hvor kommunen har vært inne tidlig og oppfølgingen er forankret så nær hjemmet til pasienten som mulig.
- Relevante tjenesteutøvere får tilgang til epikrisen.

Virkemidler

Juridiske

- Endre lovverket slik at relevante yrkesgrupper behandles likeverdig. I dag er for eksempel ergoterapeuter ikke lovpålagte i kommunene. Det gjelder også personell som arbeider etter annet lovverk; sosialfaglig kompetanse og pedagogisk personell (logoped, audiopedagog, synspedagog).
- Retten til rehabilitering – som en tverrfaglig prosess. Det blir for avgrenset slik det er i dag, hvor det kun er en rettighet innen helsetjenesten.
- Utvikle gode IKT-systemer, både i kommunen og spesialisthelsetjenesten, som kan "snakke sammen" som et verktøy for å sikre bedre koordinering mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Økonomiske

- Ulike finansieringsordninger for enkelte typer behandling fører til at pasienten betaler egenandeler for noen typer behandling, mens andre typer ikke er inkludert i folketrygden.

Organisatoriske

- Hospitering er nyttig, det er ulike kulturer i de ulike delene av helsetjenesten. Det er god erfaring med at allmennleger er inne på sykehuset.

- Ha systemer slik at sykehuset melder behov til koordinerende enhet i kommunen tidlig i sykehusoppholdet og at kommunen ut fra henvendelsen gjør en tverrfaglig vurdering.
- Dokumentasjon må komme til de aktuelle utøverne, jfr journalforskriften. Fastlegen må ta ansvar for å videreformidle relevant informasjon til de som trenger det for å ivareta forsvarlig tverrfaglig oppfølging.
- Interkommunalt tilbud og distriktsmedisinske sentre er viktig.
- Det må være mulig å etablere team på tvers av sykehus og kommune bestående av personell både fra kommune og spesialisthelsetjeneste. Det må være gode arbeidsbetingelser for dette.
- Ansatte i sykehuset må kunne arbeide ambulant.
- Utvikle felles forståelse for – og avklare – hvilke pasienter som skal få tilbud om rehabilitering i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten.
- Utvikle interkommunale samarbeidsavtaler.

Kompetanse

- Helsetjenesten i kommunen må ha kompetanse til å utføre helhetlige vurderinger ut fra livsløpsperspektiv allerede mens vedkommende er innlagt i sykehus. Dette for å sikre tilrettelegging av hjemmesituasjonen.
- Kompetanse på alle nivå til å gi rehabilitering til pasienter/pasientgrupper slik at de får dekket sitt behov.