

Prosjekt Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold

Av Tone Authen



Tone Authen er ergoterapispesialist i allmennhelse. Hun arbeider som ergoterapeut i Prosjekt Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, tilknyttet Tverrfaglig vurderingsteam. Prosjektet er lokalisert ved Indre Østfold Lokalmedisinske Kompetansesenter i Askim. Hun arbeider også som ergoterapeut i Askim kommune. E-postadresse: tone.authen@iomk.no

Sammendrag

I 2016 ble det etablert et interkommunalt rehabiliteringsprosjekt i 7 kommuner i Indre Østfold. Hovedmål var å utvikle og styrke kommunal rehabilitering og prøve ut innovative løsninger som kunne ha nasjonal overføringsverdi. Prosjektet er finansiert over statsbudsjettet, og eies av Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter. Helsemyndighetene har oppfølgingsansvar, og prosjektet har egne følgeforskere.

Artikkelen presenterer prosjektet med hovedvekt på de innovative prosessene, - samarbeidsrutiner, teknologi og samfunnsperspektiv. Et tverrfaglig vurderingsteam som er igangsatt, vil bli beskrevet spesielt.

Artikkelen ble ferdig skrevet og levert i august 2018. Utvikling og endringer som har skjedd i prosjektet etter dette, er derfor ikke beskrevet i artikkelen.

Nøkkelord: Kommunal rehabilitering, Tverrfaglig vurderingsteam, rehabiliteringsteknologi, samfunnsbasert rehabilitering.

Det foreligger ingen interessekonflikter knyttet til manuskriptet.

Introduksjon

Våren 2016 etablerte Helsehuset - Indre Østfold Kompetansesenter IKS prosjektet Innovativ Rehabilitering (1), også kalt «Askim-prosjektet». Helsehuset er et interkommunalt selskap som eies av kommunene Hobøl, Spydeberg, Trøgstad, Skiptvet, Eidsberg, Marker og Askim. Samlet har disse kommunene cirka 52 000 innbyggere (Figur 1).

Som en del av prosjektet ble det fra august 2017 startet en pilot med Tverrfaglig vurderingsteam. Teamet skal jobbe ambulant i de syv kommunene.

Hovedmålet med prosjektet er å styrke kommunal rehabilitering. Dette omhandler både teknologi som er relevant for rehabilitering, løsninger for samhandling og trening, samt hvordan ressurser i lokalsamfunnet bedre kan integreres i rehabiliteringsprosessene. Prosjektet ser også på hvordan samarbeidsrutiner kan bedres, både internt på kommunenivå og mellom tjenestenivåene.

Helsedirektoratet er oppdragsgiver, og prosjektet er ment å skulle ha nasjonal overføringsverdi når det gjelder interkommunal rehabilitering. Prosjektet har fått direkte bevilgninger over statsbudsjettet for 2016, 2017 og 2018 med fem millioner kroner per år. Krav og anbefalinger i «Veileder for rehabilitering, habilitering og individuell plan og koordinator» (2) ligger til grunn for arbeidet i prosjektet.

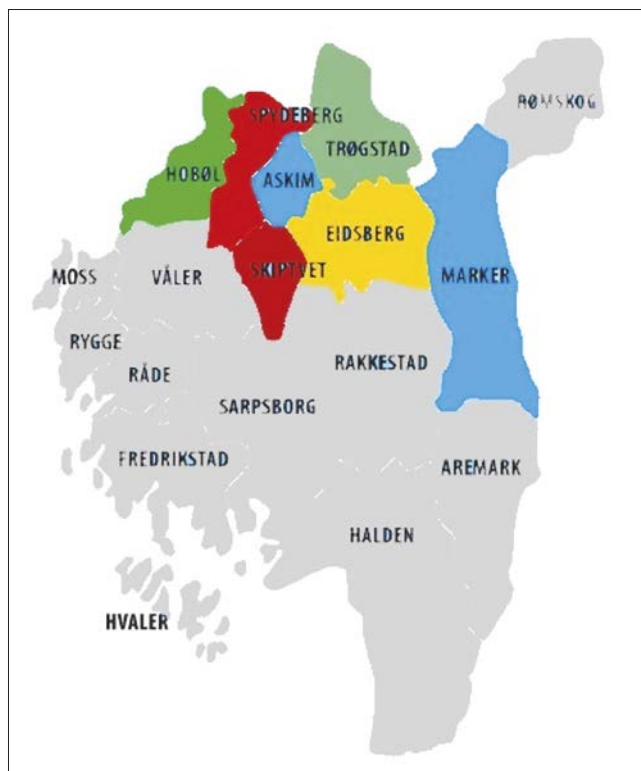
Følgforskere fra Universitetet i Sørøst-Norge har vært tilknyttet prosjektet fra starten. Prosjektet rapporterer årlig til Helsedirektoratet, der følgeforsker-rapport inngår.

Generell forståelse av rehabilitering

Den egentlige betydningen av begrepet rehabilitering er å «gjeninnsette i verdighet». Målet er at den enkelte skal ha best mulig funksjon og mestring i eget liv og i samfunnet, noe som handler om både livskvalitet og verdighet. For å nå målet vil det være behov for innsats fra andre samfunnsområder enn bare helsetjeneste. Ofte kan disse være vel så viktige, noe som ikke minst gjelder i kommunal rehabilitering (3).

Prosjektet fokuserer blant annet på dette, men tydeliggjør også at nye måter å organisere rehabilitering på vil være nødvendig for å sikre tjenester av god kvalitet.

I Stortingsmelding 21 1998/99: «Ansvar og mestring – mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk» (4) ble rehabilitering tydelig definert. Tilknyttet denne meldingen kom også en forskrift om rehabilitering, som er revidert og utvidet i årene etterpå



Figur 1 : Østfold fylke og kommunene som omfattes av prosjektet.

(5). Stortingsmeldingen beskrev rehabilitering som tidsavgrensede og planlagte prosesser der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til bruker for å oppnå best mulig funksjon og mestring, selvstendighet og deltakelse.

Helse- og omsorgsdepartementets «Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)» (6) definerer at rehabilitering inkluderer alle som har behov for å bedre eller vedlikeholde funksjonsevnen. Fra første mai 2018 lyder definisjonen av rehabilitering slik: «Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.»

I forhold til Stortingsmeldingens definisjon fremkommer ikke behovet for tidsavgrensning og tverrfaglighet tydelig i denne definisjonen.

I prosjektarbeidet ble følgende forståelse av kommunal rehabilitering beskrevet: «Rehabilitering er en prosess for å øke funksjonsnivået slik at man kan mestre hverdagen. Prosessen er tidsavgrenset. Personen skal ut fra forutsetninger og eget ønske ha stor grad av ansvar for og kontroll over mål og innhold i rehabiliteringen, og dette skal skje i nært samarbeid med aktuelle fagmiljøer. Rehabiliteringen skal ta utgangspunkt i personens helhetlige livssituasjon og personens egne mål. Rehabiliteringen bør i størst mulig grad foregå i personens eget lokalsamfunn» (1).

Prosjektet mener at tidsavgrensning er et kjennetegn på en rehabiliteringsprosess. Selv om mennesker med kroniske sykdommer trenger livslang oppfølging, vil det være behov for en mer målrettet rehabiliteringsinnsats i avgrensede perioder.

For å tydeliggjøre at kommunene bør vurdere rehabilitering før andre tjenester, kom regjeringen i 2017 med et rundskriv der det heter: «Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler at kommunene i sin saksbehandling utreder rehabiliteringsbehov og rehabiliteringspotensialet, før det iverksettes permanente tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne. En slik vurdering vil være et viktig grep for å få til en helt nødvendig omstilling med større vekt på habilitering og rehabilitering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.» (7)

Bakgrunnen for prosjektet

Stortingsmelding 26 (2014-15), om fremtidens primærhelsetjeneste, beskriver at kommunene har en utfordring når det gjelder å sikre et tilfredsstillende rehabiliteringstilbud til innbyggerne (8), og at dette handler om både ressurser og kompetanse. Meldingen peker også på rehabilitering som et av de svakeste leddene i helse- og omsorgstjenesten.

I Samhandlingsreformen noen år tidligere (9) ble det påpekt at kommunene måtte ta et større ansvar for å avdekke funksjonssvikt og tidlig kunne sette i gang rehabiliteringstiltak, både for å bedre funksjon og redusere nivået på omsorgstjenester.

Kommunene i Indre Østfold har organisert sitt rehabiliteringstilbud på ulike måter. Tilbud og ressurser varierer, men det er generelt få årsverk for fysio- og ergoterapi avsatt til rehabilitering. Bare en av kommunene har etablert hverdagsrehabilitering. En annen hadde organisert et ambulerende team for rehabilitering, men dette var uten deltakelse fra hjemmetjenestene.

Kommunene opplever ulike grader av utfordrin-

ger når det gjelder koordinerende enheter og arbeid med individuelle planer.

Når det gjelder rehabilitering på institusjon, har kommunene plasser i sykehjemsavdelinger.

Inger Johansen (10) påpeker i sin forskning at man oppnår bedre rehabiliteringsmessig effekt ved å rehabilitere eldre i egne rehabiliteringsenheter enn ved plasser i sykehjem, og at det er mer kostnadseffektivt. Resultatene viser at de som hadde rehabilitering i egne kommunale sentre økte funksjonsevnen med nesten det dobbelte på halvparten av tiden sammenliknet med gruppen som hadde rehabilitering i sykehjem. Gruppen som inngikk i studien, var eldre over 65 år som hadde hjerneslag, lårhalsbrudd eller andre kroniske lidelser. Tett tverrfaglighet og koordinerte og intensive tjenester har vært suksessfaktorer for å oppnå resultatene. Dette kan det være utfordrende å få til i sykehjem, der fokus også vil være på omsorg og pleie.

Da det gjennom opptrappingsplanen ble bevilget midler til prosjektet, ble det forutsatt at dette skulle bidra til å styrke rehabiliteringstilbudet i kommunene, i samsvar med at kommunene skal kunne ta et større ansvar for rehabilitering i årene framover.

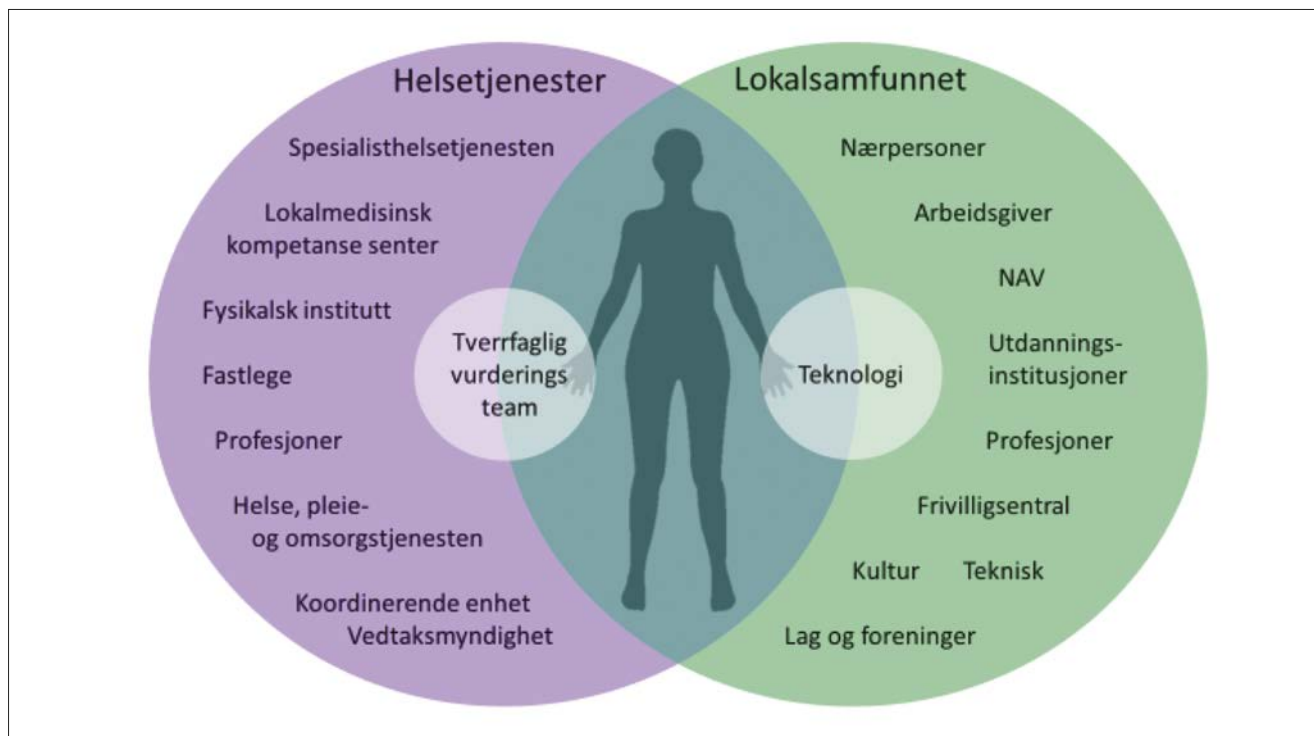
Samfunnsbasert rehabilitering

Prosjektets første utfordring var å vurdere hvordan det var hensiktsmessig å organisere kommunale rehabiliteringstjenester for å ivareta mål om å sikre rehabilitering først. Dette innebærer både å få gjort en tidlig og tverrfaglig vurdering av funksjon og potensial og å sikre at rehabilitering blir mer enn bare helsetjenester.

For bedre å se og forstå helheten rundt personene som trenger rehabilitering, laget prosjektet en arbeidsmodell som kalles Samfunnsbasert rehabilitering (Figur 2).

I modellen er personen i sentrum som hovedperson i egen rehabiliteringsprosess. Som en naturlig følge av dette bruker prosjektet begrepet «person», ikke «pasient» eller «bruker».

Integrering av lokalsamfunnet er viktig, det er her mye av vår aktivitetsutfoldelse skjer. Sammen med innsats fra personen selv og støtte fra helsetjenestene skal dette sikre en helhetlig rehabilitering. I modellen er et tverrfaglig vurderingsteam plassert som personens høyre hånd. Teamet skal sikre tidlig vurdering, veilede, motivere, koordinere og trene sammen med personen på konkrete mål og tiltak. Teknologi skal understøtte denne prosessen og gi mulighet for fleksibilitet samt øke intensitet.



Figur 2: Modell for samfunnsbasert rehabilitering.

Modellen bygger både på FNs konvensjon om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (11) og på CBR – Community Based Rehabilitation (12). CBR som metode er godt kjent innen rehabilitering i flere utviklingsland, men er mindre kjent i de fleste vestlige land, der det har vært tradisjon for at samfunnet i ulik grad har etablerte offentlige velferdsordninger. CBR ble initiert allerede i 1978 av WHO (Alma-Ata-deklarasjonen), der det ble fastslått at tilgang til helsetjenester i lokalsamfunnet var viktig for å oppnå tilfredsstillende helsetilstand. Hensikten med CBR er å skape like muligheter og sosial inkludering for mennesker med nedsatt funksjonsevne, og metoden implementeres ved å kombinere innsats fra sistnevnte gruppe, deres familier og lokalsamfunnet.

Personen som eier av egen rehabiliteringsprosess

Prosjektets fokus på personen som hovedperson i egen rehabiliteringsprosess innebærer at rollen som pasient og passiv mottaker av behandling må endres til en mer aktiv og bestemmende rolle.

«Myndiggjøring av person» ble derfor et sentralt begrep i prosjektet. En egen arbeidsgruppe så spesielt på begrep og innhold av disse (13).

Det ble raskt klart for arbeidsgruppen at begrepet «myndiggjøring» var problematisk. Det innebar

at noen allerede hadde myndighet (og skulle gjøre noen andre myndige), og reflekterte således en mer paternalistisk holdning. Det samme opplevde man ved bruk av empowerment-begrepet, oversatt som individuell styrking, mestring eller ressursmobilisering (14). Dette antyder at noen har myndighet eller makt til å «styrke» andre.

Arbeidsgruppa landet på å bruke begrepet «personen som eier av egen rehabiliteringsprosess». Dette kan påvirke både hvilke verdier vi som tjenesteytere baserer oss på, hvordan tjenestene organiseres, samt hvordan man tilrettelegger for en god relasjon mellom person og tjenesteyter.

Arbeidsgruppen beskriver at en tradisjonell tjenesteyterrolle bør betraktes mer som en veilederrolle, der det også fokuseres på hvordan veilederansvaret kan endres over tid i en prosess. På samme måte vil også personens opplevelse av eierskap utvikles og endres i forhold til hvordan rehabiliteringsprosessen utvikler seg.

Begrepet brukermedvirkning har vært sentralt i mange år innenfor rehabilitering, og har skapt grenseoppganger både mot personens autonomi og mulighet for ansvarsfraskrivelse fra tjenesteytere. Vatne (15) beskrev at perspektivet om brukermedvirkning også kunne innebære at fagpersoner reduserte sitt ansvar, og at det tillegger fagpersoner et moralsk vurderingsansvar når det gjelder respekt for men-

neskets integritet som styrende for bistanden.

Perspektivet som beskrives i samfunnsmodellen, synliggjøres også i opptrappingsplanen (6), som beskriver at rehabilitering bør organiseres slik at «pasienten får deltatt aktivt i rehabiliteringen». I tillegg siteres tilbakemeldinger fra brukere som opplever for lite brukerinvolvering, og at de kan bli overlatt til seg selv med ansvar for selv å koordinere oppfølgingen.

Tverrfaglig vurderingsteam

I august 2017 ble det satt i gang en utprøvningsperiode med tverrfaglig vurderingsteam (TVT), som skal jobbe ambulant med rehabilitering i alle syv eierkommunene. Teamet var tett knyttet opp til hovedprosjektet og besto av 160 prosent fysioterapeut, 160 prosent ergoterapeut, 100 prosent sykepleier, 20 prosent lege og 20 prosent teknologirådgiver. Ergoterapeut i 100 prosent stilling er teamleder.

Mandatet til TVT er vurdering, koordinering og igangsetting av rehabilitering, med fokus på tidlig vurdering av funksjonsnivå og intensitet i oppfølging (1). Målgruppen er personer over 18 år som på grunn av skade, sykdom eller andre årsaker har fått redusert sitt funksjonsnivå og har behov for tverrfaglig rehabilitering. Personer med utfordringer knyttet til rus og/eller psykiatri utelukkes ikke, men dette skal ikke utgjøre hovedutfordringen.

Teamet skal jobbe ambulant og være en del av den enkelte kommunehelsetjeneste, og ikke et nytt mellomledd mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste.

De første ukene ble brukt til å etablere rutiner for henvisning til TVT, rapportering og samarbeid med eksterne aktører. Det ble holdt informasjonsmøter og knyttet kontakt med samarbeidsinstanser i de syv eierkommunene for å forankre prosjektet. Prosjektet vurderer at investering i denne fasen er en suksessfaktor i det videre arbeidet.

INVOLVERING AV LOKALSAMFUNNET

Mandatet til prosjektet omhandlet blant annet å se på hvordan lokalsamfunnet kunne integreres i rehabiliteringsprosesser. Teamet laget en egen oversikt over informasjon om aktuelle virksomheter, lag og foreninger i de syv kommunene. Dette var viktig som grunnlag for å kunne se hvilke aktører som kunne involveres i en rehabiliteringsprosess.

Mulighet til arbeid er en sentral del av deltakelse i samfunnet. Fra første mai 2018 har prosjektet

etablert et samarbeid med NAV Askim om de personene som har arbeid som mål i en rehabiliteringsprosess. Det jobbes etter IPS-modellen (Individual Placement and Support), en kunnskapsbasert metode for å integrere personer med langvarige psykiske lidelser i ordinært arbeid (16). NAV Askim har ønsket å prøve ut denne metoden også på mennesker med somatiske plager. Teamet har ukentlige møter med jobbspesialist fra NAV for å ta opp aktuelle saker, og jobbspesialisten har tilgang til samme journalsystem som resten av teamet for å sikre tett samarbeid. Prosjektet har ønske om å utvide dette samarbeidet til de øvrige kommunene også.

I tillegg er det skrevet en intensjonsavtale om tettere samarbeid med NAV Askim som legger opp til en ordning med fast kontaktperson hos NAV når det gjelder andre generelle problemstillinger, blant annet knyttet til økonomi og trygdeytelser.

BRUK AV TEKNOLOGI I REHABILITERING

En annen del av prosjektmandatet omhandlet utprøving av teknologi som er relevant i rehabilitering.

Tidlig i prosjektarbeidet ble det gjort en vurdering av ulike teknologiske produkter og prosjekter. Dette ble samlet i en idébank og gitt en vurderingscore etter hvor relevante de ulike produktene og prosjektene ble ansett å være i rehabilitering.

Det var hovedsakelig tre kategorier som utpekte seg som aktuelle (1):

- kommersielle dataspill og andre systemer som kombinerer opptrening med dataspill
- prosjekter med fokus på telerehabilitering og oppfølging/monitorering av pasienter over avstand med nettbrett
- systemer for sikker og effektiv informasjonsdeling mellom ulike aktører i rehabiliteringsprosessen

Dataspill og virtuell trening gir mulighet for større intensitet i rehabiliteringen (Figur 3).

Av dataspill har teamet hittil brukt Nintendo Wii med forskjellige spill som utfordrer motorikk og balanse. Vi har fått bistand fra Truls Johansen, ergoterapeut på Sunnaas, som også har utviklet nettsiden www.spilldegbedre.no. Erfaringer fra Sunnaas viser at dataspill er like effektivt som tradisjonell trening både når det gjelder bedring av håndfunksjon, gangfunksjon og balanse (17).

Dataprogram for virtuell trening er levert av Welfare Denmark. Etter avtale med firmaet prøver vi ut løsningen i prosjektperioden. Personen kan låne en

egen PC der dette programmet er installert. Alternativt kan det lastes ned som en app til mobil, brett eller PC for de som har dette. Sistnevnte løsning forutsetter at personen har egen e-postadresse for å motta lenken. Terapeuter i TVT har et eget program der appen hos personen registreres, og hvor man kan følge hvordan personen trener og komme med tilbakemeldinger og justeringer. Teamet har fem PC-er som kan lånes ut for virtuell trening, og to spillkonsoller og balansebrett som kan lånes ut til dataspill. Personer som har brukt virtuell trening, har gitt tilbakemeldinger om at det gir dem større fleksibilitet for når de vil trene, og at de ser det som en fordel at de slipper å oppsøke egne treningssentre. Samtidig frigjør det tid for fagpersoner i teamet, og man kan likevel ha kommunikasjon om hvordan treningen fungerer. Bruk av teknologien fører til en reduksjon i antall hjemmebesøk.

Teamet erfarer at de fleste personene er åpne for å ta i bruk slike treningsmetoder når de først blir kjent med dem. For noen kan det også være en inngang til samhandling med familie og venner som de kan spille sammen med.

Prosjektet har valgt å bruke applikasjonen Cisco Meeting fra Norsk Helsenett som en sikker digital arena for videokommunikasjon og utveksling av personopplysninger. TVT har hatt videomøter med både Sykehuset Østfold, Sunnaas Sykehus og opp-treningsinstitusjoner der personer skal følges opp etter utskriving. I tillegg til informasjonsutveksling gir dette personen mulighet for å «møte» teamet som vedkommende skal jobbe videre sammen med, og det er med på å skape tettere tjenestekjeder.

Det har også vært forsøk med virtuell poliklinikk hjemme hos personen i forbindelse med rutinemessig oppfølging tre måneder etter utskriving etter hjerneslag. Personene er glade for å slippe å måtte reise til sykehuset for dette. Videosamarbeidet med sykehuset Østfold ble prøvd ut som et samarbeidsprosjekt våren 2018.

Det har vært gjennomgått intern opplæring og utprøving av teknologi i teamet. I tillegg til å gi øvelse i å mestre det tekniske har det gitt en opplevelse av hvordan den aktuelle teknologien påvirker situasjon og relasjon. De teknologiske løsningene ble først prøvd ut på noen personer, for så etter hvert å bli en integrert del av tjenesten.

Teamet har egen teknologirådgiver, og det har hele tiden vært gjort vurderinger knyttet til datasikkerhet og personvern.

I løpet av høsten 2018 vil teamet prøve ut tek-



Figur 3: Dataspill og virtuell trening gir mulighet for større intensitet i rehabiliteringen.

nologi som kan gi enklere en-til-en-kommunikasjon med andre faggrupper. Teknologiske løsninger som kan gi bedre mulighet for å integrere lokalsamfunnet i rehabiliteringsprosessene, vil også bli vurdert. I tillegg ønsker man å teste ut enkle kommunikasjonsmetoder for personer som av ulike årsaker har vanskelig for å opprettholde kontakt med nettverket sitt.

Det har vært gjennomført to teknologidager hvor ulike teknologiutviklere presenterte sine løsninger og visjoner. Hensikten var å opprette dialog med aktuelle leverandører av teknologi som kan være relevant for rehabilitering og/eller som har potensial til å skape innovative rehabiliteringstjenester.

Arbeidsprosessen i Tverrfaglig vurderingsteam

(Figur4)

VURDERING

Kommunene har ønsket at alle henvisninger til TVT skal gå gjennom de kommunale tildelingskontorene. Henvisningene sendes som e-link.

TVT oppretter en kontaktperson som avtaler det første møtet. Hvis personen er innlagt på sykehus eller annen helseinstitusjon, kan dette arrangeres som et videomøte der personen selv, tjenesteytere rundt personen og eventuelt også pårørende deltar.

Fra TVT deltar kontaktpersonen og de man antar vil komme til å ha med personen å gjøre.

Det første fysiske vurderingsmøtet, enten TVT har møtt personen på video før eller ikke, finner i de aller fleste tilfeller sted i personens hjem. Noen kan også ha midlertidig opphold på korttids- eller rehabiliteringsplass i kommunale sykehjem. Personen forespørres om pårørende vil være med. Tjenesteytere i den enkelte kommune/representant fra tjenestetildeling i kommunen forespørres også om de ønsker å delta.

Følgende kartleggingsverktøy brukes: SPPB (Short Physical Performance Battery) for å måle fysisk funksjon, Grippit for håndstyrkemåling og Barthel ADL-indeks for å gi et bilde av funksjonen i ADL. Utover dette suppleres det med aktuelle kartleggingsverktøy etter behov. Teamet bruker også et «samvalgshjul» (jamfør mestringshjulet fra Prosjekt hverdagsrehabilitering i Kristiansand kommune (18)) for å kartlegge hva som er viktige livsområder for personen. COPM (Canadian Occupational Performance Measure) brukes for å kartlegge aktiviteter som er viktige og som skaper utfordringer nå. Momenter og aktiviteter som kommer fram i COPM, vil ofte inngå i en individuell rehabiliteringsplan. Teamet har laget egne maler for individuell rehabiliteringsplan, men personene avgjør selv hvordan rehabiliteringsplanen skal se ut.

Prosjektet er for øvrig i kontakt med Nasjonalt Kompetansesenter for Rehabilitering (NKR) når det gjelder anbefalte validerte kartleggingsverktøy, spesielt når det gjelder selvrapportering.

Resultater fra kartleggingen, oversikt over aktivitetsområder i COPM og målene fra individuell rehabiliteringsplan føres inn i et digitalt oversiktsskjema fra Imatis AS. Imatisløsningen gir oss mulighet til å fylle inn alle dataene sammen med personen selv mens vi er hjemme hos personen. Teamet har også tilgang til journalsystemet (Geric) på bærbare PC-er og kan på den måten ha gjort ferdig mye av dokumenteringsarbeidet før vi er tilbake på kontoret.

Som fagpersoner kan vi oppleve at dokumentering på PC mens vi er hjemme hos personene, kan kjennes fremmedgjørende og ta oppmerksomhet fra samtale og observasjon. Vi er imidlertid alltid to ulike yrkesgrupper ved første kartlegging. Dette gjør det enklere å dokumentere i løpet av besøket uten at vi får følelsen av å miste oppmerksomheten på personen. I tillegg ivaretas tverrfagligheten i vurderingen.

IGANGSETTING OG KOORDINERING

Etter vurderingen sendes rutinemessig tilbakemelding via e-link til henvisende instans, det vil si tildelingskontoret i den aktuelle kommunen, samt personen selv og fastlege. Der beskrives kort hva som har vært vurdert, om det er et rehabiliteringspotensial, og hva som er konklusjonen videre. Hvis teamet konkluderer med å starte eller fortsette en rehabiliteringsprosess, anslås en tidsavgrenset periode for dette med forslag om vedtak for den aktuelle periode. Vedtaket utvides etter behov. Det er ingen kostnader knyttet til rehabiliteringsvedtak, men kommunene har i utprøvningsfasen ønsket å knytte vedtak til tjenesten.

TVT har ansvar for å koordinere og igangsette tjenester, mens tjenesteytere i den enkelte kommune kobles på etter hvert i prosessen. I noen tilfeller er de også med fra starten av. TVT har ressurser til å kunne komme raskt i gang og med høy og tverrfaglig intensitet i en oppstartsfase. Dette er ikke alltid mulig i enkeltkommunene, der fagpersoner kan ha flere ulike ansvarsområder. Samfunnsmodellen gir indikasjon for å tenke utradisjonelt når det gjelder hvem som kan være aktører i en rehabiliteringsprosess, og teamet forsøker å ha fokus på organisasjoner og aktører som kan være aktuelle i forhold til de personene det jobbes med.

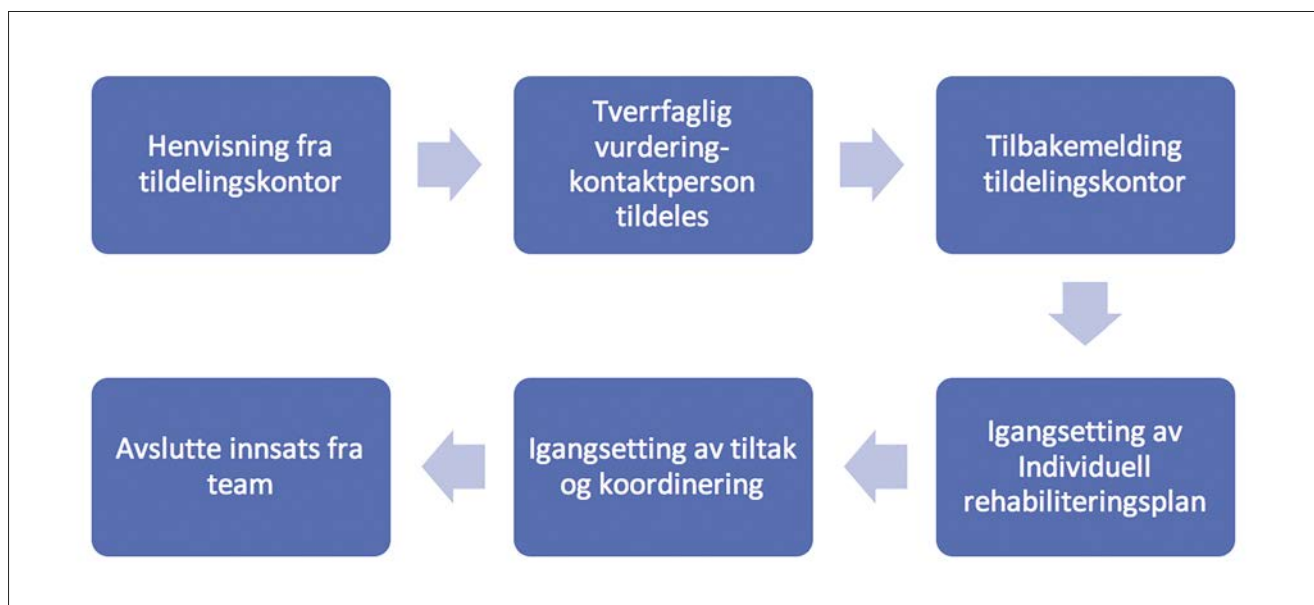
Intensiteten i treningen kan økes ved bruk av teknologi. Et annet tiltak for å øke intensiteten er bruk av ukeplaner. Teamet erfarer at når man hver uke sammen fyller ut en plan for hva neste uke skal inneholde, og hvem som skal gjøre hva sammen med personene, forplikter dette i hverdagen. Planen ansvarliggjør også personen selv på en annen måte og oppfordrer til å tenke hvordan andre aktører også kan medvirke. Samtidig kan en slik ukeplan være et nyttig verktøy for å få fram behovet for balanse mellom aktivitet og hvile.

Ved avslutning av tiltak der det er behov for videre rehabilitering, overføres koordineringsansvaret til kommunal aktør, og det avholdes eventuelle nødvendige møter med kommunale instanser som skal overta oppfølgingen. TVT sender en sluttrapport til henvisende instans, personen selv, og fastlegen.

For å se effekt av tiltakene følges personene opp med retesting med de samme kartleggingsverktøyene etter tre måneder, seks måneder og 18 måneder.

Resultater og erfaringer fra Tverrfaglig vurderingsteam

Teamet har utarbeidet et effektmålskjema for å



Figur 4: Arbeidsprosessen i Tverrfaglig vurderingsteam.

dokumentere tiltakene og måle effekten av dem. Skjemaet er utarbeidet med utgangspunkt i kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt Kompetansesenter for Revmatologisk Rehabilitering (19), og ut fra eierkommunenes ønske om effektive måter å organisere og drive rehabilitering på.

Målingene viser at alle eierkommunene benytter seg av TVTs tjenester. 90 personer har blitt henvist til TVT (oktober 2017 – juni 2018), og for cirka en tredjedel av disse har Sykehuset Østfold anmodet kommunene om henvisning til TVT for rehabilitering.

Det tar tre virkedager (median) fra henvisning til vurderingsbesøk er gjennomført. De aller fleste vurderingene skjer i hjemmet, i de resterende tilfellene har personene i hovedsak vært på korttidsopphold i sykehjem eller på helsehusets døgnenhet. Cirka 50 prosent av dem som henvises, er i yrkesaktiv alder. Måling med funksjonstestene viser en gjennomsnittlig forbedring på 4 poeng på SPPB, og en gjennomsnittlig forbedring på 3,5 poeng på Barthel ADL-index.

Cirka 20 prosent av personene TVT har fått henvist bruker virtuell trening i rehabiliteringsfasen. Ut over dette foreligger det foreløpig ikke tall på hvordan teknologien brukes når det gjelder omfang og hyppighet.

Følgforskerne påpeker at TVT har bidratt til koordinering, samhandling samt tidlig vurdering og igangsetting slik intensjonen har vært. De viser også til at bruk av videokonferanse kan bidra til bedre samhandling, kompetanse og informasjonsutveksling. Erfaringer fra bruk av spillteknologi tyder på at

dette er motiverende, og at det derved kan bidra til intensitet i treningen.

Forskerne peker også på at prosjektet har jobbet godt med forankring og involvering av ulike aktører, og at det har vært god brukerinvolvering på flere nivåer. Det beskrives også at TVT så langt har gitt verdifulle erfaringer og et godt utgangspunkt når det gjelder å oppdatere modellen for samfunnsbasert rehabilitering. Forskerne anbefaler videre at det arbeides med å videreutvikle og implementere samfunnsperspektivet i modellen for samfunnsbasert rehabilitering (20).

Teamet erfarer at koordineringsarbeidet tar tid, men samtidig sikrer det bedre samarbeid og mindre avbrudd i prosessen og medfører raskere avtaler med nødvendige instanser. Behovet for bedre koordinerte tjenester påpekes også både i Veileder for habilitering og rehabilitering (2) og i Opptappingsplanen (6), der det blant annet beskrives at brukere opplever at enkelttjenester ikke henger sammen som en helhet, og at det er svikt i samhandling og koordinering.

En del av koordineringen har også handlet om større deltakelse fra fastlegen i personens rehabiliteringsprosess. Teamet har erfart at fastlegenes involvering har økt noe, men kan fremdeles ønske et tettere samarbeid her. I denne sammenhengen har det vært nyttig å ha lege tilknyttet det tverrfaglige teamet. Dette har vist seg å gjøre kontakt med det enkelte fastlegekontor lettere.

Personer som har fått bistand fra TVT i rehabiliteringsprosessen gir tilbakemelding til følgforskerne

om at de har følt seg godt ivaretatt, og at de har fått rask hjelp. I tillegg påpeker de at det har vært nyttig og trygt å bli fulgt av samme instans i overgangsfaser, både fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tjenester og til møter med arbeidsgiver.

Spesialisthelsetjenesten gir også tilbakemelding om at det er ryddigere å forholde seg til én aktør enn til mange enkeltkommuner med ulike tilbud og ulik organisering når det gjelder rehabilitering. De ser det også som en fordel å forholde seg til én rehabiliteringsfaglig kontaktperson når det gjelder planlegging av utskriving.

Teamet erfarer at samfunnsmodellens perspektiv om integrering av lokalsamfunnet i rehabiliteringsprosessen utfordrer oss som helsearbeidere når det gjelder vårt tradisjonelle og etablerte tankesett rundt rehabilitering. Som ergoterapeuter har vi lang tradisjon for å fokusere på omgivelsene rundt personene vi jobber med, blant annet gjennom GAP-modellen, som belyser gapet mellom individets forutsetninger og omgivelsenes krav. Men det har sannsynligvis ikke vært fokusert like mye på hvordan aktører i lokalmiljøet kan involveres i denne prosessen.

Teamet integrerer til en viss grad samfunnspektivet i kartleggingsfasen når det gjelder bruk av samvalgshjulet, men erfarer likevel at de fleste tiltakene er knyttet til helsedelen av den helhetlige samfunnsmodellen. Det etableres nå en egen arbeidsgruppe som skal se på hvordan lokalsamfunnet kan være en ressurs i et rehabiliteringsforløp når det gjelder samskapelse mellom person, helsetjenester og lokalsamfunnet.

Temaet erfarer også at det er utfordrende å forholde seg til syv kommuner med ulik organisering av tjenestetilbudet, ulik størrelse og delvis ulike kulturer når det gjelder rehabilitering. Fem av disse kommunene skal fra 2020 være slått sammen i en storkommune, Indre Østfold kommune, og det er mange prosesser i gang når det gjelder fremtidig organisering av tjenester. I flere av kommunene er rehabiliteringstjenestene nå organisert under pleie- og omsorgstjenester. Rehabilitering som fagområde har et annet perspektiv og en annen tilnærming enn det som er tradisjon i pleie- og omsorgstjenester. Prosjektet vurderer det som mest hensiktsmessig å organisere rehabilitering sammen med tjenester som har samme perspektiv når det gjelder aktivitet og deltakelse i lokalsamfunnet. Prosjektarbeidsgruppen som har jobbet med myndiggjøring av person, skriver at «nettopp

den nære forbindelsen som har vært mellom pleie- og omsorgstjenesten og rehabiliteringstjenesten i kommunene, har vært et hinder for å utvikle et helhetlig rehabiliteringstilbud» (13).

Teamet ser at mange henvisninger også handler om noe annet enn reell rehabilitering. Dette kan omhandle personer med sammensatt og kompleks problematikk uten reelle rehabiliteringsbehov. Sannsynligvis handler dette både om at det ikke alltid er tydelig forankret i kommunene hva rehabilitering er, og at det også kan være en del utfordringer rundt komplekse forløp. En tverrfaglig funksjonsvurdering vil imidlertid bidra til å kartlegge hvilke tiltak som er relevante for personen uavhengig av rehabiliteringspotensial, og om teamet skal følge personen videre.

Veien videre

I tillegg til egen arbeidsgruppe som tar for seg lokalsamfunnet som ressurs i personens rehabiliteringsforløp, vil ernæring også være et fokusområde videre. Behovet for dette påpekes også i opptrappingsplanen (6).

TVT er den første delen av de anbefalte interkommunale tjenestene i prosjektet som er iverksatt. Foreløpig er dette med prosjektmidler, og man jobber med å få teamet i fast drift. Det er også et behov for å få etablert felles interkommunale sengeplasser for intensiv rehabilitering. Høsten 2017 ble det fattet et intensjonsvedtak i seks av eierkommunene om etablering av felles interkommunale senger for rehabilitering. Disse sengene skal sees i sammenheng med etablering av nye helsetjenester i den nye storkommunen Indre Østfold kommune.

Læring og mestring skal integreres som en del av alle tjenestene, og ikke som et eget senter. I tillegg planlegges det etablering av et dagtilbud.

Prosjektet preges av stor entusiasme for å få gode rehabiliteringstjenester i drift. Tilbakemeldinger fra fagmiljøer i eierkommuner tilsier også at de opplever virksomheten til det tverrfaglige vurderingsteamet som nyttig. Det fremkommer at koordineringsfunksjonen er viktig, og at mange av personene ikke ville fått et tilfredsstillende tilbud uten innsatsen fra det tverrfaglige vurderingsteamet.

Takk til prosjektleder Kari Anne Dehli og teamleder Carina Kolnes for gode innspill underveis i arbeidet med artikkelen.

Referanser

1. Helsehuset Indre Østfold lokalmedisinske kompetansesenter (2017): *Innovativ Rehabilitering Indre Østfold*. Prosjektrapport. Forslag til handlingsplan 2017-2020.
2. Helsedirektoratet (2018): *Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*.
3. Bautz-Holter et al (2007): Utfordringer og trender i rehabilitering. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2/2007.
4. Stortingsmelding 21 (1998-99): *Ansvar og meistring - mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*.
5. Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (2012): <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
6. Helse - og Omsorgsdepartementet (2016): *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019*.
7. Helse og Omsorgsdepartementet: Rundskriv I-5/2017: Om å utrede potensialet for rehabilitering.
8. Stortingsmelding 26 (2014-15) *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*.
9. Stortingsmelding 47 (2008-2009): *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*.
10. Johansen m.fl. (2012): Structured community-based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard primary health care rehabilitation - an open comparative study. *Disability and Rehabilitation*, March 28.
11. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html> (2006)
12. <http://www.who.int/disabilities/cbr/en/>
13. Helsehuset Indre Østfold lokalmedisinske kompetansesenter (2018): *Prosjekt Innovativ Rehabilitering - Personen som eier av egen rehabiliteringsprosess*. Rapport fra arbeidsgruppe.
14. Askheim og Starring (2007): *Empowerment i teori og praksis*. Gyldendal.
15. Vatne S. (1998) *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Fagbokforlaget.
16. NAV/HelseDirektoratet (udatert): *Innføring i Individual Placement and Support / IPS. Individuell jobbstøtte*.
17. Said (2017) Spill deg bedre. *Ergoterapeuten* 2/2017
18. <https://www.kristiansand.kommune.no/Hverdagsrehabilitering>
19. http://diakonhjemmetsykehus.no/#!/diakon/forside/om-sykehuset/kvalitet-og-pasientsikkerhet/_1116
20. Fuglerud et al. (2018): *Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering - Helsehuset Indre Østfold lokalmedisinske kompetansesenter IKS. Følgeevaluering, delrapport 2*. Høgskolen i Sørøst-Norge.



STIMULITE® MADRASSER

luffig og kjølig trykkavlastning

Nu i Norge og prisforhandlet med NAV:

Prøv selv! Bestill produkt demonstrasjon eller gratis demoprodukter nå!

Ring 48 50 32 97 eller send en e-post til julia@rehabshop.com

3-SONE Madrass Ekstra Myk

Til forebygging eller behandling av fuktskader og trykksår opp till grad 3. Sikker og letthåndterlig i hjemmebruk og omsorgsavdelinger. Bra for følsom hud i cancer- eller palliativ omsorg, for behandling av brannskader etter den akutte fasen, ved langtidsbruk

Ventilerende Sengpute

Luffig og lett hodepute som avlaster og støtter effektiv hode og nakke. Meget god trykkavlastning for folk med høy risiko for sår på ørene. Hypoallergen

GØRAN SJØDEN'S REHABSHOP NORGE AS
Postadresse: Postboks 157, 1378 Nesbru
Tel: 48 50 32 97 www.rehabshop.as [Facebook.com/RehabshopNorge](https://www.facebook.com/RehabshopNorge)

