

Oppsummering fra innspillsmøte om rehabilitering og habilitering

24 mai 2018 Barne- og ungdomssjukehuset

Tilstede fra kommunene:

Eileen Langedal, Bergen kommune, Hilde Aabrekk-Sørensen, Askøy kommune, Barbara Træland, Os kommune, Anne Kristin Næss, Fusa kommune, Laila Taraldsen, Austevoll kommune, Helene Forberg Lefevr, Øygarden kommune, Karina Seglem, Sund kommune, Kari Hesjedal, Lindås kommune, Solrun Hauglum, Vaksdal kommune og Kristin Liset, Ulvik kommune.

Fra Helse Bergen var Anne Sissel Faugstad, Torhild Vedeler, Marianne Wesnes og Nina Næsheim tilstede.

Innledning ved Anne Sissel Faugstad

Målet med møtet er å ha en dialog om grenseoppgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene sine rehabiliteringstilbud. Helse Bergen tar utgangspunkt i opptrappingsplanen når rehabiliteringstilbudet skal videreutvikles på Nordås. Oppfatter at det er en klar bestilling fra overordnet myndighet – spesialisthelsetjenesten skal spesialiseres ytterligere. Videre legger vi til grunn nyere forskning som viser at jo raskere pasienten kommer tilbake til sine vante omgivelser, jo raskere kommer pasienten seg etter sykdom eller skade, noe som igjen medfører et bedre resultat for pasienten.

Tilbudet på Nordås pr i dag

AFMR består av 2 høyspesialiserte rehabiliteringssengeposter og en stor poliklinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering. AFMR tar imot pasienter i tidlig, subakutt fase etter alvorlig sykdom eller skade. 80-90 % av pasientene overføres direkte fra akuttavdeling til AFMR som en del av sitt primær opphold ved Haukeland Universitetssjukehus (HUS). Rehabiliteringsklinikken har som følge av dette utviklet og styrket tilbudet til pasienter med medisinsk krevende og/eller komplekse og sammensatte problemstillinger. Dette for å forhindre en forsinket overføring fra akuttavdeling til den spesialiserte rehabiliteringsavdelingen. Forsinket overføring til rehabilitering er negativt assosiert med funksjon. Avdelingen har prioritert en styrking av det medisinske personalet i sengepost med økning i antall sykepleierstillinger og antall legespesialister i perioden 2011-2018. Diagnostisering, tverrfaglig vurdering og tidlig spesialisert medisinsk rehabilitering står sentralt.

Avdelingen har 18 leger, 12 spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering, 3 spesialister i nevrologi hvorav 2 med dobbel spesialitet med fysikalsk medisin og rehabilitering, og 3 leger i spesialistutdanning innen fysikalsk medisin og rehabilitering.

Presentasjon fra kommunene – foilene ligger vedlagt i e-posten

Fusa

- Merker behovet for tverrfaglig kompetanse og høyere kompetanse i kommunen
- Kommunen ønsker at pasienten hadde vært bedre avklart før de kommer ut fra sykehuset
- Utdfordringer med flere eldre som har komplekse behov og tilleggssykdommer
- Fra 2020 vil Fusa og Os slås sammen og det vil gi et større fagmiljø

Vaksdal

- Mest fokus på rehabilitering i hjemmet
- Har bra tverrfaglig kompetanse – kobler nå i økende grad også rus og psykiatri inn i rehabiliteringsforløpet
- Er opptatt av at institusjonsoppholdene ikke skal bli for lange
- Vil styrke kompetansen i kommunen
- Brukermedvirkning – har satt i verk pasientsikkerhetsprogrammet sine tiltak, «pasienten sine fotspor» og «tavlemøter»
- Ser at noen pasienter som hører til kommunens ansvarsområde, har så sammensatte behov at de små kommunene må samarbeide for å gi pasienten et godt nok tilbud
- Ønsker også mer samarbeid med spesialisthelsetjenesten – etterlyser ambulante team og teknologiske løsninger for samarbeid

Fjell, Sund og Øygarden

- Tenker nytt om rutiner og modeller for å organisere rehabiliteringstilbudet i kommunen
- Det nye lokalmedisinske senteret på Straume vil bli sentralt
- Ønsker å skape en rehabiliteringskompetanse som gjennomsyrrer hele tjenestetilbudet
- Helsefremmende lokalmiljø – samarbeid med lokale frivillige organisasjoner. Frivillighet kan spille en viktig rolle i rehabiliteringsprosesser
- Fjell har satset på hverdagsrehabilitering, og Sund rehabilitering i hjemmet
- Viktig å komme inn tidlig – hjemme – gi innhold i livet med de ressursene som pasienten har igjen
- Må alltid spørre hva som er viktig for pasienten. Alle må jobbe med å hente ut de ressursene pasienten har igjen. Er flinkere til dette i barnerehabilitering enn for voksne
- De forteller at det er forskjell på å få pasienter fra Nordås enn fra de andre avdelingene på sykehuset. Det er ikke alle som er like flinke til å tenke på rehabilitering tidlig i forløpet
- Ønsker et samarbeidsprosjekt om elektronisk «Individuell plan» – allerede når pasienten ligger inne på sykehuset
- Ønsker ambulant team fra spesialisthelsetjenesten for å bistå kommunene i rehabiliteringsforløpet

Askøy

- Styrker koordinatorrollen – søkt prosjektmidler for dette
- Må ikke begrense rehabilitering til en halvtimes trening hver dag. Må tenke rehabilitering i alle sammenhenger
- Viktig at spesialisthelsetjenesten ikke skaper en forventningen ved at pasienten har fått høre på sykehuset at han trenger institusjonsopphold mens kommunens erfaring er at det er best å få rehabilitering i hjemmet. Viser til at pasienter blir pasifisert på institusjoner

Os

- Har laget en ny plan som har perspektiv frem til sammenslåing med Fusa i 2020
- Har også søkt midler til koordinatorstillinger

- Har hatt elektronisk «Individuell plan» siden 2015
- Velferdsteknologiprojekt sammen med Fusa kommune
- Skal nå samordne rehabiliteringstilbudene og se på hva man skal gi til hvilken tid. Beskriver et standard opplegg på tre til fem uker. Fem ukes forløp? Frivillige inn i siste uken
- Opprettet vurderingsteam for de som skrives ut til hjemmet fra sykehus for å vurdere hvilket behov pasienten har
- Hjelpemidler som kan komme raskt ut – kommunen ønsker å ha hjelpemidler på lager.

Lindås

- Ønsker tidlig beskjed om at pasienten vil trenge rehabilitering etter sykehusoppholdet
- Ønsker å ha fem pasienter i hverdagsrehabilitering til en hver tid, men de har slitt med å fylle plassene. Trenger å endre kulturen i resten av tjenesten. Seks til åtte ukers tilbud
- Vil øke kapasitet og kompetanse med hhv en ergoterapeut og en fysioterapeut

Ulvik

- Liten kommune, 1100 innbyggere
- To fysioterapeuter på driftstilskudd pluss 20 prosent tilknyttet institusjon
- Har hatt veldig fokus på rehabilitering i institusjon, men har begynt å snakke om hjemmebasert rehabilitering nå. Har mye å jobbe med fremover
- Har en utfordring å bli gode på hverdagsrehabilitering fordi de er så små, men kan bli bedre på hverdagsmestring og må bli bedre på brukermedvirkning

Austevoll

- Liten kommune med 5000 innbyggere, ikke planer om sammenslåing med andre
- Har institusjonsplasser, men ikke hverdagsrehabilitering utover de periodene de har hatt prosjektmidler
- De holder på med å beskrive nåsituasjonen
- Har erfaring med å komme inn til HUS sammen med pasienten for å få spesifikk veiledning. Dette er veldig nyttig i komplekse saker der kommunen trenger kompetanse for å ivareta pasienten på en god måte

Bergen

- Har laget ny plan for rehabilitering og habilitering, og har også en metodebok som beskriver hvordan man jobber med rehabilitering både i institusjon og utenfor
- Det jobbes med å få egne korttidssykehjem for rehabiliteringsopphold for å gi bedre pasientforløp
- Har satset på hverdagsrehabilitering – 25 ansatte som jobber med dette. Disse er ansatt i etat for hjemmebaserte tjenester. Dette bidrar til å spre tanken om hverdagsmestring i hjemmesykepleien
- Skal også starte opp tverrfaglig vurderingsteam
- Har ansatt to sosionomer og vil ansette en ernæringsfysiolog
- Ønsker mer samarbeid med privatpraktiserende fysioterapeuter. Viktig at man i større grad kan påvirke avtalefysioterapeutene om hvilke pasienter som bør prioriteres. Man tenker at den

enkelte fysioterapeut skal vurdere om brukeren har behov og at de skal avslutte dersom behandlingen ikke har effekt. Man har sett eksempler på at pasienter går i årevis til fysioterapeut uten effekt

- Peker på at det er for fragmentert fagmiljø i kommunen. Bør opprette kraftsentre der også spesialisthelsetjenesten er involvert for å få samordnet innsatsen
- Ønsker bedre funksjonsbeskrivelser fra spesialisthelsetjenesten – må utvikle bedre kommunikasjonsmetoder
- Opplever tabellen om oppgavedeling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune som uklar.
 - Hvor lenge varer den akutte fasen?
 - Hva er rehabilitering av særlig kompleks art som trenger spesialisert kompetanse?

Oppsummering

Inntrykket etter presentasjonene er at kommunene er fremoverlente og at de ønsker å utvikle sitt tjenestetilbud og at de tar opptrappingsplanen på alvor. Blir fremhevet at det er viktig at dette gjøres, for det holdes igjen penger til sykehusene når det lanseres en slik plan fra overordnet myndighet. For eksempel, for rehabilitering er det holdt tilbake betydelige midler for å kunne omfordele dem til kommunene.

Hvordan vi skal samhandle for å bidra til hverandres suksess:

- Trenger bedre kommunikasjonsverktøy – spesialistene må bli flinkere å presentere funksjonsbehovet til pasientene, ikke si at de trenger hverdagsrehabilitering
- Bruke nabokommunene sin kompetanse
- Organisere rehabiliteringsnettverk mer strukturert og videreutvikle «Møteplassen»; bringe dette opp som sak i samarbeidsutvalgene; ta dette videre inn i administrativt kontaktutvalg om hvordan strukturere dette. Underutvalg i rehabilitering – se hen til Voss og konferansene der – de er veldig konkrete
- Spesialisthelsetjenesten må ikke skape forventninger hos pasienten som kommunene ikke kan innfri
- Vurderingsteam i kommunene vil gjøre at man ser samordnet på pasientene sine behov; ikke gi enkeltvise tiltak.
- AFMR ønsker gode overganger til kommunene og har også bedre muligheter til å planlegge forløp i forhold til andre avdelinger
- Må ta innover oss at det er dårligere pasienter i kommunene nå enn før. Dette henger sammen med at spesialisthelsetjenesten skal prioritere de nysyke. Den medisinske utviklingen fører til at man redder flere, som igjen er avhengig av et tilbud i kommunene for å kunne leve et verdig liv. Videre er det flere som blir svært gamle og som i økende grad trenger helsetjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

Tusen takk for oppmøte. Vi tar dagens tema videre til samarbeidsutvalget og vurderer om vi skal lage en struktur rundt rehabiliteringspasientene på samme måte som for eksempel kreftpasienter. Vi må sammen jobbe for kontinuerlig forbedring av pasientforløp for de mest komplekse innenfor dette temaområde. Konklusjonen så langt etter møtet er at alle kommuner jobber med rehabilitering i forskjellige løsninger, og planene for Nordås passer inn i dette bildet. I utgangspunktet jobber vi alle i henhold til Helsedirektoratets anbefalinger.