Prosjekttittel: ***"Utvikling av en modell for samhandling mellom lokale NAV-kontor, kommunehelsetjeneste og rehabiliteringsinstitusjon"***

Forord:

Helsedirektoratet lyste i 2008 ut prosjektmidler til omstilling og utvikling for private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner. For Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter gav dette en mulighet til å sette i gang et prosjekt for å bedre samhandlingen mellom institusjonen, kommunehelsetjenesten og NAV. Det har vært en spennende, men krevende prosess, som har tatt mye lengre tid enn først antatt. Etter hvert som samhandlingsreformen har komt i fokus, har relevansen for prosjektet blitt tydeligere. Prosjektgruppen er takknemlig for at de fire deltagende kommunene har vært samarbeidsvillige i en ellers så travel hverdag. Dette har vært avgjørende for at prosjektet har latt seg gjennomføre.

Vi vil også rette en stor takk til referansegruppen som har vært en viktig samarbeidspart og har gitt oss mange konstruktive tilbakemeldinger underveis.

Vi har nå avsluttet Del I av prosjektet, og ser nå frem til å få prøve det ut i praksis. Vi er glade for at Helsedirektoratet også har gitt midler til dette.

Sammendrag:

Hauglandesenteret har ofte opplevd at samhandlingen mellom institusjonen og lokalt nivå er mangelfull og tilfeldig. Vi har også erfart at i de tilfellene en har fått til en god samhandling, har pasientene lykkes bedre i sin rehabiliteringsprosess. Dette var bakgrunnen for at vi tok initiativ til prosjektet.

Fire kommuner i Sogn og Fjordane har i varierende grad deltatt i prosjektet som har gått over 18 måneder. Målet med prosjektet har vært å utarbeide en modell for bedre og mer styrt samhandling mellom en rehabiliteringsinstitusjon, NAV og kommunehelsetjenesten. Videre å legge til rette for god og planlagt samhandling, for at den enkelte pasient skal få et sammenhengende og mest mulig sømløst rehabiliteringsforløp. Leon-prinsippet ligg til grunn for modellen. Likeens prinsippet om rett pasient til rett tid, til rett instans.

For å lykkes i å gi et mer sømløst rehabiliteringsløp for den enkelte pasient, er det avgjørende at aktørene har tett kontakt før – under og etter rehabiliteringsoppholdet. Dette kan gjøres på flere måter. Enten ved telefon kontakt mellom fastlege og legespesialist ved senteret, og /eller at spesialist reiser ut og har møte med lokale aktører, gjerne sammen med en konsultasjon med pasient. I denne sammenheng, kan senteret hjelpe til med å avklare hvem det er hensiktsmessig å søke inn til opphold og hvem som bør få behandling lokalt.

For at tiltak som er satt i gang under oppholdet skal kunne gjennomføres lokalt, er det avgjørende med tett samarbeid. Det er viktig at lokalnivået også er med og drøfter hva som skal skje etter oppholdet. Dette kan gjøres ved at man har møte med pasienten og de aktuelle aktørene underveis i oppholdet på rehabiliteringsinstitusjonen.

1.0 Kort om prosjektet

1.1 Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter (RKHR)

Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter har avtale med det offentlige om levering av spesialiserte rehabiliteringstjenester. Hovedavtalen med Helse Vest omfatter rehabilitering til følgende diagnosegrupper:

- Muskel- skjelettlidelser
- Kronisk smerte og utmattelsestilstander
- Kreft
- Nevrologiske lidelser
- Sykelig overvekt

Pasientene kommer i hovedsak fra helseregion vest, med ca 25 % fra Sogn og Fjordane

I tillegg til avtale med det regionale helseforetaket, har senteret avtale med NAV om arbeidsretta rehabilitering som døgnopphold.

Totalt 1200 personer får årlig tilbud om rehabilitering ved senteret.

1.2 Bakgrunn for prosjektet

Tilbudene innen rehabilitering bør inngå i en helhetlig behandlingskjede hvor laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) er sentralt. Tilbudene i Norge i dag kan beskrives på tre ulike nivåer:

1. Fastlegen, den sykmeldte, andre kommunale aktører, evnt. arbeidsgivers tilrettelegging, bedriftshelsetjenesten
2. Polikliniske tverrfaglige funksjonsvurderinger og dagrehabiliteringstiltak
3. Døgnbasert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

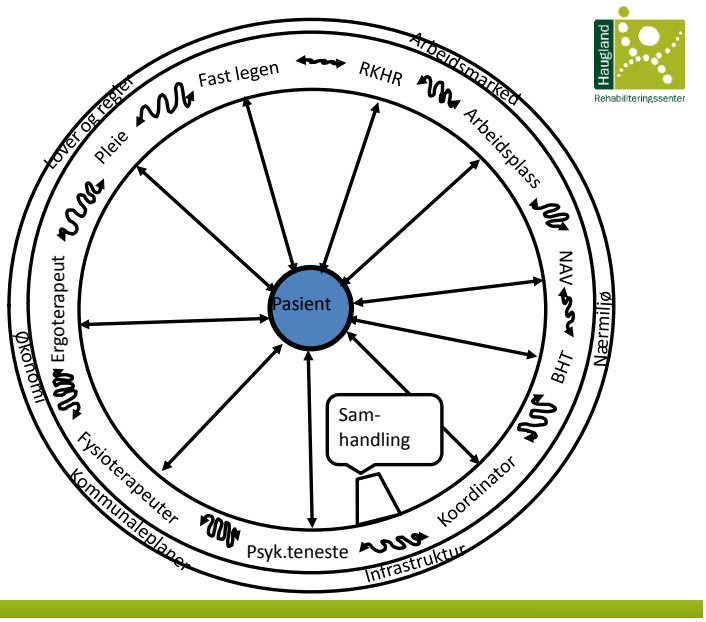
Brukere/ pasienter som mottar et døgnbasert rehabiliteringstilbud skal være vurdert i forhold til de andre nivåene i helsetjenesten. For å lykkes i dette arbeidet er institusjonene avhengig av en bred tilnærming og samhandling med andre aktører. Oppfølging i etterkant av et opphold og samhandlingen mellom ulike instanser er sentralt.

Med bakgrunn i de erfaringer vi har gjort oss på senteret, har vi et ønske om å skape et bedre system for sammenhengende og helhetlig rehabiliteringsforløp for pasienter. Vår erfaring er at det kan være vanskelig å få til en systematisk samhandling med andre aktører i pasientens rehabiliteringskjede. Ofte ser en at kontakten mellom de ulike nivå er tilfeldig og

personavhengig. Det er få arenaer å møtes på, og en kjenner for lite til hverandre sin kompetanse. I kontakt med kommunehelsetjenesten og NAV, ser en at dette er noe alle aktørene kjenner på og som alle er interessert i å finne løsning på.

Det er viktig med god koordinering rundt den enkelte pasient i rehabiliteringsløpet på tvers av aktørene. For å få til dette vil det være et behov for et nærere samarbeid i enkeltsaker samtidig som det er et behov for en felles arena slik at en kan få til overordnede strategier og optimale løsninger for den enkelte pasient. Dersom det har vært en god koordinator i kjeden, har vi lykkes i å veilede pasientene inn i et hensiktsmessig rehabiliteringsprogram.

Figur 1: Bilde på aktørene og mangfoldet i samhandling mellom kommunehelsetjenesten, NAV, RKHR og arbeidsplass



(Hjulet /Sirkel-ideen er hentet fra Hernes Institutt) Figur 3

Det mangfoldet av aktører som er rundt en pasient i hans/ hennes rehabiliteringsløp, kan vises i form av et sykkelhjul der pasienten er i midten av navet på hjulet. Fra navet går det eiker ut mot felgen der de ulike aktørene i hjulet sitter. For eksempel: Fastlege, NAV kontor, RKHR eller andre. Utenfor ligger selve dekket som består av rammene alle må forholde seg til. Eksempel på dette er: Infrastruktur, lover og regler, kommune planer, økonomi, politiske føringer osv. Samhandling er luften i dekket og det som må til for at hjulet skal kunne rulle, eller at systemet fungerer.

2.0 Mål for prosjektet:

2.1 Hovedmål:

Å skape en modell der pasienten møter en sammenhengende og helhetlig rehabiliteringskjede, gjennom bedre koordinering mellom aktuelle aktører (kommunehelsetjenesten, NAV og spesialisthelsetjenesten).

2.2 Delmål:

1. Øke kompetansen om hverandre sin kompetanse
2. Bedre og mer helhetlig og samkjørt rehabiliteringsløp fra kommunenivå til rehabiliteringsinstitusjonen og tilbake
3. Integrere behandlingstilbudet ved rehabiliteringsinstitusjon inn i det lokale rehabiliteringsforløp for å øke effekten
4. Utveksle kunnskap og oppnå læring uavhengig av om det er 1.linje eller 2.linje nivå
5. Skape møteplasser for samhandling mellom aktørene i 1. og 2. linje tjenesten.

3.0 Aktørene:

3.1 Prosjektgruppen:

- Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter v/overlege Eirik Fismen og attføringskonsulent Linda D. Meier
- NAV v/ seniorrådgjevar Annbjørg Eikenes

3.2 Deltakerene:

Fire kommuner ble spurt om å delta i prosjektet:

<u>Askvoll kommune:</u>
Kommunen har ca 3000 innbyggere. Askvoll kommune er en kystkommune. Kommunesenteret Askvoll ligger på fastlandet der kommuneadministrasjonen og mange av de kommunale tjenestene er lokalisert. De fleste i kommunen bor på fastlandet, mens en del innbyggere bor på øyer utenfor. Askvoll har stor bredde i private handel og sørvisbedrifter. De viktigste næringene i Askvoll i dag er industri, fiske og havbruk, landbruk og reiseliv.

Kommunen er og en stor arbeidsgiver med ansatte innen for skole, helse, omsorg og administrasjon.

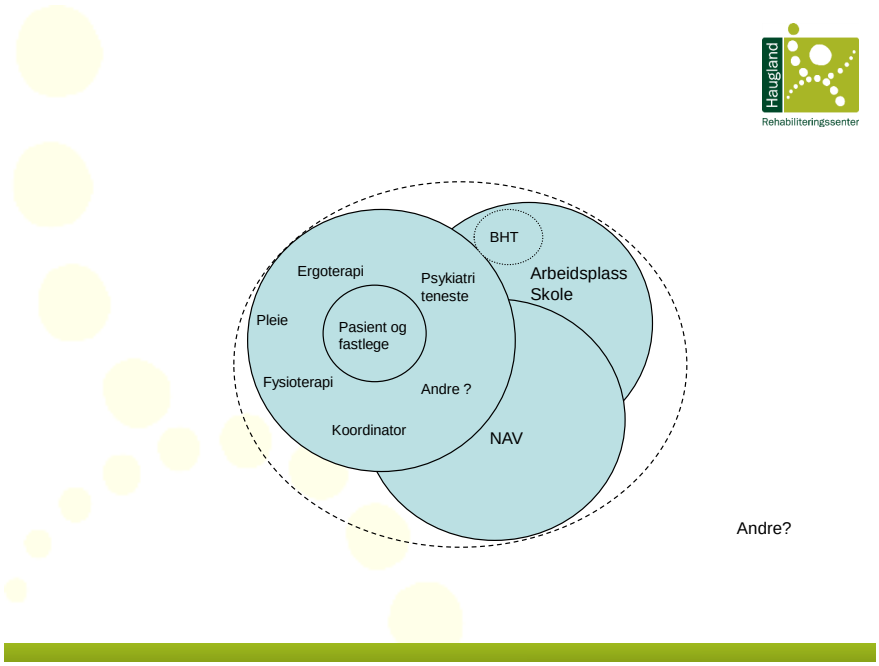
Høyanger kommune:
Kommunen har ca. 4400 innbyggere og er delt av Sognefjorden. Kommunesenteret er i tettstedet Høyanger, med ca 2 500 innbyggere. De andre innbyggerene bor i mindre bygder langs Sognefjorden. Høyanger er et moderne industrisamfunn som har vokst frem i takt med Hydro Aluminium/Høyanger Metallverk. Ved siden av aluminiumsindustri, en del småindustri, detaljhandel og servicenæringer, er jordbruk den viktigste leveveien i bygdene langs fjorden.

Førde kommune:
Førde Kommune er en bykommune som strekker seg fra innerst i Førdefjorden til Jostedalsbreen og det bor om lag 12 000 personer i kommunen. Førde er fylkessenter i Sogn og Fjordane og største kommunen i fylket. Kommunen ble plukket ut som vekstsenter av Staten i 1965 og fikk den gang stor hjelp til etablering av industri og kulturtilbud. I 1997 fikk de bystatus. Byen har størst varehandel pr. innbygger i hele landet, og sentrum er i dag preget av store varehus.

Naustdal kommune:
Naustdal kommune er en jordbruksbygd som ligger midt mellom Førde og Florø, de 2 største byene i Sogn og fjordane. Det bor ca 2700 personer i kommunen, der rundt halvparten bor i og omkring Naustdal sentrum. Arealet er ca. 370 km^2 , og naturen spenner frå kyst-/fjordlandskap i vest, til høye fjell i nordøst. Den største arbeidsgiveren er Naustdal kommune. Største næring i Naustdal er landbruk, men kommunen har en rekke tilbud innen handel, kunst, kultur, bygg og industri.

De fire kommunene er representert gjennom fastleger, rehabiliteringskoordinator og fysioterapeuter. I noen av kommunene har også helsesøstre, psykiatrisk sykepleiere, ergoterapeuter og Helse- og sosial leder deltatt. I tillegg har representanter fra kommunens NAV kontor deltatt.

Figur 2: Bilde på aktuelle aktører i kommunene:



3.3 Referansegruppen:

- Kjartan Olafsson, fastlege i Florø og spesialist i allmennmedisin
- Karen Skretting Hovlid, rådgivende lege NAV Sogn og Fjordane
- Laila Aarseth, daglig leiar Hjelp 24 Sogn og Fjordane
- Ingvard Flekke, rådgiver personal Fjaler kommune
- Henrik Høberg, kommune lege I Hyllestad Kommune
- Inger Johanne Osland, adm.dir Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter AS

4 Prosjekt plan

Det vart i oppstarten av prosjektet, planlagt fire møter med hver enkel av de fire kommunene. Målet med disse møtene var å:

- lage en møteplass for kommunehelsetjenesten, NAV og rehabiliteringsinstitusjon
- gjøre senteret mer kjent
- bli mer kjent med de andre aktørene (NAV og kommunehelsetjenesten)
- utarbeide flytskjema (lage retningslinjer/ vegkart for en formålstjenelig rehabiliteringsprosess.

Viktige premisser/ spørsmål som lå til grunn for arbeidet, var at det som kan gjøres lokalt, skal gjøres lokalt (Leon – prinsippet). Det er langt fra alle pasienter som trenger behandling

gjennom spesialisthelsetjenesten. Et viktig mål for møtene ville være å få drøfte om, når og eventuelt når tid en person vil ha behov for spesialiserte rehabiliteringstjenester.

I starten av prosjektet var disse punktene viktige for oss ved utarbeiding av flytskjema / modell for samhandling:

- Tydeliggjøring av hvem som har ansvar for hva og når! (Sikre rett instans til rett tid)
- Søknadsprosedyrer, er de som brukes i dag gode nok?
- Tilgjengelighet for informasjon om tilbud, er tilbudet godt nok kjent for aktørene i de ulike kommunene?
- Epikriseform / tilbakemelding fra institusjonen til henvisende instans, er den formen vi i dag bruker god nok?
- Er det behov for å forenkle kommunikasjonsmulighetene til fastleger og NAV-kontor (gjennom bruk av direkte telefonnummer og e-post) og RKHR?
- Det må skapes rom for dialog / møteplasser for aktørene.

5.0 Arbeidsprosess

Det ble gjennomført et møte med hver av de fire kommunene våren 2009, og et møte nr to ved tre av kommunene høsten 2009. Skisse til modell ble drøftet. Alle har gitt uttrykk for at det er et stort behov for å få til bedre samhandling slik at en får en raskere rehabiliteringsprosess / mer sømløs prosess. Det kan virke som om aktørene i mindre grad enn hva prosjektgruppen var klar over, hadde kjennskap til pasientgrupper og behandling i rehabiliteringsinstitusjonen.

Det kom også et innspill om at kommunene skulle få tilbud om veileding/ undervisning i form av klinikk, der overlege ved senteret viste arbeidsmetodikk i praksis i møte med pasient. Dette ble gjort i tre av kommunene. Det var ulik møteform i de fire kommunene og i tre av kommunene har det vert god oppslutning. Ved møtene for disse tre kommunene, var de som kom informert om møtet de skulle på, og de var alle aktuelle for å delta. Vi ser i ettertid at en tydelig avklaring før møter blir holdt, er avgjørende for videre aktivitet og deltagelse.

Vi har stort sett møtt de vi planla at vi skulle møte (fastleger, rehabiliteringskoordinator i kommunen og NAV-kontor). Men vi ser at vi også i større grad, skulle ha involvert fysioterapitjenesten i kommunene, både de offentlige og de private. Det har deltatt representanter fra fysioterapitjenesten i to av kommunene.

Det har ikke vert realistisk å gjennomføre flere enn to møter med hver kommune. Særlig har fastlegene hatt vansker med å prioritere møter i forhold til denne delen av prosjektet rent tidsmessig. Det har heller ikke vært behov for dette, da en avtalte at kommunikasjonen i en

periode kunne foregå via e-post og telefon. Vi har også måtte trygge aktørene (særlig fastlegene) på at denne delen av prosjektet (Del I), ikke ville medføre ekstra arbeidsmengde. Flere har sagt at de har vært mer klar for den planlagte Del II av prosjektet: praktisk utprøving med pasienter. Tidsperspektivet til prosjektet har vist seg å ha vært for kort. Vi har brukt lenger tid på hver del, enn det som var planlagt.

Gjennom hele prosjektet har vi hatt jevnlige møter med referansegruppen, som har gitt mange konstruktive innspill og råd.

6.0 Resultat og erfaringer

Med bakgrunn i delmålene vi hadde satt ved oppstart av prosjektet (se kap.2.2), vil vi nå beskrive de erfaringene vi har gjort oss gjennom prosjektet.

Delmål 1 - Øke kompetanse

Aktørene i kommunen hadde mindre kjennskap og kunnskap om institusjonen sitt rehabiliteringstilbud, enn senteret forventet.

Aktørene fra institusjonen hadde ikke nok kunnskap om organisering av helse- og rehabiliteringstjenestene i kommunene, organiseringen var også ulik fra kommune til kommune.

Aktørene internt i kommunen hadde mindre kontakt på systemnivå enn prosjektgruppen hadde forventet. Alle de involverte kommunene har faste samhandlingsmøter om person saker, men det varierte hvem som deltok på møtene og hvor ofte det ble holdt møter. Struktur på samhandlingen varierte. Noen har god kontakt om enkelt saker, men det savnes et system for hvilke saker som blir drøftet.

NAV:
Fastlegene i prosjektkommunene hadde møter med NAV med jamne intervall. Disse ser ut til å variere mellom hver 14.dag og 1 gang i måneden. På disse møtene ble enkeltsaker tatt opp, og ofte kan fastlegen sin rolle bli mer en som prøver å sikre/ formidle behov for videre vedtak for pasienten hos NAV. I liten grad virker det til at langsiktige planar blir drøftet i forhold til den enkelte pasient. Dette sikrer ikke at en har samme mål med tiltakene.

Fysioterapitjenesten:
Noen fastleger hadde tett kontakt med fysioterapitjenesten, men dette varierete fra kommune til kommune. En tilbakemelding som har komt, er at det er vanskeligere å samhandle med private fysioterapeuter, enn de offentlige. Takster og betalingsordninger, er ofte oppgitt som grunn for dette. Også disse møtene er preget av tilfeldighet og er ofte personavhengige, slik tilbakemeldingene har vært.

Konklusjon:

1. Det synes å være behov for mer kunnskap om tiltak og behov for kompetanseheving i forhold til rehabilitering på spesialisthelsetjenestenivå, for enkelte av aktørene i kommunene.
   Resultat av prosjekt: det er komt frem et ønske om at rehabiliteringsspesialister bidrar til kompetanseheving i kommunene.

2. Intern kommunikasjon i kommunene kan være mangelfull i forhold til å sikre samhandling om den enkelte pasient sitt behov for rehabiliteringstjenester. Særlig der pasienten har sammensatte problemstillinger, og henvisning til spesialisthelsetjenesten kan være et alternativ. Prosjektet har synliggjort et behov for mer strukturert samhandling lokalt i disse sakene.

Delmål 2og 3 -Bedre og mer helhetlig og samkjørt rehabiliteringsløp fra kommunalt nivå til rehabiliteringsinstitusjon og tilbake / Integrere behandlingstilbudet ved rehabiliteringsinstitusjon inn i det lokale rehabiliteringsforløp for å øke effekten

Samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten, NAV og spesialisthelsetjenesten er også preget av tilfeldigheter, og den er ofte personavhengig. Det er en utfordring for aktører å ha felles hensiktsmessig målsetting med behandlinger. Vi ser at det er viktig at aktuelle aktører har felles hensiktsmessig målsetting og bedre koordinering rundt den enkelte pasient i rehabiliteringsløpet.

Et sentralt tema som har blitt drøftet, er om **lokalnivået kan komme til RKHR**. Dette vil bli prøvd ut i Del II av prosjektet (den praktiske utprøving). Vi har stor tro på at dette vil være hensiktsmessig, og at det vil gi gode resultat om en får det til. Men vil det fungere i praksis?

Tidsakser (Fastleger – NAV – RKHR). Prosjektet har sett på når de ulike aktørene er inne i en pasient sin rehabiliteringsprosess. Både fastleger og NAV har tidlig kontakt med pasienter, men det går ofte lang tid før de definerer et rehabiliteringsbehov i spesialisthelsetjenesten. Hauglandsenteret har erfart at pasientene ofte blir henvist til mange ulike spesialister samtidig, og hvor det kan virke som om det kan ha vært mangel på målrettet bestilling. Om dette skyldes for lite informasjon om de ulike behandlingstilbudene, eller at det er en form for helgardering er uvisst. Dette kombinert med langeventelister ved senteret medvirker til ytterligere forlengelse av prosessen, og kan føre til en økende pasifisering av pasienten.

Informasjonsflyt Informasjonsflyt har vert et sentralt tema i prosessen. En har sett på formidlingen av informasjon mellom de ulike aktørene. Det meste av kommunikasjon mellom aktørene på lokalt plan og mellom lokalt plan og spesialisthelsetjenesten, foregår skriftlig. Unntak er enkelte møter mellom NAV og fastleger, der pasientene ofte er med. En av kommunene gjennomførte også møter mellom fastleger og kommunale fysioterapeuter i

forhold til forpliktende samarbeid, er det avgjørende å kunne ta muntlig kontakt for å legge felles strategi for oppfølging i etterkant.

Hvem kan "finne" pasienten? Fastlegene har alltid vært henvisende innstans, i tillegg har NAV kontakt med mange som har behov/ er aktuelle. Lokalt samarbeid der eventuelt fysioterapeut også er med, vil være viktig i utvelgelsesprosessen for å sikre at det ikke bare er det medisinskfaglige som vert i fokus, men også livssituasjon/ arbeid med mer. Selve innsøkingsdelen, har blitt tonet ned i kontakt med lokalt nivå. Mer fokus på å finne rett pasient til rett tid, når er "rett" tidspunkt? Her vil fastlegen ha en sentral rolle, men også andre aktører som NAV vil kunne initiere behov for henvisning.

For å lykkes i å gi et **mer sømløst rehabiliteringsløp** for den enkelte pasient, er det avgjørende å ha tett kontakt før – under og – etter rehabiliteringsoppholdet. Det som skjer under oppholdet, henger tett sammen med det som skjer etter at oppholdet er avsluttet. Det er viktig at lokalnivået også er med og drøfter hva som skjer etterpå, hvem gjør hva og når. Fastlegen er koordinator i forhold til spesialisthelsetjenesten.
Fastlegen samhandler med arbeidsgiver, bedriftshelsetjeneste, fysioterapeuter, andre behandlere på lokalt nivå, og NAV. NAV ønsker direkte tilbakemelding frå institusjonen om de som en bør starte videre planlegging med straks. Dette for å unngå at pasient faller tilbake i "gamle spor". **"Sprenge oppholdet"** er blitt et slagord gjennom prosjektet. Med dette mener vi at oppholdet i institusjon i spesialisthelsetjenesten skal være en integrert del av annen behandling. Dette gjøres best gjennom bedre samhandling rundt den enkelte pasient, men også på systemnivå. Et av tiltakene er at senteret bidrar til kompetanseheving på lokalt nivå i form av undervisning, felles kurs og felles opplæring. Forløpige tilbakemelding er gode fra kommune nivå og for institusjonen er dette en lærerik prosess.

Konklusjon: Der en får til samhandling og felles målsetting, er resultatene gode. Og det er viktig med tett kontakt før, under og etter oppholdet. En tror at fysiske møter, vil kunne bedre samhandlingen, mer enn kun skriftlig eller telefonisk kontakt. Men dette er samtidig en mer ressurskrevende form både tidsmessig og økonomisk.

Delmål 4 – Utveksle kunnskap og oppnå læring uavhengig av om det er 1.linje eller 2.linje nivå

Erfaringer fra prosjektet bidrar til kompetanseheving i kommunene gjennom klinikk utprøvd i tre av kommunene:
Resultat av prosjektet: Overlege frå RKHR hadde konsultasjoner med, for han, ukjente pasienter i de tre kommunene. Det deltok leger, fysioterapeuter, personale fra psykiatritjenesten og representanter frå NAV sammen med personale fra RKHR på klinikkene.

Overlege intervjuet personene for å avklare hvordan de oppfattet egen situasjon og tanker om veien videre. De som hørte på gav tilbakemelding om at overlegen var ”tøff” med pasientene, men at det var nyttig og avklarende.

Pasientene selv vart utfordret på vanskelige spørsmål, men gav tilbakemeldinger om at dette var gode samtaler og at de ble ”sett”. En av utfordringene kommunehelsetjenesten har, er å kunne være så direkte og ”tøffe” med pasientene sett opp mot de rollene en innehar i kommunehelsetjenesten.

Tilbakemelding fra deltakerne har så langt vært at dette var lærerikt og nyttig. Det gav dem også en mulighet for å møtes. Samtidig er de tydelige på at kommunehelsetjenesten, NAV og arbeidsgiver har andre utfordringer i møte med pasient/ tilsett/ bruker sett opp mot utfordringene RKHR har i forhold til samme pasient:

Hauglandsenteret har erfaringer med at noen av de som kommer dit, er hemmet av helt andre plager enn det de er søkt inn for. Det er mer legitimt å be om hjelp på grunn av vond rygg, enn på grunn av f.eks sosial angst. Med bakgrunn i disse erfaringene, er arbeid og sosial deltakelse første tema på avklaringssamtale for de som kommer til institusjonen. Dette setter krav til behandlerne i hvordan de møter vedkommende. Ved senteret bruker en teknikker for å avklare hvordan personen oppfatter egen situasjon, og tanker vedkommende har om veien videre. En kan i slike settinger oppleves som direkte og ”tøff” med pasienten. Dette er utfordringer som fastlegen og arbeidsgiver også har i møte med syke personer. For å få et rett bilde av situasjonen, må en være tydelig og direkte i kommunikasjonen, uten å krenke den som er syk. Skal dette lykkes, må det være tillit i relasjonen. Det å kunne være så direkte med pasientene, opplever både fastlegen, andre behandlere og arbeidsgiver at det kan være vanskelig.

Delmål 5 – Skape møteplasser for samhandling mellom aktørene i 1. og 2.linje tjenesten

Det har komme klart frem at det er et behov for å skape møteplasser for aktørene, dersom samhandling skal lykkes. Erfaringene viser at det er vanskelig å få til møter ute i kommunene og i denne sammenhengen er det ofte tid og ressurser (herunder også dekking av kostnader) som spiller inn.

Ut fra erfaringene vi har gjort oss så langt i prosessen, ser vi et behov for å tilføre noe nytt på:

1. Individ nivå:
   - Sikre samhandling på kommunalt nivå og mellom 1. og 2.linjetjenesten, for personer med sammensatte problemstillinger. Mulighet for ”skreddersøm” i lys av lokalt tilbud.

2. System nivå:
   - Overføring av kompetanse fra spesialisthelsetjenesten til kommunen via fellesopplæring for aktørene, eks: klinikk, undervisning mm i kommunen.
   - Overføring av kunnskap frå lokalnivået til spesialisthelsetjenesten.
   - Krav til aktørene i kommunen om strukturert samhandling, målrettet arbeid.
   - Oppholdet skal ikke lenger være en ”øy” i systemet, men en del av all behandling satt i system.

Dette er punkt vi nå ser som avgjørende i forhold til å få til målsettingen om å skape en modell for sammenhengende og heilhetlig rehabiliteringsforløp, gjennom betre koordinering mellom aktører rundt en pasient / brukar.

Det foregår mye samhandling internt i kommunene, men den kan bli mer systematisk.
De fleste kommunene har faste møter mellom leger og NAV. Denne samhandlingen kan bli mer målrettet og systematisk. Det er ikke registrert systematisk samhandling mellom NAV og fysioterapeuter, kommunal psykiatritjeneste, manuellterapeuter eller kiropraktorer. Disse aktørene har også en sentral rolle for mange pasienter. Vi ønsker å utvikle en modell som kan være med på å fremme mer systematisk samhandling på kommunenivå, og som kan være med på å fremme samhandlinga innen forskjellige helseprofesjoner i kommunen.

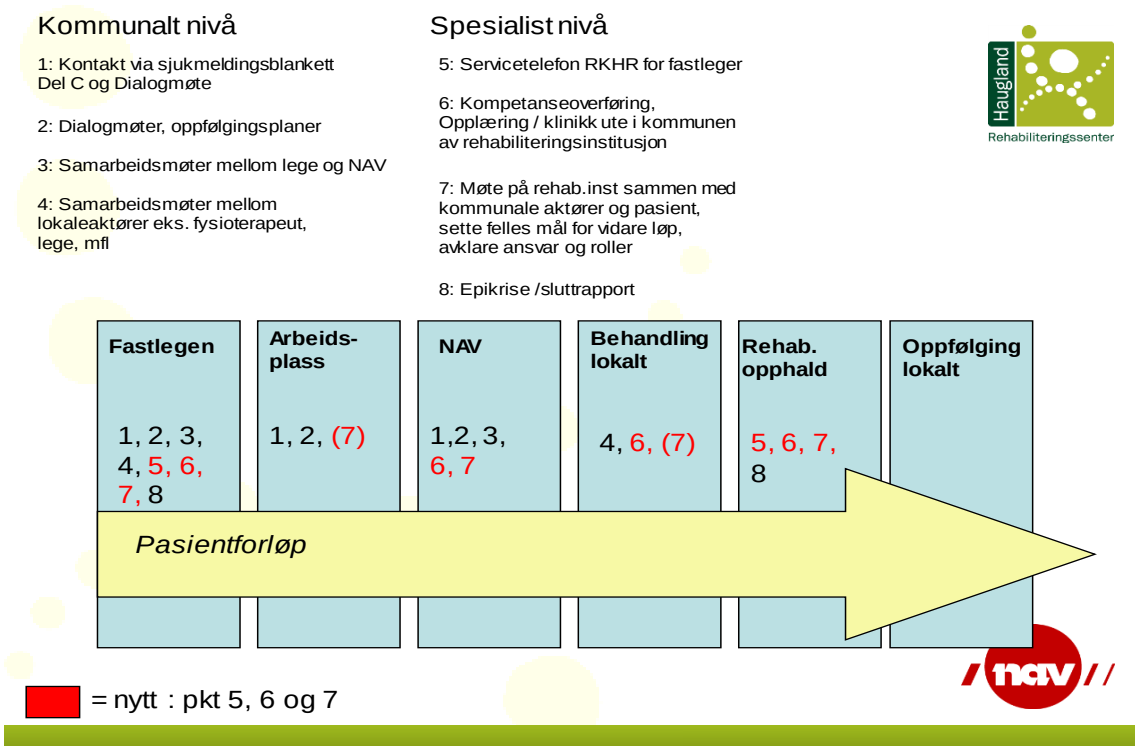
Ved sykemelding er legene viktig premiss leverandør for arbeidsgiver. Inntrykket til prosjektgruppen er at arbeidsgivere i større grad ønsker innspill fra legene i forhold til oppfølging. Den nye sykmeldingsblanketten er utformet med tanke på å systematisere oppfølgingsarbeidet, men den blir i varierende grad nyttet som innspill til arbeidsgiverne og arbeidsgiver gir i liten grad tilbakemelding til fastlegene.

Videre er intensjonen vår at modellen være med på å fremme samhandlingen mellom helsetjenesten både på 1. og 2.linjenivå og arbeidsplassen.

Mer systematikk og målrettet samhandling, vil kunne øke kvaliteten på rehabiliteringsforløpet til den enkelte bruker. Og i beste fall kan modellen bidra til at det stilles formelle krav i kommunen til samhandling.

I figuren under, er det forsøkt å lage en skisse som viser systemet i dag (vist med svarte tall), og det som er nytt gjennom prosjektet (markert med røde tall).

Figur 3: Bilde på samhandling på systemnivå:

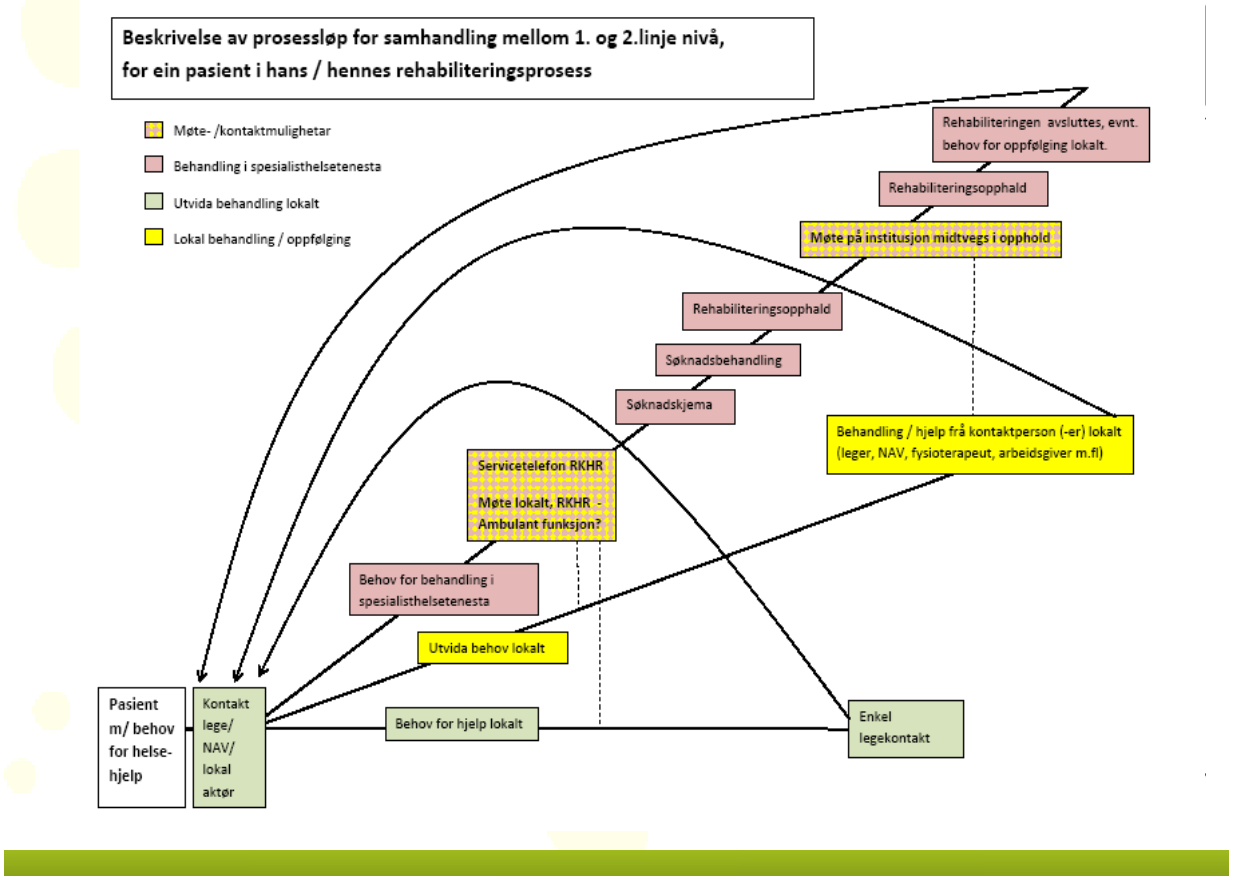


Figur 4

Det nye er: fast tid for servicetelefon på RKHR for fastleger og andre som ønsker informasjon/ eventuelt ønsker å diskutere en aktuell pasient for et opphold med en av senterets leger og avklare hvorvidt senteret er det rette tilbudet for pasienten og for å få informasjon om forventet ventetid. Videre er det lagt opp til et system for kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten / lokalt nivå, der spesialisthelsetjenesten kommer ut til kommunene og holdet kurs/ klinikk. Det er også planlagt felles møte på rehabiliteringsinstitusjonen under opphold for de enkelte pasienter. På disse møtene kan en legge felles planer og strategier sammen med pasient og behandlere/ hjelpeapparat eventuelt også arbeidsgivere om det er viktig for pasientens videre rehabiliteringsløp.

Figur 5, viser en beskrivelse av hvordan samhandling mellom lokalt nivå og rehabiliteringsinstitusjonen er tenkt i praksis.

Figur 4: Skisse på praktisk samhandling/ arbeidsplan:



Forklaring til skissen:

Lokal behandling:
Den nederste linjen som går vannrett (markert med grønne bokser), viser hvordan de fleste kontaktene med pasienter (pasientforløp) skjer. Det vil være en eller flere kontakter med enten fastlege, fysioterapeut eller andre på lokalt nivå. Disse pasientene har ikke behov for annen behandling, og det er ofte et forholdsvis kort behandlingsløp.

Utvidet lokal behandling:
Den neste linja som skrår oppover (markert med gule bokser), viser et pasientforløp med utvidet behandlingsbehov lokalt. Her er flere lokale aktører involvert i behandlingen, og samhandling lokalt er nødvendig. Behandlingstiden vil for disse pasientene vil kunne ha lenger varighet enn for forrige gruppe.

Behov for behandling i spesialisthelsetjenesten:
Den siste og brattaste kurven / linjen (markert med røde bokser), viser et pasientforløp der det er behov for behandling i spesialisthelsetjenesten. Det er denne kurven vi i dette prosjektet har fokusert på.
Disse pasientene har vært utredet og fått behandling lokalt, og en har gjort det som var

nødvendig og mulig på lokalt nivå uten at pasienten er tilstrekkelig behandlet.

Slik vi i modellen legger opp til, skal det være mulig for fastlegen å kontakte lege på senteret direkte gjennom fast service telefon, eller bruke møteplass i kommunen i sammenheng med ambulant funksjon eller klinikk/ undervisning der personale fra senteret bidrar til kompetanseheving på lokalt nivå i form av undervisning, felles kurs og felles opplæring. Dersom en finner det hensiktsmessig, blir det søkt om rehabiliteringsopphold.

Midtveis under rehabiliteringsoppholdet, blir det innkalt til møte på institusjonen der fastlegen og ved behov NAV, fysioterapeut, andre fra lokalt nivå deltar sammen med involvert personale frå senteret og pasient. Mål for møtet vil være å lage fellesplan og strategi for hva som skal skje etter oppholdet. Dette møtet ønsker prosjektgruppa i prosjektet at det helst skal være ved oppmøte. Det kan åpnes for at møtet kan skje via videokonferanse eller som telefonmøte. Etter at oppholdet er avsluttet, blir epikrisen sendt til henvisende instans med kopi eller kortere versjon av rapport, til aktuelle samarbeidspartnere (dette skal være avklart med pasient). Fastlegen får alltid kopi dersom han/ho ikke er henvisende instans.

Møteplassene som er beskrevet over, samsvarer med punkt 5, 6 og 7 i figur 4.

7.0 Konklusjon

Prosjektet viser at det er rom for å bedre samhandlingen både internt, i den enkelte kommune og mellom kommunehelsetjenesten og spesialistinstitusjon. Det er laget en skisse til modell, der en legger til rette for bedre kontakt / kommunikasjon mellom aktørene både før – under og etter opphold.

Det er behov for å skape nye og bedre samhandlingsmønstre mellom de ulike aktørene, og det må etableres møteplasser. Dette ser ut til å være lettest å få til dersom en samtidig kombinerer det med kompetanseheving. Erfaringene der legespesialist gjennomfører pasient konsultasjon med representanter fra NAV og kommunehelsetjenesten tilstede, gjerne i form av klinikk, har vært gode.

Resultatet av prosjektet er økt kompetanse om hverandre sin kompetanse, og forslag til en modell for samhandling mellom ulike aktører for å kunne skape et sammenhengende og helhetlig rehabiliteringsforløp.

Det er skapt positive alliansepartnere i lokalmiljøet, en har skapt rom for felles arena /møteplass mellom aktørene for å få bedre samhandling.

RKHR er blitt bevisst betydelige forbedringspotensialer som et resultat av forprosjektet. Særlig i forhold til innsøking, ventetider, informasjon, kontakt med aktørene i kommunene, informasjonsflyt mm.
Prosjektet har medvirket til en økt bevisstgjøring lokalt om rehabilitering. Og

Hauglandsenteret har blitt mer bevist på viktigheten av at det lokale nivået fungerer, da dette nivået ofte er det viktigste for brukeren sin suksess i sin rehabilitering.

og aktørene på alle nivå er mer bevist nødvendigheten av samhandling.