



Helse- og
omsorgsdepartementet

Hva skjer på rehabiliteringsfeltet? Opptrappingsplanen og andre sentrale føringer

Petter Øgar

Samhandling innen rehabiliteringsfeltet, Kristiansand 17. november 2016

Rehabilitering - regjeringens utgangspunkt

- Habilitering og rehabilitering har i mange år vært pekt på som et av helse- og omsorgstjenestens svake områder
- Årsakene til denne situasjon er sammensatte
- For å få til en reell styrking av habilitering og rehabilitering må derfor en rekke tiltak settes i verk

Gjennomgående utfordringer i tjenestene

- Mange pasienter/brukere har flere sykdommer samtidig og mer komplekse tilstander – krever ny kompetanse og nye arbeidsformer
- Tjenestene er fragmenterte og lite koordinerte, samhandlingen er fortsatt for dårlig
- Brukerinvolvering og brukerperspektivet fortsatt for dårlig ivare tatt
- Mangelfull kunnskap om innhold og kvalitet, på noen områder vet vi det svinger
- Ledelsesutfordringene er store
- For dårlig tilgjengelighet og kapasitet på flere områder
- Tjenestene til de som trenger det mest er for dårlige
- Svikt i systematisk oppfølging - for lite proaktiv tilnærming og mangelfullt populasjonsperspektiv
- Hvordan sikre en bærekraftig utvikling?

Særlige utfordringer på rehabiliteringsfeltet

- For mye vekt på sykdom fremfor ressurser
- Ansvarsdelingen mellom nivåene oppleves av flere som uklar
- Dagens definisjon er for snever

Hva er rehabilitering?

- Forståelsen av hva rehabilitering er må revideres og utvides; fra tidsavgrensede, planlagte og utskilte prosesser til en utbredt tilnæringsmåte som regel integrert i tjenestene
- Målrettede, tidsavgrensede eller varige, innsatser for å opprette, gjenopprette, vedlikeholde og bedre funksjon, forebygge funksjonsfall og å lære å mestre livet med sykdom og funksjonsnedsettelse
- Rehabilitering er et ansvar for nesten alle som arbeider i helse- og omsorgstjenestene
- Bedre mestring er det det handler om

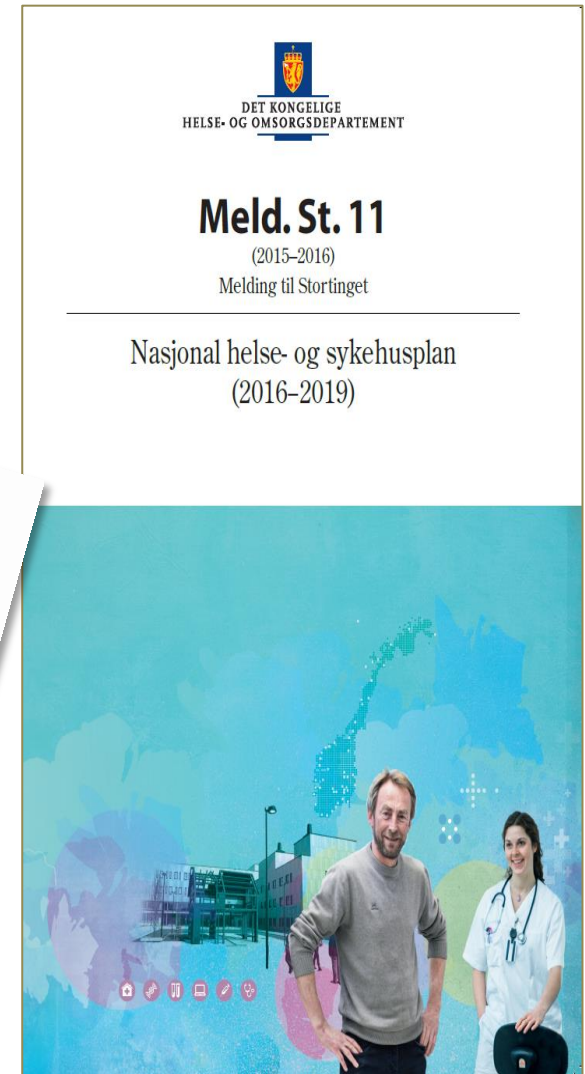
Forutsetninger for å lykkes

- Vi må skape en rehabiliteringskultur basert på ny forståelse av hva rehabilitering er
- Gode tilbud må finnes: kapasitet, kompetanse, arbeidsformer
- Særlig kommunenes tilbud må styrkes
- Fastlegene må tyngre inn og de må kjenne rehabiliteringstilbud i egen kommune
- Ansvarsdelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten må bli tydeligere og samhandlingen bedre
- Tilbud i spesialisthelsetjenesten må ikke trappes ned før det er bygget opp i kommunene (asynkrone omstillinger)
- Vi må stille dette spørsmålet mye oftere: Trenger denne pasienten eller brukeren rehabilitering?
- En styrket brukerrolle og opplæring av brukere og pårørende er avgjørende

Situasjonen i kommunene

- Store forskjeller i omfang (vanskelig å måle) og organisering
- I følge SSB har 85 pst. av kommunene etablert en koordinerende enhet, men ofte lite robuste enheter
- For få tilbys individuell plan
- Utfordringene er knyttet til både kapasitet, kompetanse, organisering og arbeidsformer
- For liten fysioterapikapasitet/feil bruk av fysioterapiressursene, mer enn 100 kommuner har ikke ergoterapeut og logopedtilbudet er mangelfullt
- Institusjonstilbud er oftest øremerkede plasser i sykehjem – ikke en ideell løsning
- Mange grupper får derfor ikke det tilbudet de burde ha: manglende helhet i tilbudet, lange ventetider, mange brudd i forløpene, for lav intensitet

Vi skaper pasientens helsetjeneste



Helse- og omsorgsdepartementet

Trygge sykehus og bedre
helsetjenester, uansett hvor du bor

Gjennomgående budskap

- Samhandlingsreformen – retningsreform, meldingene – innholdsreform
- **Vi skal lage pasientens helsetjeneste:**
 - Pasientene skal ha en mer aktiv rolle i sin egen behandling
 - Pasientene skal medvirke sterkere i utformingen av tjenestene – deres kompetanse skal veie tyngre og brukes sammen med fagfolkernes kompetanse
 - Vi må lære oss å spørre: **Hva er viktig for deg?**
Ikke hva jeg mener er best for deg.
- Kvalitet og pasientsikkerhet er grunnmuren i vår helsetjeneste. Vi vil ha mer åpenhet og vi vil styre etter kvalitet
- Vi legger disse begrepene til grunn i alle meldingene: kvalitet, ledelse, kompetanse og teamarbeid som nødvendig framtidig arbeidsform

Generelle tiltak med relevans for rehabilitering

- Kompetanse – Kompetanseløft 2020
- Lederutviklingstiltak
- Tiltak rettet mot pasientforløp
 - Pakkeforløpstenkningen
 - Læringsnettverk om pasientforløp for kronisk syke og personer med rusproblemer og psykiske lidelser
 - Veileder fra Helsedirektoratet – kronisk syke
- Teamtenking: primærhelseteam og oppfølgingsteam
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet skal lage veileder
- Trygghetsstandard i sykehjem
- Forebyggende hjemmebesøk (rundskriv og veileder)
- Gjensidig veiledningsplikt
- Digitalisering - velferdsteknologi

Kompetanse - kompetanseløft 2020

- Store kompetanseutfordringer - å påvirke kompetansen i tjenestene er helt avgjørende, men ofte en langsiktig og komplisert prosess
- Gjeninnføre kompetansekrav i helse- og omsorgstjenesteloven - vært på høring
- Krav om å være spesialist i allmenntjenestemedisin eller under spesialisering for å være fastlege - på høring
- Mer grunnleggende endringer som ønskes:
 - Utrede om utvalgte helsefaglige utdanninger holder tilstrekkelig kvalitet
 - Vurdere om innholdet i dagens videreutdanninger for sykepleiere møter behovet i tjenestene
 - Utrede etablering av en eller flere kliniske videreutdanninger på masternivå tilpasset kommunenes behov, i første omgang for sykepleiere
 - Offentlig spesialistgodkjenning for sykepleiere med slike masterutdanninger?

Ledelse

- Lederutdanningen i regi av BI; Nasjonal lederutvikling for primærhelsetjenesten
- Samarbeid om lederutvikling mellom KS og Nasjonal lederutdanning (NLU) – piloter i 2017
- KS/Agenda Kaupang 2016 rapport om ledelse av fastlegene i kommunene
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet skal lage veileder

Koordinerte og helhetlige pasientforløp

- *Pasientforløp*: den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenesten i løpet av en sykdomsperiode
- *Gode pasientforløp*: tjenestene tar utgangspunkt i brukerens ulike behov og mål for eget liv, oppsummert kunnskap om hvilke tiltak som har god effekt, og ved at tjenestene gis koordinert i en planlagt og mest mulig uavbrutt kjede
- *Koordinert*: de ulike elementene i pasientforløpet samhandler på en god og effektiv måte
- *Helhetlig*: pasienten møtes som et helt menneske. Det vil si at alle pasientens ulike helse- og omsorgstjenestebehov ivaretas med utgangspunkt i pasientens egne mål og ønsker

Primærhelseteam (1)

- En utvidet fastlegepraksis
- Kjernen i teamet er allmennlege, sykepleier og administrativt personell
- Utgjør befolkningens primære kontaktpunkt med helse- og omsorgstjenesten, dvs fastlegenes rolle i dag
- Et tilbud til alle
- Kan knytte til flere personellgrupper, avhengig av praksisens størrelse

Primærhelseteam (2)

- Bedre tilgjengelighet, bredere tjenestetilbud, riktigere bruk av kompetanse
- Særlig viktig for brukere med kronisk/langvarig sykdom, NCD og andre, alle som trenger systematisk oppfølging og opplæring
- Legenes ressurser skal prioriteres til brukere med medisinsk krevende behov
- Forutsetter endringer i regelverk og finansiering som må utredes
- Helsedirektoratet utreder pilotforsøk – oppstart 2018

Oppfølgingsteam

- Pasienter med store og sammensatte behov som trenger flere tjenester og (som regel) oppfølging i eget hjem
- Gruppen av personer som yter disse tjenestene utgjør pasientens oppfølgingsteam
- Må ha koordinator og vil ha rett på individuell plan
- Fastlegen alltid en viktig samarbeidspartner/del av teamet
- Oppfølgingsteam mot ulike målgrupper og med ulike formål, for eksempel rehabilitering
- Veileder fra Helsedirektoratet: beskrive gode forløp, oppfølgingsteam, risikostratifisering, proaktiv og populasjonsrettet tilnærming
- Vurderer pilot

Formål med opptrappingsplanen

- Vise ønsket utvikling
- Bidra til at kommunene skal ta større ansvar større ansvar for feltet
- Sikre god ivaretagelse av tilbudet i spesialisthelsetjenesten
- Styrke brukerperspektivet
- Bedre kvalitet, samhandling og koordinering mellom nivåene
- Få til nødvendige endringer i arbeidsformer og kompetanse
- Større vekt på aktiv omsorg, egenmestring og hverdagsrehabilitering
- Rehabilitering rus og psykisk helse ivaretas i egne løp

Forslag i statsbudsjettet

- 200 mill. kroner:
 - 100 mill. kroner i kommunenes frie inntekter
 - 91 mill. kroner kommunalt stimuleringsstøtte
 - 4 mill. kroner til fylkesmennene
 - 5 mill. kroner til ParkinsonNet; modell fra Nederland for bedre behandling og oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer
- Det legges opp til at statlige stimuleringsmidler gjennom opptrappingsplanen økes til 300 mill. kroner innen 2019

Tiltak i kommunene

- Tydeliggjøre kommunal plikt til pasient- og brukeropplæring i helse- og omsorgstjenesteloven
- Lettere tilgang til logoped
- Antallsbegrensing hos kiropraktor oppheves ved kroniske muskel- og skjelettplager
- Individuell plan - nytt informasjonsmateriell fra Barne- ungdoms- og familiedirektoratet
- Askim – prosjektet med 5 mill kroner
- Kompetansekrav i lov (ergoterapeut og psykolog)
- Samlet tilskudd til frisklivs-, lærings- og mestringstilbud

Fysioterapi

- Utfordringer:
 - Lang ventetid på fysioterapi og manglende styring av avtalefysioterapeutenes virksomhet og prioritering
 - Vilkår for fastlønnstilskudd harmonerer ikke med dagens utvikling av tjenesten
- Varslede tiltak:
 - Lage forskrift som regulerer avtalefysioterapeutenes virksomhet; kvalitets- og funksjonskrav. Høring 2017
 - Vurdere innføring av direkte tilgang til fysioterapeut
 - Utrede muligheten for at kommunene kan tildeles fastlønnstilskudd også når fysioterapeuten har driftsavtale med kommunen for å gjøre fysioterapitjenesten mer fleksibel for kommunene

Hverdagsrehabilitering

- Intensiv, tverrfaglig og målrettet prosess for å bistå bruker i å gjenvinne evnen til å mestre de daglige aktivitetene selv
- Hjemmetjenestens brukere
- Tidlig tverrfaglig kartlegging av rehabiliteringspotensial
- Tverrfaglig team (fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, vernepleiere, sykepleiere og hjemmehjelpere)
- Sterkere involvering av hjemmetjenestene i rehabiliteringsarbeidet
- Hjemmet og eller nærmiljøet som trenings- og læringsarena

Stavanger kommune

- 300 færre brukere i hjemmesykepleien i 2015 sammenlignet med 2012, etter at hverdagsrehabilitering var satt i system i kommunen
- I samme periode 450 færre brukere av hjemmehjelp
- 102 kommuner gjør seg nå praktiske erfaringer, og mange kommuner planlegger oppstart

Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

- Flere oppgaver til kommunene, men først etter heving av kapasitet og kompetanse
- Spesialisthelsetjenesten skal ivareta og videreutvikle sine tilbud
- Videre arbeid med samhandling og koordinerte pasientforløp
- Spesialisthelsetjenesten må bidra til å redusere variasjon i tilbudet

Tiltak i spesialisthelsetjenesten

- Revidert retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag og pakkeforløp for hjerneslag
- Fritt rehabiliteringsvalg, omfatter sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner med avtale med RHF
- Ny prioriteringsveileder for fysikalsk medisin og rehabilitering
- Økt veiledning fra spesialisthelsetjenesten – ambulant virksomhet
- 57 mill. kroner overføres til HODs budsjett for arbeidsrettet rehabilitering
- Prosjekt St. Olav for pasienter med langvarige smerte- og/eller utmattelsestilstander
- Bedre tilbud til barn med hjerneskerader – nasjonalt prosjekt 13,7 mill. kroner

ParkinsonNet

- Systematisk utdanning og opplæring av aktuelle fagprofesjoner bl.a. ved bruk av faglige retningslinjer
- God informasjon til pasienter og pårørende; lærings- og mestringskurs, brosjyrer og web-basert informasjon
- Etablering av effektiv kommunikasjon mellom behandlere i spesialisthelsetjenesten og kommunen, pasienter imellom og ev. også mellom pasienter og behandlere
- Monitorering og publisering av relevante data om behandlingstilbudet, effekt av tiltak og intervensjoner
- 5 mill kroner


Ansvarsdelingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten

- For de fleste brukere vil tyngdepunktet av tjenestene ligge i kommunen. Det er der de lever og skal mestre sine liv
- "Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet" (Helsedirektoratet IS-1947- 2012).
- Veileder for rehabilitering (Helsedirektoratet 2015)
- Endelig konkretisering av ansvarsdelingen må skje lokalt gjennom de lovpålagte samarbeidsavtalene. Habilitering og rehabilitering skal beskrives i disse samarbeidsavtalene.

Avklaring av ansvar og oppgaver

Modell for avklaring av ansvar og oppgaver

I rapporten "Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet", (Helsedirektoratet 2012), ble det lansert en visuell modell til hjelp i slike avklaringsprosesser. Det er en vektmodell som tar utgangspunkt i pasientens og brukerens behov, og som kan bidra til å klargjøre hvor hovedtyngden av tilbudet bør ligge.

Kommune	 Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.	Spesialisthelsetjeneste
Behov for tverrfaglig breddekompetanse?		Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for bredt sammensatt tverrfaglig team samlet på ett sted?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for intensiv oppfølging?
Behov for nærhet til brukers <u>livsarena</u> ?		Behov for nærhet til spesialisert, medisinsk kompetanse?
Behov for erfaring knyttet til store diagnosegrupper og relativt hyppig forekommende problemstillinger?	Behov for erfaring knyttet til smalere og mer spissede problemstillinger?	

Tilbud som bør ytes i kommunene

- Tilbud til pasienter og brukere med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene, for eksempel:
 - Muskel- og skjelettsykdommer
 - Livsstilssykdommer
 - Lettere psykiske lidelser
 - Diabetes
 - Kols
 - Kreft
 - Rehabilitering i senere fase innen hjerte- og karsykdommer, herunder hjerneslag
 - Rehabilitering ved mindre omfattende behov etter ortopedisk behandling
- Videre anbefales at kommunene styrker tilbudet innen sansetap, læring og mestring og endring av levevaner