

# Oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten innen rehabilitering

## Bakgrunn

Arbeidet med å se på oppgavefordelingen startet i 2017, med bakgrunn i et mandat godkjent i OSU 29.11.2017. Mandatet ga to føringer:

1. Få på plass en arena for å bli enige om samarbeid, evt med en representant fra hver region (10) og med representasjon fra SI.
2. Lage en beskrivelse av hvordan en skal håndtere gråsoneproblematikken.

Det har vært en prosess hvor SI har vært representert med flere fra divisjon rehabilitering, divisjon samhandling og kommunene har deltatt med en person hver, kalt Samhandlingsforum rehabilitering. Det er gjennomført 2 fysiske samlinger, hvor alle hvor vært invitert. I tillegg er det opprettet en mindre arbeidsgruppe, Rehabiliteringsutvalg Innlandet, som består av en kommunal representant for hver region, i tillegg til sykehusets ansatte. Arbeidet er godt forankret på faglig nivå, både i kommuner og sykehus, og må gjøres kjent i kommuner og sykehus når det er godkjent av OSU.

Dokumentet behandles i OSU 10.12.2020, og arbeidsgruppen kan på sikt bli et naturlig fagutvalg i strukturen Helsefellesskap Innlandet.

## Generelt

Anbefalingene i [«Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator»](#) har vært retningsgivende arbeidet som er gjort. Denne bygger på veilederen fra 2012. [Opptappingsplan for rehabilitering og habilitering](#) beskriver også behovet for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommune.

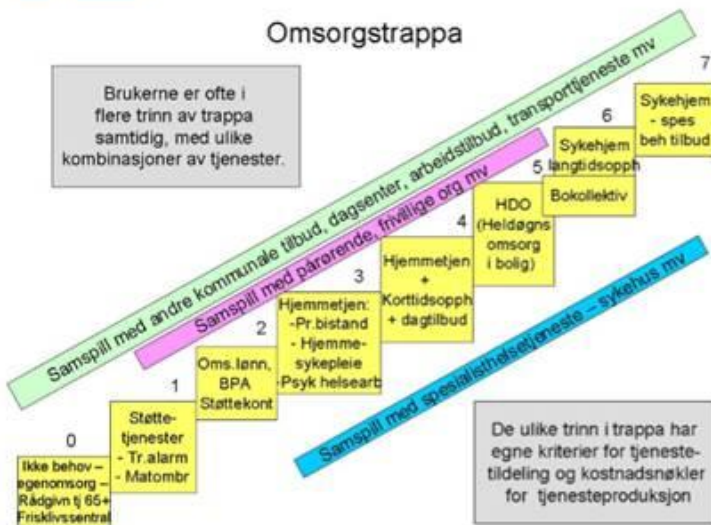
Den demografiske utviklingen krever tjenesteutvikling og faglige tilnærminger som i økt grad tar hensyn til multimorbiditet og flere sammensatte lidelser. Som en følge av dette må tjenestene legges mer opp til individuelle forløp ut fra brukerens behov og funksjon.

Individuell plan (IP) og koordinator bør etableres og benyttes i større grad og ha en form som dekker brukers behov. Oversikt og koordinering av eget rehabiliteringstilbud er sentralt for de fleste mennesker med behov for rehabilitering. Likepersonarbeid bør videreutvikles. Myndiggjøring av brukeren legges til grunn for utforming av tiltak.

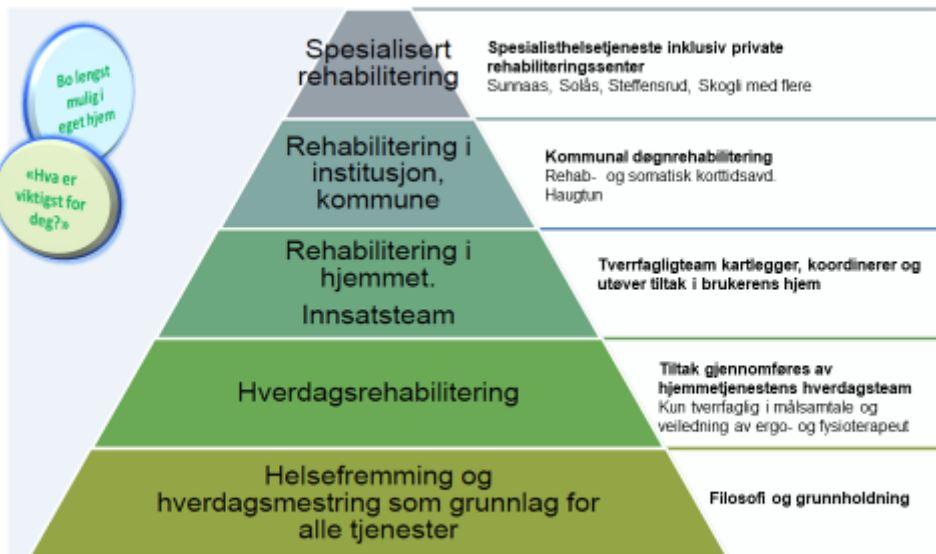
Samarbeidsavtaler og tilhørende samarbeidsrutiner skal gjøres kjent og følges i praksis når pasienter overføres mellom forvaltningsnivåene. *Samhandlingsforum rehabilitering* bør ha jevnlig møtepunkter for å fange opp og avklare oppgavedeling innen rehabilitering.

Alle aktører bør ha tilgang på digitalt videokonferanseutstyr tilknyttet Norsk Helsenett.

## Omsorgstrappa



## Rehabiliteringspyramide



Forebygging:  
Frisklivsentralen og Rådgivingstjeneste 65+  
Fastlegjetjenesten

Bildene er hentet fra Gjøvik kommune sitt arbeid med å konkretisere rehabiliteringsområdet. De viser hvordan Gjøvik tenker seg ulike aktører inn i rehabiliteringspyramiden.

## Fastlegene

Fastlegene i kommunene har en viktig rolle i rehabiliteringen.

Enkelte pasientgrupper, f. eks. muskel-skjelettsykdommer og diabetes II, er ofte godt fungerende og ønsker ikke tilbud inn i tradisjonelle tilbud i kommunal rehabilitering. Disse gruppene har fastlegen et spesielt ansvar for.

For pasienter med rehabiliteringsbehov må fastlegen involvere seg og må involveres. Fastlegen bør inviteres til samarbeidsmøter, men må selv prioritere deltakelse.

Ikke alle fastleger kjenner godt nok til tilbudet i egen kommune og velger vante løsninger, som f. eks. henvisning til Regional Koordinerende Enhet (KE). For å øke kunnskapen, bør kommunene og Sykehuset Innlandet synliggjøre tilbudet sitt bedre. Fastlegene har bedre oversikt over tilbudet i mindre kommuner.

Praksiskonsulentene ønsker mer samarbeid, dette kan f. eks. gjøres gjennom;

- Inviteres til å delta i tverrfaglig samarbeid. Forutsetter enkle løsninger for fastlegene
- Øke bruk av PLO-meldinger, forutsetter at kommunen selv videresender internt (unngå merarbeid for fastlegene)
- Kan sende forespørsel til fysio-ergo eller KE/tildelingskontor

Mange fastleger har mange pasienter på sine lister. Primærhelseteam, eller andre organisatoriske grep som øker samarbeidet mellom fastleger og andre faggrupper, kan frigjøre tid, spesielt ved større legekontor. Brukerutvalget ser positivt på dette, for å kunne ivareta oppgaver som ikke må gjøres av lege.

## Sykehuset Innlandet

Sykehuset Innlandet bør sikre tidlig oppstart av rehabilitering i akuttposter og i rehabiliteringsavdeling, samt ha tilbud om ambulant tjeneste som sikrer god overføring til kommunene. Sykehuset Innlandet sikrer kommunikasjon med kommunen om utskriving av pasienter og nødvendig kompetanseoverføring.

Digitalt utstyr bør benyttes i større grad, slik at fysisk frammøte kan prioriteres når det er behov for det.

Sykehuset Innlandet bør lage klar «kurspakker» for de ulike skolene hjerteskoole, kols-skole, diabetes-skole osv. som kommunene kunne benytte, f. eks etter modell fra pårørendeskolen ved demens sykdom, som nå drives regionalt/interkommunalt i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelse. Dette kan være et godt supplement til det desentraliserte tilbudet.

Ved behov for tiltak i en periode mellom akuttopphold og rehabiliteringsopphold, bør dialog med kommunen etableres for å sikre riktig tidspunkt for oppstart av rehabilitering

Koordinerende enhet må fungere i henhold til lovkrav og være synlig og lett tilgjengelig for kontakt og informasjon til en gitt adresse. Kontaktinformasjon bør være godt synlig på Sykehuset Innlandets nettside.

## Kommunene i Innlandet

Kommunene i Innlandet bør sikre differensierte og tverrfaglige rehabiliteringstilbud som ivaretar innbyggernes behov, og bør ha tilgjengelig de tilbud som beskrives i veilederen. Ikke-diagnoserettede tilbud som kan favne flere brukergrupper bør videreutvikles, og i så stor grad som mulig være individuelt tilpasset.

Kommunene kan eventuelt se på mulighet for å etablere samarbeid med andre kommuner for å kunne gi tilstrekkelig faglig tilbud i definerte rehabiliteringssenger, ambulant virksomhet, lærings- og mestringstilbud. Det er allerede i dag flere regioner som har slik samarbeid, både formalisert og ikke formalisert. Digitalt utstyr bør være tilgjengelig og benyttes ved lange avstander.

Koordinerende enhet må fungere i henhold til lovkrav og knyttet til en gitt adresse.  
Kontaktinformasjon gjøres lett tilgjengelig på kommunens nettside.

Kommunens tilbud om rehabilitering bør være tydelig og lett tilgjengelig på kommunens nettside.

## Diagnosespesifikk oppgavefordeling

Gruppen mener det er hensiktsmessig å omtale noen utvalgte diagnosegrupper. Dette kan virke lite hensiktsmessig, i lys av at det tidligere i dokumentet er omtalt at ikke-diagnoserettede tilbud bør videreutvikles i kommunene, men er ment å tydeliggjøre begge forvaltningsnivåers ansvar. Dokumentet kan brukes i kommuner og sykehus for å konkretisere eget tilbud til rehabiliteringspasienter og samhandlingen om disse.

### Ervervede skader

#### Hjerneslag - Milde og moderate

Hjerneslag - milde og moderate		
Spesialisthelsetjenesten	Felles ansvar	Kommunehelsetjenesten
Ambulant eller fysisk veiledning i kommunene	Utredning og kartlegging, herunder kognitive vansker	Kommunal døgnerhet
	Pasientforløp	Hjemmerehabilitering
	Pakkeforløp	

Personer med milde og moderate hjerneslag bør som hovedregel ha rehabilitering i hjemmet etter utskrivelse fra slagenheten, eventuelt i døgnerhet i kommunal eller interkommunal regi. Videre utredning og kartlegging bør skje i et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Ved utredning og oppfølging av kognitive vansker bør det vurderes et tverrfaglig samarbeid mellom kommune og Sykehuset Innlandet.

*Pasientforløp hjerneslag og Pakkeforløp hjerneslag fase 2 rehabilitering* bør følges for å sikre koordinering, helhetlig forløp, kompetanseoverføring og videre rehabilitering etter utskrivelse fra sykehus. Behov for ambulant eller fysisk tilstedeværende veiledning inngår i dialogen mellom forvaltningsnivåene.

#### Hjerneslag - Alvorlige og komplekse

Hjerneslag - alvorlige og komplekse		
Spesialisthelsetjenesten	Felles ansvar	Kommunehelsetjenesten
Primær-rehabilitering	Unngå brudd i pasientforløpene	Kommunal døgnerhet
Ambulant og/eller digital veiledning	Pasientforløp	Hjemmerehabilitering
	Pakkeforløp	

Personer med komplekse hjerneslag bør ha primærrehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Det må være et tett samarbeid mellom tjenestenivåene for å sikre koordinerte pasientforløp og videreføre rehabilitering i tråd med *Pasientforløp hjerneslag og Pakkeforløp hjerneslag fase 2 rehabilitering*. Det er vesentlig at man unngår brudd i pasientforløpet for å sikre best mulig effekt av rehabiliteringen for den enkelte bruker. Kompleksitet i rehabiliteringen er stor for personer med alvorlig hjerneskade, og det bør være tilgjengelig tilbud om døgnerbasert tverrfaglig rehabiliteringstilbud i kommunen etter

utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten. Volumkompetanse vil være utfordrende å bygge opp i kommunene for denne målgruppen. Kommunene kan vurdere å etablere døgnplasser for rehabilitering som et interkommunalt tilbud, for å ivareta rehabiliteringskompetansen.

Behov for ambulant tjeneste og videobasert veiledning bør vurderes og inngå i dialogen i overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og hjemkommunen.

#### Alvorlig hjerneskade

Alvorlig hjerneskade		
Spesialisthelsetjenesten	Felles ansvar	Kommunehelsetjenesten
Primær-rehabilitering	Unngå brudd i pasientforløpene	Kommunale døgnenhet
Ambulant og/eller digital veiledning		Hjemmerehabilitering

Personer med alvorlig hjerneskade bør ha primærrehabilitering i spesialisthelsetjenesten (har ofte en fase på Sunnaas sykehus). Det bør være tilgjengelighet til døgnbasert tverrfaglig rehabiliteringstilbud i kommunal regi i etterkant av døgnopphold i spesialisthelsetjenesten. Kommuner som ikke alene ser seg i stand til å bygge opp et døgntilbud, bør søke samarbeid med andre kommuner. Det bør være tilbud om tett oppfølging med ambulant tjeneste, eller digital oppfølging når det er hensiktsmessig, fra Sykehuset Innlandet i samarbeid med kommunale tjenester etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten.

Pasientforløp for pasienter med alvorlig traumatisk hjerneskade bør ses i sammenheng med andre sammenliknbare grupper (anoxisk hjerneskade, svært alvorlig hjerneskade). Volumkompetanse vil være utfordrende å bygge opp i kommunene for denne målgruppen.

#### Benamputasjoner

Benamputasjoner		
Spesialisthelsetjenesten	Felles ansvar	Kommunehelsetjenesten
Primær-rehabilitering	Utarbeide undervisningsmateriell (fysisk og digital løsning)	Opptrening i protese-bruk
Protesetilpasning		Hjemmerehabilitering

Pasientgruppen bør ha primærrehabilitering i spesialisthelsetjenesten, inkludert protesetilpasning. Ytterligere rehabilitering i spesialisthelsetjenesten vurderes individuelt. Kommunen følger opp opptrening i bruk av protese og tilpassede tilbud i hjemmet.

Utarbeidelse av undervisnings- og e-læringsmateriell bør skje i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

#### Ryggmargsskader

Ryggmargsskader
-----------------

Spesialisthelsetjenesten	Felles ansvar	Kommunehelsetjenesten
Primær-rehabilitering Sunnaas oppretter kontakt med hjemkommunen Kontroll-opphold på Sunnaas	Utarbeide undervisningsmateriell (fysisk og digital løsning)	Følge opp rehabilitering lokalt

Koordinator og IP bør vurderes for å fange opp andre behov enn det som tradisjonelle kommunale tjenester tilbyr.

## Kroniske sykdommer

### KOLS

KOLS		
Spesialisthelsetjenesten	Felles ansvar	Kommunehelsetjenesten
Utredning	Sikre gode overganger i fellesskap	Tverrfaglig oppfølging
Kartlegging av rehabiliteringspotensiale		Mestringstilbud
Intensive opphold ved forverringsperioder		Samarbeid med fastlege
Gruppetrening med mulighet for overnatting ved lang reiseveg		

Tilbud om utredning og kartlegging av rehabiliteringspotensial bør gis i spesialisthelsetjenesten, samt korte og intensive opphold etter forverringsperiode.

Gruppetilbud med undervisning, trening og erfaringsutveksling bør tilbys på dagbasis og med overnattingsmuligheter ved lange avstander. Veiledning/opplæring, evt ambulans/videobasert oppfølging bør inngå i tilbudet.

Kommunene, fastlegene og spesialisthelsetjenesten bør sikre gode overganger og samarbeide om planlegging av videre oppfølging lokalt.

Kommunene bør ha tilbud om tverrfaglig oppfølging med opptrening og mestringsaktiviteter, i tett samarbeid med fastlegen.

### Diabetes II

Diabetes II		
Spesialisthelsetjenesten	Felles ansvar	Kommunehelsetjenesten
Bistå digitalt ved utarbeidelse av tilbud	Sikre gode overganger i fellesskap	Gruppebasert lavterskeltilbud
		Opplæringstiltak

Gruppebaserte lavterskeltilbud- og opplæringstiltak etableres i kommunene med ressurser fra ulike fagmiljøer og frisklivssentralene. Sykehuset Innlandet bør på forespørsel bistå gjennom digitale løsninger ved etablering av slike tilbud.

## Sykelig overvekt

Sykelig overvekt		
Spesialisthelsetjenesten	Felles ansvar	Kommunehelsetjenesten
Videre behandling ved behov for f. eks. operasjon		Tverrfaglig utredning med fastlege i spissen
		Lavterskeltilbud, mestring og livsstilsendring

Tverrfaglig utredning og utprøving av tiltak gjennomføres i tett samarbeid mellom fastlege og kommunal helsetjeneste. Fastlege henviser til spesialisthelsetjenesten for videre behandling, f. eks. operasjon, ved behov. Fastlege og kommunehelsetjeneste har ansvar for oppfølging i etterkant.

Det bør være tilbud om kommunale lavterskeltilbud med fokus på mestring og livsstilsendring.

## Muskel-skjelett

Muskel og skjellet		
Spesialisthelsetjenesten	Felles ansvar	Kommunehelsetjenesten
Videre utredning i spesialisthelsetjenesten - vurdere ambulante avklaringsbesøk i kommunen før en tyngre utredning igangsettes.		Fastlegen
		Funksjonsrettede kurs/ tilbud

Mange i denne pasientgruppen ønsker ikke hjelp av kommunehelsetjenesten, fastlegen har derfor en viktig rolle i å følge opp disse. Hovedvekten av målgruppen bør benytte vanlige behandlings- og treningsaktiviteter i kommunal, privat eller frivillig regi. Utvikling av tilbud om funksjonsrettede og temabaserte kurs (ikke diagnoserettede) gjennom Frisklivssentralene anbefales. Kommunene bør ha lavterskeltilbud med fokus på fysisk aktivitet og mestring.

Informasjon om relevante tilbud bør være synlig og lett tilgjengelig. Tiltak bør foregå i tett dialog mellom fastlege, KE/tildelingskontor og kommunale/private tilbud.

## Kreft

Kreft		
Spesialisthelsetjenesten	Felles ansvar	Kommunehelsetjenesten

Videreutvikle Pusterommet, også digitalt		Gruppebaserte opplæringstiltak
Digitale mestringstilbud		Personlig koordinator eller kreftkoordinator
Senfase rehabilitering		IP

Kommunale lærings- og mestringstilbud bør ha ansvar for generelle gruppebaserte opplæringstiltak for brukere med kreft. Personlig koordinator bør etableres til de med langvarige behov eller senskader, og ved behov opprettes Individuell plan. Kommunen må ha oversikt over hvilke tilbud som finnes og henviser til spesialisthelsetjenesten, f. eks ved behov for senfase rehabilitering.

Spesialisthelsetjenesten, ved tilbud som *Pusterommet*, bør videreutvikle digitale løsninger i samarbeid med kommunale/interkommunale fagmiljøer for informasjon og opplæring i hele Innlandet. SI bør se på mulighet for å videreutvikle digitale mestringkurs også for de som får senskader, slik det er gjort innenfor fatigue.

## Hjerte

Hjerte		
Spesialisthelsetjenesten	Felles ansvar	Kommunehelsetjenesten
Hjertescole i tidlig fase etter infarkt/ operasjon		Lavterskeltilbud

Kommunale lavterskeltilbud (ikke diagnosespesifikke) med fokus på fysisk aktivitet bør være tilgjengelig. Mindre kommuner bør vurdere interkommunalt samarbeid om tilbud.

Hjertescole, trening og informasjon bør være tilgjengelig i tidlig fase etter infarkt eller operasjon ved behov for tilvenning til ny livssituasjon og i kontrollerte former med medisinsk faglig hjelp tilgjengelig.

## Andre pasientgrupper

### Progredierende neurologiske lidelser

Progredierende neurologiske lidelser		
Spesialisthelsetjenesten	Felles ansvar	Kommunehelsetjenesten
Utredning og diagnostisering		Oppfølging i etterkant av utredning, i tett samarbeid med fastlege
Spesialisert rehabilitering		Henviser ved funksjonsfall

Utredning og diagnostisering samt vurdering av behov for spesialisert rehabilitering gjøres ved neurologisk avdeling i Sykehuset Innlandet. Kartlegging og spesialisert rehabilitering bør være tilgjengelig tilbud ved sjeldne eller komplekse tilstander. Eksempler kan være Multippel sklerose, Parkinson, Amyotrofisk Lateral Sklerose, Huntington.



Videre oppfølging bør foregå i kommunal regi og i tett samarbeid med fastlegen. Henvisning til spesialisthelsetjenesten vurderes ved behov for veiledning eller intensiv opptrening etter tydelige funksjonsfall.

#### Lårhalsbrudd, hofte- og kneopererte

Rehabiliteringsbehov vil som regel være aktuelt for eldre eller personer med tilleggs-utfordringer. Hovedvekten av rehabilitering for denne gruppen bør foregå kommunalt. Total helsesituasjon vil være avgjørende for om rehabilitering kan foregå i hjemmet, hos fysioterapeut på institutt eller på institusjon i kommunen.

Fastlegens rolle er viktig for å fasilitere at opptreningstilbud igangsettes raskt.

#### Hjemmeboende eldre

Rehabilitering i hjemmet er viktig for målgruppen med fokus på hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering i kommunal tjenesteyting.

Kommunene kan samarbeide om intensivt tilbud i rehabiliteringsavdeling i spesialisthelsetjenesten. Fastlegen vurderer henvisning til spesialisthelsetjenesten ved sammensatt problematikk og ved behov for spesialisert kompetanse til utredning og kartlegging.

#### Sammensatte lidelser somatikk-rus/psykisk helse

Universelle tiltak i kommunal regi bør være synlige og lett tilgjengelige, for eksempel i Frisklivssentraler og virksomhetsområder som har ansvar for rus og psykiatri.

Samarbeid om tiltak og kompetanseheving på tvers av somatikk og psykisk helsevern bør fokuseres.