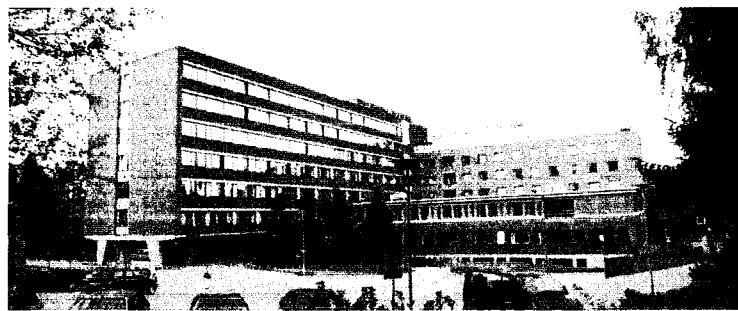


# Prosjekt "Interkommunal/statlig rehabiliteringssamarbeid" 1.1.04 – 31.12.05



## Sluttrapport

Sykehuset Innlandet HF  
Divisjon Kongsvinger

Mars 2006

Heidi Svarlien Duun  
Eirik Sandberg

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>4</b>
2.1	BAKGRUNN FOR DET INTERKOMMUNALE REHABILITERINGSPROSJEKTET .....	4
<b>3</b>	<b>RAPPORTMETODE</b> .....	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>OM AVDELINGEN</b> .....	<b>5</b>
4.1	DRIFTSÅRET .....	5
4.2	PLASS I ORGANISASJONEN .....	5
4.3	BELIGGENHET .....	5
4.4	BEMANNING .....	5
4.5	PLASSFORDELING .....	6
4.6	SØKNAD.....	6
4.7	SAMARBEID .....	7
4.7.1	<i>Tilsynsforum</i> .....	7
4.7.2	<i>Legevisitt</i> .....	7
4.7.3	<i>Rehabiliteringskoordinatorene i kommunene</i> .....	7
4.7.4	<i>Tverrfaglige møter</i> .....	8
4.7.5	<i>Primærgruppe</i> .....	8
<b>5</b>	<b>ØKONOMI</b> .....	<b>9</b>
5.1	RESULTATREGNSKAP.....	9
5.2	PRIMÆR OG SEKUNDÆR REHABILITERING.....	9
<b>6</b>	<b>LOVVERK</b> .....	<b>10</b>
6.1	PASIENTRETTIGHETSLOVEN.....	10
6.1.1	<i>Individuell frist</i> .....	10
6.1.2	<i>Subsidiær rett til behandling</i> .....	10
6.1.3	<i>Retten til fritt sykehusvalg</i> .....	10
<b>7</b>	<b>EVALUERING</b> .....	<b>11</b>
7.1	ORGANISERING .....	11
7.2	SAMARBEID .....	11
7.3	SAMARBEID INNAD PÅ SYKEHUSET .....	11
7.4	SØKNADER/INNLEGGELSER.....	12
7.5	KOMMUNENES VURDERINGER AV REHABILITERINGSTILBUDET I PROSJEKTPERIODEN .....	13
7.6	ØKONOMI .....	13
7.7	LOVVERK.....	14
<b>8</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>14</b>
	<b>VEDLEGG</b> .....	<b>15</b>

## 1 Sammendrag

Wisløff-utvalget (NOU 2005:03) foreslo forsøk med utførerenheter i felles eie mellom kommuner og foretak som skulle yte både første- og andrelinjetjenester. Utvalget anbefaler også at de regionale helseforetak og kommuner i større grad må understøtte samhandling med lokalt tilpassede finansieringsordninger. Det interkommunale rehabiliteringsprosjektet mellom sykehuset og de fire kommunene som startet 1.1.04, varte i 2 år, og er således helt i tråd med de intensjoner og de anbefalinger dette utvalget gav.

Prosjektet har vært preget av bredt tverrfaglig samarbeid innad på sykehuset, og et tett samarbeid med kommunene. Dette har gitt et kvalitativt godt rehabiliteringstilbud til mange pasienter. Evalueringen viser at svært mange pasienter kan fortsette å bo hjemme etter å ha høynet funksjonsnivået gjennom et opphold på rehabiliteringsavdelingen, noe mange mener gir økt livskvalitet. Samfunnsøkonomisk gir dette også en stor gevinst i form av mindre press på sykehjemsplasser.

Vi ser at det i løpet av en 2-års prosjektperiode har oppstått en del økonomiske utfordringer som må løses på mer overordnet/sentralt nivå for om mulig å få til et såpass omfattende samarbeid som rehabilitering er. Følgende ser vi bør forandres:

- Finansieringen av rehabilitering må styrkes både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
- Hvis pasienter overføres rehabiliteringsavdelingen fra andre avdelinger på sykehuset, er ISF-systemet utformet slik at inntektene for rehabiliteringsoppholdet, tilfaller den avdelingen som ender opp med hoveddiagnosen for pasienten. Finansieringsmodellen må gjøres slik at inntekter for rehabilitering tilfaller rehabiliteringsavdelingen og ikke moderavdelingen. Dette vil gi en langt mer oversiktlig økonomisk situasjon.
- Man trenger finansieringsmodeller som gjør at ISF-finansiering og kommunale rammetilskudd hver for seg ikke stopper for et samarbeid, og det må tilrettelegges slik at finansieringsmodellene for kommunene og spesialisthelsetjenesten samordnes bedre.
- Lovverket må åpne opp for samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Pasientrettighetsloven setter i dag begrensninger for denne type samarbeid.

Det er all grunn til å påpeke at alle de føringer og forslag som Stortinget og våre eiere ønsker skal bli utprøvd og gjennomført, ikke følges opp av ordninger som vil kunne gjøre det mulig å realisere ønsket samhandling på tvers av de ulike nivåer i helsevesenet.

## **2 Innledning**

### **2.1 Bakgrunn for det Interkommunale rehabiliteringsprosjektet**

Kongsvinger sykehus fikk i 1995 støtte fra Sosial- og helsedepartementet til følgende enkeltprosjekter:

1. Rehabiliteringssenger til slagenhet, kalt delprosjekt "slagrehab".
2. Dagrehabilitering av slagpasienter, kalt delprosjekt "dagslag".
3. Opprettelse av et rehabiliteringsteam, kalt delprosjekt "rehab.team".

Fra 1.1.1999 ble disse tiltakene avsluttet som prosjekter, men ble videreført som en del av sykehusets tilbud innenfor det vanlige fylkeskommunale budsjett. Fylkeskommunen styrket rammen, slik at man kunne videreføre sykehusets rehabiliteringsvirksomhet. Da innsatsstyrt finansiering, ISF, ble innført, ble virksomheten godkjent som en rehabiliteringsenhet innenfor denne finansieringsordningen.

Sykehuset hadde alle de faggrupper som det var krav om, og drev avdelingen innenfor de retningslinjer som gjaldt for å kunne få finansiering både for enkel- og kompleks rehabilitering.

Problemet med rehabilitering, er at dette er en virksomhet som er sterkt underfinansiert i ISF. I forbindelse med budsjettprosessen til budsjett 2004, så var et av alternativene i forbindelse med pålegg om innsparing, å legge ned rehabiliteringsenheten ved sykehuset for å spare penger.

Samtidig var det en omfattende planlegging i forbindelse med KSU A/S ( Kongsvinger sykehus utvikling ), hvor det blant annet skulle legges til rette for samarbeid om rehabilitering mellom interkommunal- og spesialisthelsetjenesten ( SIHF Kongsvinger). Det var gitt signaler fra staten om at distriktsmedisinske sentre skulle kunne finansieres gjennom ISF, og at det skulle komme bedre løsninger for finansiering av rehabilitering.

Kommunestyrene i Eidskog, Nord Odal og Kongsvinger vedtok i 2002 å sette i gang interkommunal rehabiliteringssamarbeid fra 2003, ved å etablere Gnisten Rehabiliteringssenter på Hebergheimen i Kongsvinger. Dette ble utsatt på grunn av manglende fristilling av lokaler, samt at kommunene Eidskog og Nord Odal ikke fant midler til å kunne delta i samarbeidet på dette tidspunkt.

I stedet for å stenge rehabiliteringsseksjonen ved sykehuset, ble kommunene Sør Odal, Nord Odal, Nes, Kongsvinger, Eidskog og Grue invitert til å delta i et Interkommunalt rehabiliteringsprosjekt.

Det ble inngått en samarbeidsavtale mellom SIHF Kongsvinger og kommunene Nord Odal, Kongsvinger, Eidskog og Grue. For å gjennomføre prosjektet, gikk kommunene inn og finansierte deler av driften. På den annen side fikk kommunene en viss råderett over plassene.

Prosjektperioden ble satt til to år, 1.1.04 – 31.12.05.

### **3 Rapportmetode**

Det ble ikke gjennomført en systematisk evaluering av prosjektet underveis i prosjektperioden, unntatt at det ble ført statistikk over alle søknader, innleggelses og utskrivelser i avdelingen. I tillegg møttes tilsynsforum 2 ganger i året hvor man evaluerte driften. Rapporten bygger på evalueringer vi har mottatt fra deltakerkommunene, evalueringer fra andre avdelinger på sykehuset, samt rehabiliteringsavdelingens egne tverrfaglige vurderinger.

### **4 Om avdelingen**

#### **4.1 Driftsåret**

Avdelingen var i drift fra første virkedag etter jul og til siste virkedag før jul. Det ble holdt stengt jul, påske og fire uker om sommeren

#### **4.2 Plass i organisasjonen**

Rehabiliteringsavdelingen var en del av medisinsk enhet, med medisinsk avdelingssjef Tom Eidlaug som nærmeste overordnede.

#### **4.3 Beliggenhet**

Avdelingen ble opprettet i 3.etg. sammen med Medisin 3. Plassmangel medførte imidlertid at man måtte dele opp Med 3 for å få plass til den nye avdelingen.

Rehabiliteringsavdelingen og Medisin 3 flyttet til 7.etg. sommeren 2004, og avdelingen var i disse lokalene resten av prosjektperioden.

Avdelingen var utstyrt som en vanlig medisinsk sengepost.

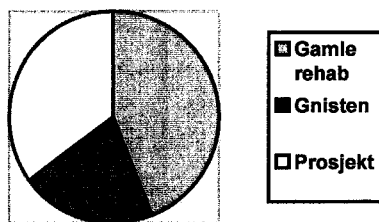
Man hadde enkelt- og dobbeltrom til pasientene, skyllerom, kjøkken, spisesal, vaktrom for personalet, kontor for avdelingssykepleier og fagutviklingssykepleier, samtalerom, logopedkontor og egen treningssal. I tillegg ble ergoterapiavdelingen i 5.etg. og fysioterapiavdelingen/basseng benyttet i sykehusets underetasje.

#### **4.4 Bemanning**

Avdelingen hadde en bemanningsplan med 31,8 årsverk.

6,6 årsverk var tilført fra Kongsvinger kommune i forbindelse med nedleggelsen av Gnisten, og 14 årsverk kom fra den gamle rehabiliteringsavdelingen. Resten av stillingene var rene prosjektstillinger.

### Fordeling stillinger:



Av disse var:

4 fysioterapeuter	3 ergoterapeuter
1,5 aktivitør	1 assistent
0,5 lege	0,5 sosionom
0,5 logoped	0,5 helsesekretær

Resten av årsverkene var fordelt på 11 sykepleiere, 13 hjelpepleiere, 1 vernepleier og 1 omsorgsarbeider som gikk todelt turnus med jobb hver tredje helg. Man hadde faste hjelpepleiere på natt.

I tillegg hadde man tilknytning til fysikalsk medisiner med opptil 3 timer /uke, samt at sykeleiedekning på natt tilkom fra Med 3.

### 4.5 Plassfordeling

Rehabiliteringsavdelingen besto av 13 døgnplasser. Avdelingens 5 dagplasser gav tilbud til 10 personer/uke, med en gruppe mandag og onsdag, og en gruppe tirsdag og torsdag. Høsten 2005 startet man dagtilbud på fredager ved "ganglab." Dette er fysikalsk trening på tredemølle med mulighet for vektavlastning.

### Fordeling plasser:

Kommune	Døgn	Dag
Eidskog	2	1 (2)
Grue	2	1 (2)
Kongsvinger	4	2 (4)
Nord Odal	2	1 (2)
SIHF Kongsvinger	3	-
<b>Totalt</b>	<b>13</b>	<b>5 (10)</b>

### 4.6 Søknad

Søknad om plass på Rehabiliteringsavdelingen ble gjort ved å fylle ut eget søknadsskjema. Det var pasienten selv som skulle søke. Søknaden skulle inneholde fullmakt til innhenting av opplysninger fra andre instanser ved behov.

For søkere som bodde i eget hjem, omsorgsbolig eller sykehjem, ble søknaden sendt til rehabiliteringskoordinator i den enkelte kommune, og søknaden ble registrert før den ble videresendt til Rehabiliteringsavdelingen.

For søkere som var inneliggende på sykehuset, ble søknaden sendt direkte til avdelingen, med kopi til den aktuelle rehabiliteringskoordinator.

Det var et eget inntaksteam i avdelingen;

Inntaksteamet besto av:

- avdelingssykepleier
- fagutviklingssykepleier
- behandlende lege ved rehabiliteringsavdelingen
- rehabiliteringskoordinatorene fra kommunene, evt. stedfortreder for disse
- fysioterapeut/ergoterapeut deltok ved behov

## 4.7 Samarbeid

### 4.7.1 Tilsynsforum

Rehabiliteringsavdelingen hadde et tilsynsforum med representanter fra SIHF Kongsvinger, deltakende kommuner og brukerrepresentant. Forumet hadde ikke myndighet til å ta beslutninger angående avdelingen, men skulle være med på å påvirke og evaluere utvikling av driften og avdelingen generelt

Tilsynsforum hadde møter 2 ganger per år.

- Tilsynsforumet hadde følgende representanter;
  - medisinsk avdelingssjef ( leder )
  - fagkonsulent ( sekretær )
  - avdelingssykepleier
  - leder for Rehab.teamet
- } SIHF Kongsvinger
- en overordnet leder fra hver kommune som representerte rehabiliteringsenheten i kommunen
  - en brukerrepresentant bosatt i Glåmdalsregionen fra Hedmarksavdelingene til Norges Handicapforbund.

### 4.7.2 Legevisitt

- Ordinært legevisitt 2 ganger per uke
- Ansvarlig lege eller vakthavende lege kunne tilkalles ved behov.

### 4.7.3 Rehabiliteringskoordinatorene i kommunene

- Ukentlige møter på avdelingen
- hvor man diskuterte ulike søknader, tildelte og evt. forlenget opphold
- planla utskrivelser ut til kommunen
- fikk tilstandsrapport om inneliggende- og dagpasienter i avdelingen
- fikk rapport om aktuelle søkere som var inneliggende pasienter på andre avdelinger på sykehuset

- Telefonisk kontakt og e-mail ved behov

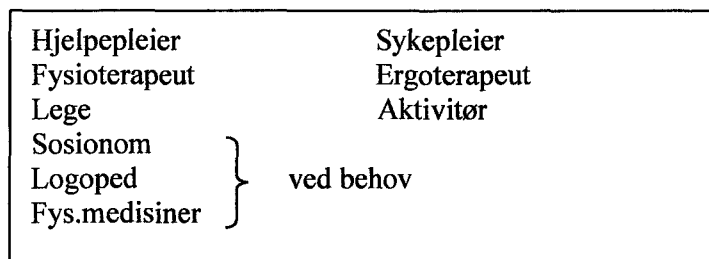
#### 4.7.4 Tverrfaglige møter

- Alle faggrupper representert
- Ukentlig gjennomgang av alle pasienter, både døgn- og dagpasienter
  - faglig diskusjon om rehabiliteringspotensialet for den enkelte pasient
  - faglig diskusjon om det var satt realistiske mål for den enkelte pasient

I tillegg mange ad-hoc møter hvis man sto ovenfor problemstillinger som skulle løses umiddelbart.

#### 4.7.5 Primærgruppe

Hver pasient fikk en primærgruppe (miniteam ) rundt seg bestående av:



Primærgruppas ansvarsområde:

- tverrfaglig funksjonell vurdering ( mobilitet, svelgfunksjon, eliminasjon, utholdenhet, språk, syn, hørsel, orientering, kognisjon m.m.)
- inntakssamtale med pasient, evt. med pårørende
- definere kort- og langsiktige mål
- skrive rehabiliteringsplan, og fordele oppgaver i primærgruppa
- ukentlig evaluering av plan
- samarbeid med kommunen ift. hjemmebesøk og permisjoner
- samarbeid med kommunen ift. utskrivelse av pasienten
- skrive tverrfaglig fellesrapport
- dokumentere brukertilfredshet



## 5 Økonomi

### 5.1 Resultatregnskap

Samarbeidsprosjektet har bydd på en rekke økonomiske utfordringer. Resultatmessig gikk rehabiliteringsavdelingen i underskudd både i 2004 og 2005. Her er det imidlertid viktig å ta med i betraktningen at rehabiliteringsavdelingen har generert en god del inntekter som regnskapsmessig ikke fremkommer i avdelingens resultatregnskap. Dette skyldes at finansieringsordningen for rehabiliteringspasienter er sammensatt. Fordelingen av inntektene når pasientene er innom andre avdelinger, gir ulogiske utfall.

#### Resultatregnskap 2004 og 2005

	2004	2005
DRG - inntekter	2 895	5 352
Andre inntekter (inkl. refusjon fra kommunene)	5 813	6 695
<b>Salgs- og driftsinntekter</b>	<b>8 708</b>	<b>12 047</b>
Varekostnader	176	227
Lønnskostnader	11 808	12 999
Andre driftskostnader	292	66
<b>Driftskostnader</b>	<b>12 276</b>	<b>13 292</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>- 3 568</b>	<b>-1 245</b>

(Tallene vises i hele tusen)

Detaljerte økonomirapporter for 2004 og 2005 ligger vedlagt.

### 5.2 Primær og sekundær rehabilitering

Finansieringen av rehabiliteringspasienter deles inn i primær og sekundær rehabilitering. Det at rehabiliteringsavdelingen ligger innen samme institusjon som avdelingen som ivaretar pasientene i akuttfasen, gir i enkelte tilfeller meget uheldige økonomiske konsekvenser. Regelen er da at diagnosene for rehabilitering Z50.80 og Z50.89 automatisk legger seg inn som bidiagnose. Dette fordi diagnosen fra akuttoppholdet nesten uten unntak vil "utkonkurrere" vekten rehabilitering gir. Samme økonomiske konsekvens inntreffer hvis pasientene som primært legges inn for rehabilitering og i løpet av dette oppholdet må innom en annen avdeling for behandling av en sekundær lidelse.

I tilfellene hvor rehabiliteringen ender opp som bidiagnose, gis finansiering som sekundær rehabilitering. Trimpunkt for sekundær rehabilitering varierer fra 14 dager til 30 dager, avhengig av pasientens hoveddiagnose. Majoriteten av pasientene har trimpunkt på 21 dager. Problemet med sekundær rehabilitering er at det kun er 12 spesifikke DRG som gir uttelling i form av sekundær rehabilitering. Faller pasienten utenom en av disse vil ikke sykehuset få uttelling for sekundær rehabilitering. For en pasient som ligger lenge inne til rehabilitering kan det bety et inntektstap på mange hundre tusen kroner bare for denne ene pasienten.

## 6 Lovverk

### 6.1 Pasientrettighetsloven

Pasientrettighetsloven med sine endringer gjeldende fra 01.09.04 ble innført for å styrke pasientenes rettigheter innen valgfrihet, samt bedre utnytting av det totale behandlingstilbudet. Flere forhold i pasientrettighetsloven hadde innvirkning på samarbeidsprosjektet, og forsterket vanskelighetene med samarbeid på tvers av linjene i helsetjenestene. Endringen i loven som hadde størst innvirkning på samarbeidsprosjektet, var innføring av individuell frist og retten til fritt sykehusvalg. Et videre samarbeid etter prosjektperioden ville også kunne blitt påvirket av subsidiær rett til behandling.

#### 6.1.1 Individuell frist

Innføring av individuell frist for når behandlingen senest skal være påbegynt for pasienter som er vurdert som pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. (Pasientrettighetsloven §2-1 annet ledd). Fristen som settes skal være individuelt basert på når det senest er medisinsk forsvarlig å sette i gang behandlingen. Dette setter kommunenes styringsrett over "egne plasser" i samarbeidsprosjektet i teorien ut av spill. Hvilke pasienter som skal få behandling ved avdelingen, og når pasienten senest skal innlegges, vil være en medisinsk vurdering som gjøres av lege.

#### 6.1.2 Subsidiær rett til behandling

Subsidiær rett til spesialisthelsetjeneste ved annen institusjon enten privat eller i utlandet. Det vil si at så lenge sykehuset har et rehabiliteringstilbud forpliktes det at behandlingen startes innen fristen som er satt. Overholdes ikke fristen vil sykehuset kunne belastes økonomisk for reise og behandling ved en annen institusjon. Dette gjelder også reise og opphold for ledsager dersom det er påkrevd. Sykehuset får dermed en juridisk bindende forpliktelse som en ikke uten videre kan gå fra.

Pasienten har rett til helsehjelp når:

1. Pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes **og**
2. pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen **og**
3. de forventede kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Helsehjelp er i pasientrettighetsloven definert som handlinger som har: forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, **rehabiliterende** eller pleie- og omsorgsformål.

#### 6.1.3 Retten til fritt sykehusvalg

Etter pasientrettighetsloven § 2-4 har pasienten rett til å velge hvilket sykehus de vil behandles ved. Sykehuset har en begrenset adgang til å avvise pasienter fra andre helseregioner, men ingen mulighet til å avvise pasienter fra egen helseregion. Pasientene har derimot ikke rett til å velge behandlingsnivå, det vil si mer spesialisert behandling.

## 7 Evaluering

### 7.1 Organisering

Avdelingens organisering og plass i sykehusets organisasjon har vært svært tilfredsstillende. Det har vært ideelt å tilhøre medisinsk enhet, da de fleste pasientene hadde medisinske problemstillinger. Oversikt over fordelingen nedenfor er basert på døgnopphold.

Avdeling	Antall	Andel %
Medisin	268	81
Ortopedisk/revmakir.	61	18
Kirurgen	2	1

### 7.2 Samarbeid

Kommunene har vært svært fornøyd med samarbeidet med avdelingen. Det har vært ideelt å ha ukentlige møter i avdelingen, i tillegg til god telefonisk kontakt. Dette har medført at kommunene har følt et eierskap til avdelingen og at man har blitt kjent med de ulike faggrupper/ansatte.

Kommunene har hatt en fast representant i form av rehabiliteringskoordinator eller dens stedfortreder, hvilket har betydd mye for oversikten over søkermasse, oversikt over rehabiliteringsavdelingens tilbud ovenfor kommunen, og oversikt over brukere ute i kommunene som mottar hjemmebaserte tjenester.

De ukentlige møtene har vært ressurskrevende for flere av kommunene, da det er lange reiseavstander. Likevel har de ansett møtene som verdifulle på grunn av samarbeidet med avdelingen, samt utvekslingen av erfaringer på tvers av kommunegrenser. Dette har medført en fleksibilitet i bruken av senger, noe som igjen førte til at de pasientene som hadde størst behov for plass i avdelingen ble prioritert først, uavhengig av hjemstedskommune.

Kommunene angir at de ikke har hatt særlig kontakt med sykehusets rehabiliteringsteam i den perioden prosjektet varte, da de synes at avdelingen har dekket dette behovet.

Avdelingens tverrfaglige team har også hatt et godt samarbeid med de ulike kommunene, både i forhold til møtестruktur, planlagte inn- og utskrivelser. Avdelingen har foretatt mange hjemmebesøk hvor de ulike faggrupper i kommunen har vært representert. Det tverrfaglige teamet har hatt inntrykk av at det ikke alltid har vært gode nok ressurser ute i kommunene til å følge opp de tiltakene hver enkelt bruker har hatt behov for.

### 7.3 Samarbeid innad på sykehuset.

Forutsetningen for videre samarbeid, var at avdelingen skulle flyttes til nybygde lokaliteter etter utbyggingsprosjektet. Da dette dro ut i tid, og vedtaket om at utbygging ikke skulle realiseres kom midt i prosjektperioden, bidro dette til usikkerhet om fremtiden. Flere personalgrupper og kulturer skulle forenes, hvilket var en tidkrevende prosess. Alle disse aspektene satte sitt preg på avdelingen.

Sykefraværet var til tider stort i perioder i alle faggrupper, noe som medførte mange nyansatte og vikarer. Man kan ikke i ettertid relatere sykefraværet til prosjektet som sådan, men fraværet fikk konsekvenser for samarbeidet innad i avdelingen. Sykefraværet skapte mindre

kontinuitet i arbeidet som ble utført, både i forhold til miniteamfunksjonen og i det tverrfaglige samarbeidet generelt.

Ikke alle ansatte var like drevne på rehabiliteringsarbeidet, men internundervisning i avdelingen ble etter hvert satt i system, noe som var med på å høyne kompetansen.

Samarbeidet med de andre avdelingene på sykehuset har vært tilfredsstillende, og i de tilfeller det har vært nødvendig å henvise pasientene til andre spesialiteter, har dette blitt utført om nødvendig. I hele perioden har man hatt flere slagforumgrupper. Dette er et dagtilbud en gang i uka i 12 uker. Gruppen gir et tverrfaglig tilbud, og er i tillegg ment som en likemannsgruppe for pasientene

Et tverrfaglig team krever god struktur i arbeidet, både i forhold til planlegging, oppfølging og rapportskrivning. Dette har vært ressurskrevende for alle faggrupper, da det har vært mange pasienter i tilknytning til avdelingen. I ettertid kan man si at det hadde vært bedre med fastere rammer til dette arbeidet.

#### 7.4 Søknader/innleggelser

I perioden 2004-2005 mottok avdelingen totalt 427 søknader, fordelt på døgn/dag. Mange plasser ble imidlertid tildelt på bakgrunn av at pasienten hadde vært innlagt på andre avdelinger på sykehuset, og at epikrise gjaldt som søknad. Likeledes var det mange inneliggende pasienter på rehabiliteringsavdelingen som gikk direkte til dagopphold.

##### Antall innleggelser/dagtilbud

	Døgnplasser	Dagplasser
2004	165	58
2005	166	62
Totalt	331	120

Alle søkere sendte skriftlig søknad med egen underskrift. Før de nye prioriteringsbestemmelsene i Pasientrettighetsloven ble innført, ble inntak av pasienter hovedsakelig styrt av kommunene i forhold til "sine" plasser. Kommunen prioriterte selv hvem som skulle innlegges, og hvilken lengde oppholdet skulle ha. Likevel ble avdelingens tverrfaglige vurderinger i forhold til rehabiliteringspotensialet tatt med i beslutningsprosessen. Sykehjemspasienter ble bare søkt inn til avdelingen dersom man antok en mulig utskrivelse til hjemmet, eller hvis man forventet en vesentlig bedring av funksjonsnivå.

Sykehuset hadde selv 3 plasser som ble belagt med pasienter som hadde behov for rehabilitering fra 2.linjetjenesten.

Av alle pasienter som ble overflyttet fra medisinske avdelinger, hadde 91 % hatt hjerneslag/blødning. Hovedtyngden av rehabiliteringspasientene var innenfor denne pasientkategorien som trengte kompleks rehabilitering.

Underveis i prosjektperioden ble inntaksreglene tilpasset prioriteringsforskriftene, hvilket medførte at kommunene delvis mistet "råderetten" over plassene.

Fra august 2005 ble mange pasienter innlagt for et 5 dagers vurderingsopphold, for senere eventuelt å komme tilbake til et rehabiliteringsopphold på 14 dager. Dette oppholdet kunne utvides ved behov.

Fordelen med vurderingsoppholdene var at man fikk vurdert den enkelte pasients rehabiliteringspotensiale, og hva avdelingen skulle bruke ressursene på. I ettertid ser man at 5

dager kunne bli litt knapt i forhold til at alle faggrupper skulle komme med en tverrfaglig anbefaling, samt at rapportskrivningen tok mye ressurser. Av og til var det motsetninger mellom sykehuset og kommunen om hva potensialet til den enkelte pasient var, men kommunene evaluerer senere at avdelingen satte en høy standard i forhold til rehabilitering.

### **7.5 Kommunenes vurderinger av rehabiliteringstilbudet i prosjektperioden.**

Alle kommunene var enstemmige i at samarbeidsprosjektet var et kvalitativt meget godt tilbud. Alle faggrupper var tilgjengelige og samlet på et sted.

Kommunene mener at det var satt et tydelig fokus på rehabiliteringsarbeidet for å bedre pasientens funksjonsnivå, slik at pasienten kunne klare seg best mulig i eget hjem. Kommunene har fått mulighet til å få vurdert rehabiliteringspotensialet til mange hjemmeboende pasienter/sykehjemspasienter, som de ellers ikke ville hatt mulighet til.

Deltakerkommunene opplevde også at flere pasienter, i en tidlig fase av rehabiliteringen, fikk en mer flerfaglig/tverrfaglig intensiv oppfølging enn hva det hadde vært mulig å få til i 1.linjetjenesten.

Vurderingene og anbefalingene rehabiliteringsavdelingen har gitt til de ulike kommunene, har skapt et godt grunnlag for videre oppfølging av pasienten i hjemkommunen. Kommunale tjenesteytere godtar i større grad at funksjonsnivået ikke er optimalt, dersom det betyr at pasienten kan klare seg i eget hjem, med mindre eller uten bistand fra kommunen.

Dagplassene har hatt stor betydning for mange pasienter, på grunn av den sosiale arenaen og personalets kompetanse.

### **7.6 Økonomi**

Ordningen med finansiering av sekundær rehabilitering gjorde at avdelingen i flere tilfeller mistet betydelige inntekter fordi pasientene hadde "feil" hoveddiagnose. Eksempelvis gjaldt dette pasienter som ble rehabilitert etter hofteproteseoperasjon. Dette må kunne ses på som en stor svakhet i finansieringsordningen. Effekten av denne svakheten vil ha en dobbelt negativ effekt i et samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, da pasientene i et slikt samarbeid har en bredere diagnosesammensetning, og dermed flere som faller utenfor kravene som stilles for finansiering av sekundær rehabilitering.

En del inntekter fra sekundær rehabilitering tilfalt andre avdelinger ved sykehuset, og viste seg dermed ikke i rehabiliteringsavdelingens resultatregnskap. Økonomirapportene ble derfor et lite tilfredsstillende styringsverktøy, noe som igjen skapte en uoversiktlig økonomisk situasjon.

Ordningen med finansiering av primær rehabilitering (illustrert i vedlegg), gjorde at en bevisst måtte endre pasientlogistikken i løpet av prosjektet. Dette i tillegg til effektene som sekundær rehabilitering ga, gjorde at det til tider ble uheldig mye fokus på økonomi i prosjektet. Det var tett dialog med kommunene hele veien, og prosjektet sto en tid i fare for å bli avsluttet tidligere på grunn av økonomiske årsaker.

## 7.7 Lovverk

Pasientrettighetslovens nye bestemmelser fra 01.09.04 kompliserte samarbeidet med kommunene, og spesielt med en modell hvor kun fire av kommunene i "hovednedslagsfeltet" til sykehuset deltok. De deltakende kommunene betalte for det antall plasser som det ble antatt at de ville ha behov for. Kommunene hadde i sterk grad bestemmelsesrett over hvilke pasienter som skulle belegge plassene (inntaksteam er tidligere beskrevet). Med endringene i pasientrettighetsloven fikk kommunene svekket styringsrett over sine plasser, da disse i større grad ble medisinsk faglig styrt av legen i inntaksteamet.

Pasientenes rett til fritt sykehusvalg gjorde at pasienter som hadde fått vurdert sin rett til behandling kunne ønske behandling ved prosjektets rehabiliteringsavdeling, selv om de ikke kom fra en av kommunene som deltok i prosjektet. Den medisinsk faglige vurderingen av hvilke pasienter som hadde rett til helsehjelp, og hvilke som ikke hadde det, ble ikke styrt av hvor pasientene var bosatt. Dette førte til at pasienter utenfor normalt opptaksområde ble lagt inn i rehabiliteringsavdelingen i prosjektperioden. Det er lite trolig at de deltakende kommunene i et videre samarbeid ville vært villig til å betale for rehabilitering av pasienter fra kommuner som ikke var med i spleiselaget.

## 8 Konklusjon

Prosjektet ble avsluttet 31.12.05. Videre permanent drift og samarbeid, bygget på de opprinnelige planene for utbyggingsprosjektet ved sykehuset. Utbyggingen skulle være ferdig i årsskiftet 2005/2006. Rehabiliteringsenheten var ment å flytte ut i de nye lokalene for å frigjøre areal inne i det nåværende sykehus. Den endelige avgjørelsen om utbygging ble utsatt, idet det foregikk en del tilpasninger. Til tross for at det hele tiden var en positiv holdning til felles utbygging, vedtok styret for Sykehuset Innlandet HF tidlig i 2005 allikevel ikke å delta, og trakk seg fra samarbeidet, og byggeprosjektet kunne derved ikke realiseres.

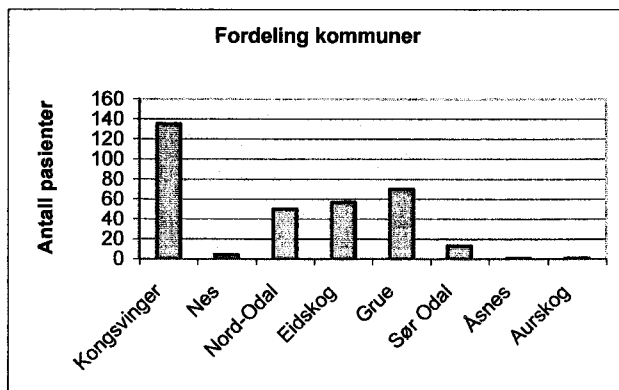
Prosjektet har gitt et kvalitativt godt rehabiliteringstilbud til totalt 451 pasienter i løpet av prosjektet, og man ser en klar fordel av å samle all tverrfaglig kompetanse under ett tak. Over 75% av de pasientene som ble innlagt på døgnrehabilitering, ble utskrevet til hjemmet, med antatt mye mindre hjelpebehov, enn hva de ellers ville ha hatt uten rehabilitering. Det tverrfaglige teamet mener at så mange som 79 pasienter ville hatt behov for sykehjemsplass i kommunen, hvis de ikke hadde fått rehabilitering. Deltakerkommunene påpeker at de ikke har kunnet tilby et tilsvarende rehabiliteringstilbud, verken før eller etter prosjektperioden. Mottakere av både døgn- og dagrehabilitering, og deres pårørende, tilsier stor tilfredshet og menneskelig gevinst både hva angår bedret funksjonsnivå og opplevelse av selvstendighet og verdighet.

Underveis i prosjektet, har de økonomiske- og lovmessige utfordringene vært store. Disse faktorene og uteblitt utbygging ved sykehuset, har bidratt sterkt til at samarbeidet ikke videreføres. Dette belyses også i sammendraget.

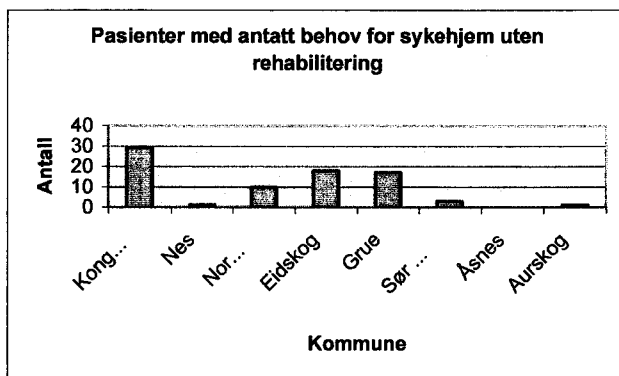
Det er grunn til å beklage at samarbeidet ikke videreføres, både for spesialisthelsetjenesten og kommunene, men kanskje aller mest på vegne av de pasienter som trenger slik rehabilitering avdelingen har bidratt med, og de samfunnsmessige gevinster dette kan gi.

## Vedlegg

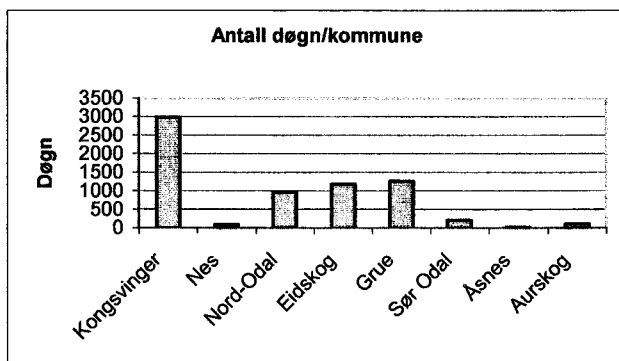
### Statistikk



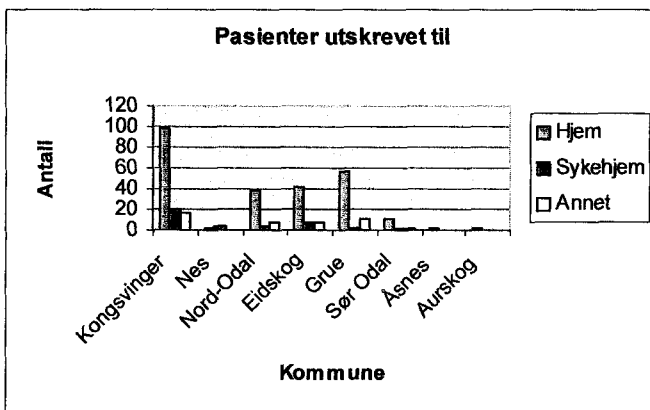
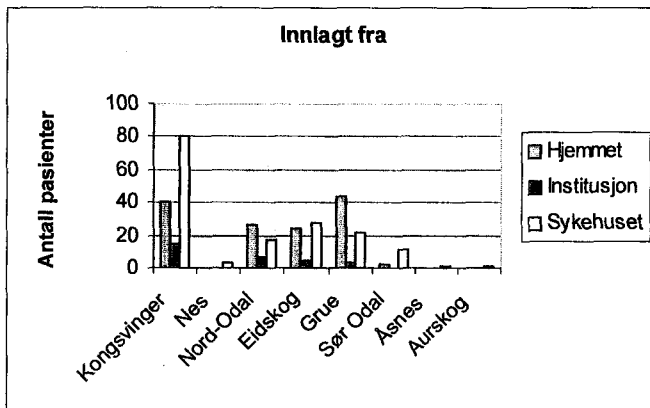
### Døgnplasser



I følge tverrfaglige vurderinger, ville totalt 79 pasienter hatt behov for sykehjem uten rehabiliteringsavdelingen på grunn av omfattende hjelpebehov.



Gjennomsnittlig liggedøgn;  
Kongsvinger: 22 døgn  
Nord Odal: 19 døgn  
Eidskog: 21 døgn  
Grue: 18 døgn



Når pasienten ble skrevet ut til *Annet*, kunne dette være til andre avdelinger på sykehuset, andre rehabiliteringsinstitusjoner eller at pasienten døde under oppholdet.