

Overgangen mellom sjukehus og privat rehabiliteringsinstitusjon

Prosjekteigar: Baard-Christian Schem, Fagdirektør i Helse Vest
Prosjektleder: Merethe H. Boge, Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering
Dato for godkjenning av rapporten: 14.02.2019

Prosjektrapport

Distribusjonsliste
Prosjekteigar/styringsgruppe
Kontaktperson for prosjektet hjå prosjekteigar
Prosjektgruppa

Endringslogg			
Versjon	Dato	Endring	Kven?
0.1	17.1.2018	Oppretting av dokument	Merethe H Boge
0.2	09.9.2018	1.utkast sendt til prosjektgruppa for høyring	-----«-----
0.3	26.9.2018	Justert etter innspel frå prosjektgruppa	-----«-----
0.4	15.1.2019	Utvida samandrag etter innspel frå kontaktperson i HV	-----«-----
1.0	14.2.2019	Rapport godkjent av styringsgruppe/prosjekteigar	Prosjekteigar og styringsgruppa

Prosjektrapport

1. Samandrag

Overgangen mellom sjukehus og privat rehabiliteringsinstitusjon er eit regionalt prosjekt som har vore leia av Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering på oppdrag frå Helse Vest RHF. Prosjektperioden har vore frå 6. desember 2017 til 15.oktober 2018. Prosjektet blei sett i verk som del av oppfølging av Regional plan for habilitering og rehabilitering 2016-2020 (Helse Vest, 2015). Planen seier at Helse Vest tar initiativ til utarbeiding av ei rettleiar for sjukehusa sin bruk av private rehabiliteringsinstitusjonar, inkludert ein mal for samarbeidsavtale mellom helseføretaka og institusjonane.

Føremål med prosjektet er å bidra til betre koordinering av tenestene i overgangen mellom sjukehus og privat rehabiliteringsinstitusjon. For pasientar som blir overført frå sjukehus til ein privat rehabiliteringsinstitusjon, skal opphaldet ved institusjonen vere ein del av eit samanhengande og målretta pasientforløp i spesialisthelsetenesta. Tiltaket kan vidare bidra til å redusere forskjellar mellom sjukehusa i regionen når det gjeld bruk av rehabiliteringsinstitusjonar, og på den måten bidra til meir likeverdige tenester for pasientane. Dei tre konkrete måla for prosjektet er detaljert beskrive i kapittel 2.2.

I løpet av januar 2018 innhenta prosjektdeltakarane informasjon frå kliniske avdelingar i helseføretaka, inkludert dei private ideelle sjukehusa, erfaringar frå brukarar og erfaringar frå dei private rehabiliteringsinstitusjonane om dagens tilvisingspraksis til dei private rehabiliteringsinstitusjonane. Svare som kom, synte ulik og mykje tilfeldig praksis, og det ble peikt på utfordringar og forbetningsområder. `No-situasjonen` er beskrive i kapittel 3. På bakgrunn av `no-situasjonen` og forskingslitteratur, har prosjektgruppa jobba systematisk med å oppnå måla for prosjektet.

Resultat

Prosjektgruppa har utarbeida eit elektronisk, dynamisk tilvisingsskjema med innbakt rettleiar, praktisk sjekklister og ein mal for samarbeidsavtale mellom helseføretaka og dei private rehabiliteringsinstitusjonane. Malen for samarbeidsavtale handlar om samarbeid rundt fag- og tenesteutvikling og rutinar for pasientforløpet. I tillegg har prosjektgruppa utarbeida forslag til ein opplæringsplan for innføring av tiltaka, omtala i kapittel 5.4.1.

Prosjektrapport

Tilvisingsskjemaet (vedlegg 4) skal fyllast ut av tilvisande lege i sjukehuset, fortrinnsvis saman med pasienten og inneheld følgjande hovudpunkt:

- *Namn på aktuell privat rehabiliteringsinstitusjon*
- *Pasientopplysninger* (mellom anna tidspunkt for ferdigbehandla på sjukehuset/ønsket oppstart av rehabiliteringsopphaldet, årsak til tilvisingen, om pasienten har Individuell plan og/ koordinator, om pasienten har oppfølging i kommunen, om pasienten har behov for ledsager eller tolk)
- *Pasienten sitt mål for rehabiliteringsoppholdet* (inkl. om pasienten er motivert for rehabilitering)
- *Funksjonsnivå/ressurser* (inkl Barthel score og mobilitet innendørs)

Når ein tar markøren over eit spørsmålsteikn i tilvisingsskjemaet, får ein høve til å opne ei tekstboks der forklaring på ordet i rubrikken blir synleg med ein gong. På denne måten får tilvisar på ei enkel måte vegleiing i høve eventuelle spørsmål knytt til punkta i skjemaet. Meir om utviklinga av tilvisingsskjemaet kan ein lese i kap.5.1.1.

Praktisk sjekkliste (vedlegg 5) skal gjennomgåast ved aktuell sjukehusavdeling før pasient vert overført. Dette for å sikre at naudsynte vedlegg til tilvisingsskjemaet som vedkjem pasienten vert overført til den aktuelle institusjonen. Dette igjen for at institusjonen skal kunne planlegge rehabiliteringsopphaldet på best mogleg måte. Sjekklista inneheld punkt som til dømes om pasienten er medisinsk stabil, om pasienten har fått informasjon om rehabilitering i spesialisthelsetenesta og eigenandel, om kommunehelsetenesta og pårørande er informert om overføring/innlegging i rehabiliteringsinstitusjon, om pasienten har fått med seg medisinar til det første døgnet eventuelt INR - verdiar og dosering av marevan mv.

Malen for samarbeidsavtale (vedlegg 6) inneheld følgjande overskrifter: Bakgrunn, Føremål, Partar og omfang, Tilvising og tildeling av plass, Open kontakt, Brukarmedverknad, Fagleg samarbeid og samarbeidsform og forslag til tema det kan vere aktuelt for dei private rehabiliteringsinstitusjonane og helseføretaka å samarbeide om (t.d. felles og gjensidig forpliktande rutinar for pasientforløpet, kompetanseutvikling/utveksling, samarbeid med LMS, Individuell plan og koordinator, ressursgruppe/nettverk, «Rett pasient til rett institusjon».) samt Ansvarsforhold og Avtaleperiode.

Prosjektrapport

Plan for implementering av tiltaka (vedlegg 7). Implementering vil i all hovudsak vil bestå av opplæring av personell, Derfor har prosjektet valt å nytte ein generisk, regional opplæringsplan som teoretisk rammeverk og modell for implementering. Det enkelte føretak må vurdere planen ut i frå egne behov og tilpasse den etter lokale tilhøve. Prosjektgruppa si tilråding for å få gjort ein god og best mogleg opplæring, er at kartlegging, informasjonsdeling, opplæring og evaluering blir organisert som eit lokalt prosjekt. Oppgåver som prosjektet i kvart helseføretak må ta hand om, er skrive på side 9 i opplæringsplanen.

Elles er følgjande suksesskriterium for implementering også nedfelt i opplæringsplanen, s.9:

- Mal for samarbeidsavtale, sjekklister og tilvisingsskjema med rettleiar, må bli godt forankra i fagmiljøa og hos leinga i det enkelte føretak.
- Fagdirektørane gjennomfører forankring hos leiargruppa/nivå 2-3 leiarar i føretaka.
- Utrullinga i føretaka bør organiserast som prosjekt for å ivareta koordinering på tvers av einingar
- Avtale mellom HF og aktuelle institusjonar bør være gjennomført før utrulling av opplæringsplanen
- Skjemaet for tilvising til rehabilitering i privat rehabiliteringsinstitusjon, må bli tilgjengeleg i DIPS allereie i starten av innføringa.
- Kommunikasjonsavdelinga i HV hjelper med å lage felles informasjon til alle HF'ane sine intranettsidar

Vidare er prosjektgruppa sin oppfatning at føretaka er ansvarleg for utrulling, men fagdirektørane bør sette ein dato for når implementering skal vere gjennomført.

Prosjektgruppa meiner at viss innhald i samarbeidsavtalar blir praktisert, her under samarbeidsmøter mellom sjukehusa og rehabiliteringsinstitusjonane, det nye tilvisingsskjemaet med rettleiar samt praktisk sjekklister blir tatt i bruk, vil dette på lang veg bidra til betre koordinering, meir målretta og meir likeverdige rehabiliteringstenester for aktuelle pasientar. Det vil og betre kvalitet på tilvisingane til dei private rehabiliteringsinstitusjonane. Visar til kap.6.3., der realisering av nytteeffektar er omtala.

Prosjektrapport

Innhald

1. Samandrag.....	3
2. Innleiing.....	7
2.1 Bakgrunn.....	8
2.2 Mål.....	8
2.2.1 Avgrensingar og samordning.....	8
2.3 Prosjektorganisasjon og bidragsytarar.....	9
2.3.1 Skifte av representantar i prosjektgruppa undervegs.....	11
2.3.2 Andre bidragsytarar.....	11
2.4 Oppnådde mål frå prosjektet.....	11
3. Kartlegging av `no-situasjonen`.....	12
3.1 Brukarerfaringar.....	12
3.2 Helseføretaka.....	13
3.2.1 Helse Stavanger.....	13
3.2.2 Helse Fonna.....	14
3.2.3 Helse Bergen.....	15
3.2.4 Helse Førde.....	16
3.3 Private rehabiliteringsinstitusjonar.....	16
3.4 Private ideelle sjukehus.....	18
3.4.1 Haraldsplass Diakonale Sjukehus.....	18
3.4.2 Jæren DPS (Distrikt psykiatrisk senter).....	18
3.4.3 Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus (HSR).....	18
3.4.4 Voss DPS – NKS Bjørkeli.....	18
3.5 Kort oppsummering av `no-situasjonen` i helseregion Vest.....	19
3.6 Andre regionar.....	19
3.6.1 Helse Sør Øst.....	19
3.6.2 Helse Midt-Norge.....	20
3.6.3 Helse Nord.....	20
4. Søk etter forskning.....	21
5. Arbeidsprosess og forslag til løysingar.....	28
5.1 Ei felles rettleiing/sjekkliste for sjukehusa.....	28
5.1.1 Skjema for tilvising (Prokom-skjema/dynamisk funksjon).....	30
5.1.2 Praktisk sjekkliste.....	30
5.2 Ein mal for samarbeidsavtale mellom helseføretaka og institusjonane.....	31
5.3 Flytskjema for rehabilitering i spesialisthelsetenesta.....	32
5.4 Ein plan for implementering av sjekklista og malen.....	33
5.4.1 Opplæringsplan.....	34
6. Vegen vidare – overføring til linja.....	37
6.1 Utfordringar/moglege konsekvensar som følgjer av prosjektet sine leveransar.....	37
6.2 Oppgåver som linja skal følgje opp.....	38
6.3 Realisering av nytteeffektar.....	39
7. Vedlegg.....	40
8. Referansar.....	41

Prosjektrapport

2. Innleiing

Kapittel 2 til og med 2.3 er henta frå Prosjektdirektivet (Vedlegg 1).

Det er til dels store variasjonar i bruken av private rehabiliteringsinstitusjonar, både mellom regionar og innanfor Helseregion Vest. Sjå tabellar henta frå *SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2016* (Helsedirektoratet 2018):

Tal pasientar i private rehabiliteringsinstitusjonar per 1 000 innbyggjarar, helseføretak

Samdata 2016	2014	2016
Helse Bergen	5,1	5,2
Helse Fonna	3,3	4,3
Helse Førde	4,4	5,4
Helse Stavanger	1,7	2,4
Helse Vest	3,6	4,2

Tal pasientar i private rehabiliteringsinstitusjonar per 1 000 innbyggjarar, regionar

Samdata 2016	2014	2016
Helse Midt	5,3	5,7
Helse Nord	7,7	8,1
Helse Sør-Øst	5,5	5,0
Helse Vest	3,6	4,2
Landet	5,2	5,2

I tillegg til å gi tilbod til pasientar tilvist frå fastlege og avtalespesialister, tar rehabiliteringsinstitusjonane imot pasientar direkte frå sjukehusa, som regel frå akuttavdelingar, av og til og frå spesialiserte rehabiliteringsavdelingar. Det er varierende praksis på tilvisings-/overføringsrutinar og rutinar for samarbeid mellom sjukehusa og dei private

Prosjektrapport

rehabiliteringsinstitusjonane. Det førar mellom anna til at tenestene opplever grenseoppgangen som uklar og at pasienten sine mål for rehabilitering ofte manglar (Helse Vest, 2015)

2.1 **Bakgrunn**

Regional plan for habilitering og rehabilitering inneheld følgjande tiltak:

Helse Vest tar initiativ til utarbeiding av ei rettleiing for sjukehusa sin bruk av private rehabiliteringsinstitusjonar, inkludert ein mal for samarbeidsavtale mellom helseføretaka og institusjonane (Helse Vest, 2015, s. kap 7.1.1 og 7.1.2)

Formålet med tiltaket er å bidra til betre koordinering av tenestene i overgangen mellom sjukehus og privat rehabiliteringsinstitusjon. For pasientar som blir overført frå sjukehus til ein privat rehabiliteringsinstitusjon, skal opphaldet ved institusjonen vere ein del av eit samanhengande og målretta pasientforløp i spesialisthelsetenesta.

Tiltaket kan bidra til å redusere forskjellar mellom sjukehusa i regionen når det gjeld bruk av rehabiliteringsinstitusjonar, og på den måten bidra til meir likeverdige tenester for pasientane.

2.2 **Mål**

Mål for prosjektet er at det er utarbeidd:

- Ei felles rettleiing/sjekkliste for sjukehusa, til bruk ved overføring/vidaretilvising til private rehabiliteringsinstitusjonar.
- Ein mal for samarbeidsavtale mellom helseføretaka og institusjonane, om samarbeid rundt fag- og tenesteutvikling og rutinar for pasientforløpet.
- Ein plan for implementering av sjekklista og malen i helseføretaka og institusjonane.

2.2.1 Avgrensingar og samordning

Prosjektet skal ta utgangspunkt i eksisterande sjekklister og malar.

Prosjektet skal bygge på *Regional plan for habilitering og rehabilitering (2016-2020)*. (særleg relevant er planens avklaringar av ansvarsdeling mellom ulike avdelingar i sjukehus og private rehabiliteringsinstitusjonar, og utgreiingar av aktivitets/forbruksdata for rehabiliteringstenester) og den skal bygge på SAMDATA 2016 (Helsedirektoratet 2018)

Prosjektgruppa må samordne arbeidet sitt med andre pågåande prosjekt, som «Vel heim» som er del av «Alle møter».

Prosjektrapport

Prosjektgruppa må gjere seg kjend med tilsvarende arbeid nasjonalt eller i dei andre RHF-a.

2.3 *Prosjektorganisasjon og bidragsytarar*

Prosjekteigar var fagdirektør i Helse Vest, Baard-Christian Schem.

Kontaktpunkt for prosjektet hos prosjekteigar var seniorrådgivar Hilde Rudlang.

Prosjekteigar hadde overordna ansvar for gjennomføring av prosjektet og utforming av mandat i prosjektdirektivet.

Følgjande styringsgruppe var etablert for prosjektet, i tillegg til desse møtte prosjektleiar og kontaktperson for prosjektet hos prosjekteigar:

Rolle	Stilling	Namn	Representerer
Styringsgruppeleiar	Fagdirektør	Baard-Christian Schem	Helse Vest RHF
Representant	Fagdirektør	Eldar Søreide	Helse Stavanger HF
Representant	Fagdirektør	Clara Beate Gram Gjesdal	Helse Bergen HF
Representant	Fagdirektør	Kristine B. Longfellow	Helse Førde HF
Representant	Fagdirektør	Haldis Johanne Økland Lier	Helse Fonna HF
Representant	Fagdirektør	Petter Thornam	Haraldsplass Diagonale Sykehus
Representant	Fagdirektør	Nina Carstens	Sjukehusapoteka Vest HF
Representant	Ass. fagdirektør	Pål Iden	Helse Vest RHF
Representant	Plansjef	Hans K. Stenby	Helse Vest RHF
Representant	Konserntillitsvald SAN	Toril Østvold	KTV/KHVO
<i>Ev. brukar</i>			

Prosjektrapport

Følgjande prosjektgruppe var etablert for prosjektet. Endringar er føya til i parentes:

Rolle	Stilling	Namn	Representerer
Prosjektleder	Rådgivar	Merethe Boge	Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering
Prosjektdeltakar	Spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, AFMR/Traumesenteret/ Regional vurderingseining	Hanne Langseth Næss	Helse Bergen
Prosjektdeltakar	Ass. seksjonsleder, AFMR	Siv Heldal	Helse Bergen
Prosjektdeltakar	Avdelingssjef, Avdeling for nevrologi, revmatologi og rehabilitering	Signe Nordvik	Helse Førde
Prosjektdeltakar	Koordinerande eining	Merete Røthing (til 28.2. Sølvi Torvestad frå 1.3.)	Helse Fonna
Prosjektdeltakar	LIS AFMR Lassa	Christine Falck Moore (My Torkildsen som reserve)	Helse Stavanger
Prosjektdeltakar	Koordinerende enhetsfunksjon	Kjersti Eide	Helse Stavanger
Prosjektdeltakar	Haraldsplass Diakonale Sykehus	Janne Ferstad (til 30.3. Gunn Glimsdal frå april)	Private ideelle
Prosjektdeltakar	Avdelingssykepleier, Åstveit Helsesenter	Siv Kristin Bøe	Private rehabiliterings-institusjonar
Prosjektdeltakar	Rådgivar (fysioterapeut)	Tone Helland (Randi Helland som ressurs)	Regional vurderings-eining for rehabilitering
Prosjektdeltakar	Brukarrepresentant	Lene Nilsen (i 2017)	Regionalt brukarutval i Helse Vest
Prosjektdeltakar	Brukarrepresentant	Else Berit Ingvaldsen	Regionalt brukarutval i Helse Vest

Prosjektet har motteke prosjektstøtte frå Fagsenter administrative system i Helse Bergen, ved Erlend Alexander Eide.

Prosjektrapport

2.3.1 Skifte av representantar i prosjektgruppa undervegs

Representanten for Helse Fonna, Merete Røthing, slutta i stillinga si ved utgongen av februar. Frå 1.mars blei Sølvi Torvestad, samhandlingskoordinator i Helse Fonna oppnemnd som ny representant. Representanten frå dei private ideelle institusjonane, Janne-Lise Ferstad, slutta i stillinga si ved Haraldsplass Diakonale Sjukehus ved utgangen av mars. Gunn Glimsdal, Samhandlingssjef ved same sjukehus overtok etter Ferstad. Den eine brukarrepresentanten, Lene Nilsen deltok ikkje i 2018.

2.3.2 Andre bidragsytarar

Det nasjonale nettverket for Regionale Koordinerande einingar (RKE), har bidrege med innspel i høve oppgåva til prosjektgruppa om å gjere seg kjend med tilsvarande arbeid nasjonalt eller i dei andre RHF-a (Jf. direktivet avsnittet om avgrensingar og samordning, under kap 3). I Helse-Sør Øst har RKE ved leiar Jon Ivar Sørland bidrege, frå Helse-Midt RHF har Tore Jo Nilsen gitt innspel og frå RKE i Helse-Nord har rådgivar Audhild Høyem bidrege. Sykehuset Innlandet HF ved Astrid Millum (divisjonsdirektør habilitering og rehabilitering), har bidrege med opplysningar i høve prosess som går føre seg i helseføretaket for å «*øke kontrollen*» i bruken av dei private rehabiliteringsinstitusjonane (kap 3.6.1).

2.4 ***Oppnådde mål frå prosjektet***

Prosjektet meiner at leveransane som er levert, er i høve måla for prosjektet. Vi visar også til kap.6.3., der realisering av nytteeffektar er omtala. Prosjektet har identifisert nokre oppgåver som følgjer av arbeidet som er gjort undervegs, og som er definert utanfor prosjektets omfang i prosjektdirektivet. Disse oppgåvene er beskriver i kapittel 6, «Vegen vidare- overføring til linja».

Prosjektrapport

3. Kartlegging av `no-situasjonen`

3.1 Brukarerfaringar

Her følgjer brukarstemma i prosjektet:

Ein høyrer at dei fleste (men ikkje alle) får tilbod medan ein er på sjukehuset om privat rehabiliteringsinstitusjon etter hjerteoperasjonar og `stenting`.

Ein spør seg då kva som er kriterier for å bli tilvist? Er det berre dei som har hatt hjerteinfarkt forut som får tilbodet? Er fysisk opptrening hovudmålet?

Kva då med psyken og livskvalitet etter nyoppdaga hjertesjukdom? Kva med kosthald og dagleg aktivitet vidare?

*Tradisjonelt har det vore slik at dei sjukaste/dårlegaste pasientane har hatt tilbod om rehabilitering i sjukehus. Slik var det tidlegare også for pasientar med kroniske lidningar og kognitiv funksjonsnedsetjing. Desse pasientane har ofte behov for komplekse tenester, og det er vanskeleg å finna eit godt og egna tilbod til desse i private rehabiliteringsinstitusjonar i vår region. Sidan ein sjølv sagt må behandla alle ØH-pasientar først, vart gruppa kronikarar og pasientar med kognitiv funksjonsnedsetjing taparar i kampen om plass for rehabilitering i sjukehus. Over tid og på grunn av omlegging i spesialisthelsetenesta og Samhandlingsreforma, er det blitt slik at denne siste gruppa av pasientar ikkje lenger får anna tilbod enn poliklinisk oppfølging i spesialisthelsetenesta. Habilitering/rehabilitering blir overført til kommunane utan at kommunane setter inn ressursar til slike tilbod/behandling. **Dermed kan ein påstå at mange av desse pasientane har fått dårlegare habilitering/rehabilitering dei siste åra.** Dette er ikkje i tråd med Samhandlingsreforma, og det har også ført til ulik tilgang til helsetenester, - noko som er diskriminerande.*

Helse-Vest har dei siste åra arbeidd for å få meir rehabilitering i eigen region. Men ein bør fortsatt sjå på om det er lik tilgang på tenestene for alle pasientar. Slik ein har forstått det, så er det også geografiske forskjellar som gjer at pasientar sør i regionen ikkje har same tilbod som for eksempel pasientar som bur rundt Bergen. Funksjonshemma vil også ha større utfordringar enn andre ved lange reiser (pga. assistentar/tenesteytarar som følgjer mm).

Prosjektrapport

Brukarrepresentant i prosjektet har innhenta erfaringar frå brukarorganisasjonar:

ME- foreninga meldar at institusjonane i vår region kom svært dårlig ut av ei brukarundersøking. Kritikken gjekk på manglande kompetanse og kunnskap om PEM (post exertional malaise) som er eit kjernesymptom ved sjukdomen. Rapporten vart først gjort tilgjengeleg på slutten av vår prosjektperiode, så legger ved link til denne <http://www.me-foreningen.info/ressurser/me-foreningens-rapporter/me-pasienters-erfaringer-med-rehabilitering-2018/>

Utanom dette har brukarrepresentanten ikkje fått tilbakemelding frå andre organisasjonar om noko vedrørende overgang frå sjukehus til private rehabiliteringsinstitusjonar

3.2 **Helseføretaka**

I løpet av januar 2018 ble det innhenta informasjon frå kliniske avdelingar i helseføretaka om dagens tilvisingspraksis til dei private rehabiliteringsinstitusjonane. Til hjelp i kartlegginga utarbeida prosjektet ein mal for å skildre eksisterande dokument, og det ble sendt spørsmål pr. e-post til dei kliniske avdelingane (Vedlegg 2 og 3). Dei same malane ble brukt for dei private ideelle sjukehusa. Svara som kom, synte ulik og mykje tilfeldig praksis på dette området, og det ble peika på utfordringar og forbetningsområder for tilvisingspraksisen. `No- situasjonen` i det enkelte helseføretak er beskrive av prosjektmedlemmane som følgjer:

3.2.1 Helse Stavanger

I Helse Stavanger HF ble det via e-post sendt en spørreundersøkelse til alle kliniske avdelinger om nåværende henvisningspraksis til private rehabiliteringsinstitusjoner.

11 avdelinger svarte. Det er ingen entydig praksis eller rutiner i forhold til vurdering av behov for rehabilitering, eller noen rutiner for henvisning til de aktuelle institusjonene. En avdeling (HABU) oppgir å ha en godt fungerende skriftlig EQS prosedyre som også innbefattet intensjonsavtale med Beitostølen, (jf. tilleggsavtale m HV). En annen avdeling (ABK) oppgir å ha gode rutiner der søknadskjema til institusjonen er lenket inn i pasientforløpene ved avdelingen (kreftforløp), samt at avdelinger oppgir å ha godt samarbeid om henvisningsrutine og fagutveksling med institusjonen (LHL Nærland). De fleste avdelingene oppgav at de mer eller mindre sporadisk

Prosjektrapport

henviser pasienter til visse institusjoner i og utenfor Helse Vest. Flere avdelinger viser til at de i stor grad har overlatt til fastlegen å henvide til private rehabiliteringsinstitusjoner.

I tilbakemeldingene fra avdelingene kommer det frem at de fleste har lite kjennskap til rehabiliteringstilbudet og de ulike institusjonene med HV-avtale. Det kommer også tydelig frem at manglende tilbud i Helse Stavangers foretaksområde i stor grad begrenser dagens henvisningspraksis. Dette gjelder for få eller manglende rehabiliteringssenger som er tilgjengelig for direkte overføring fra sykehuset som del av pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten. Det etterlyses også tilbud som er mer individuelt pasientrettet og ikke kun gruppebasert, som også er tilpasset pasienter med et moderat hjelpebehov.

Det ble også påpekt forbedringspotensialer. Å få tilsendt epikrise til henvisende lege på sykehus ved utreise fra de private institusjonene. Samt å få bedre overganger etter endt rehabiliteringsopphold i privat institusjon opp mot kommunen og lokal behandler. I Helse Stavanger og kommunenes Delavtale 2c Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for rehabilitering er det tatt inn at de private institusjonene med HV-avtale bør forplikte seg til å følge avtale 2c på lik linje med Helse Stavanger.

3.2.2 Helse Fonna

Etter avtale med klinikkdirektør ble forespørsler sendt til flere medisinske og kirurgiske avdelinger om hvordan henvisningsprosessen foregår for overgang fra sjukehusavdeling til tilbud om rehabilitering i privat rehabiliteringsinstitusjon. Tre medisinske og en kirurgisk avdeling svarte på henvendelsen.

Felles er at det er mangel på kjennskap til hvilket tilbud de ulike institusjonene tilbyr. Det er ingen felles rutiner for alle avdelinger. Det benyttes søknadsskjema som ligger i DIPS i noen avdelinger, andre bruker fritekst, noen også telefon med ettersending av henvisningstekst. I hovedsak søkes pasienter dit de selv har ønske om. Inntrykket er at geografisk nærhet til institusjonstilbudet er viktig for mange.

Leger foreslår de institusjoner som tradisjonelt er brukt for de forskjellige målgruppene. Telefon og direkte kontakt er gunstig i samarbeidet. Samarbeid med institusjoner beskrives som nært og godt.

Prosjektrapport

Hvordan finansieringsordningen er for opphold i private institusjoner er ikke kjent. Kanskje det er et poeng å tydeliggjøre dette, fordi henvisende lege er gjerne samme fagperson med ansvar for å holde budsjetter. Presise søknader og kunnskap for prioriteringer er også et poeng.

3.2.3 Helse Bergen

I Helse Bergen HF ble det via e-post sendt en spørreundersøkelse til alle kliniske avdelinger om nåværende henvisningspraksis til private rehabiliteringsinstitusjoner.

10 avdelinger svarte, herunder Habiliteringstenesta for voksne, avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (to separate svar fra henholdsvis poliklinikk og sengepost), nevrologisk avdeling (svar fra 10 overleger inkl. avdelingssjef), gastromedisinsk avdeling, kirurgisk klinikk, ortopedisk klinikk, revmatologisk avdeling, hud avdeling, kirurgisk serviceklinikk/seksjon smertebehandling og palliasjon og Voss sjukehus ved seksjonsleder for somatiske sengeposter, intensiv, føde og dialyse. Syv avdelinger angir å henvise til private rehabiliteringsinstitusjoner, to henviser ikke og en avdeling anbefaler tidvis tilvising fra fastlege til privat rehabiliteringsinstitusjon.

I noen avdelinger brukes tidvis sjekklister som ligger på institusjonens hjemmeside ved søknad, men dette er ikke en innarbeidet rutine ved noen av avdelingene. Én avdeling angir å bruke skjema i DIPS ved henvisning. Én avdeling kjenner til skriftlige veiledere, rutiner og prosedyrer for vurdering av hvilke pasienter som skal henvises. Én angir å bruke erfaringer/anbefalinger fra tverrfaglige vurderinger fra egen avdeling. Fem avdelinger har direkte kontakt per tlf med de private rehabiliteringsinstitusjonene i Helse Vest området i forbindelse med henvisning til opphold. To avdelinger kjenner til at det foreligger avtaler mellom foretaket og private institusjoner.

Oppsummert for Helse Bergen, er det ingen entydig praksis eller rutiner i forhold til vurdering av behov for rehabilitering, eller noen rutiner for henvisning til de aktuelle institusjonene.

Avdelingene etterspør lettere tilgjengelig informasjon om både rehabiliteringstilbud til ulike pasientgrupper, henvisningsrutiner og sjekklister. Det er også etterspurt mer diagnosespesifikke tilbud/spissing av tilbud ved de private rehabiliteringsinstitusjonene.

Prosjektrapport

3.2.4 Helse Førde

Spørsmål ble sendt ut til aktuelle kliniske avdelingar. Fem svarte. Svare kom frå to fysikalsk medisinere, en nevrolog, en kirurg, og frå revmatologene. Helse Førde har samarbeidsavtale med Røde Kors Hauglandsenter og dei som har svara på spørsmåla har svara at dei kjenner til avtala. Vi har ikkje sjekklister. Lege skriv søknad. Ved tilvising vert det brukt Dipsblankett «Henvisning til rehabiliteringsopphald» eller lege skriv eigen søknad. Vert pasient tilvist etter rehabiliteringsopphald i sjukehuset vert det sendt tverrfagleg epikrise. Etter poliklinisk (fys med) vurdering vert det sendt tverrfagleg rapport om fysio- og eller ergoterapeut har delteke i vurderinga. Rehabiliteringskoordinator i sengeposten har god kontakt med Hauglandsenteret,. Rehabiliteringskoordinatoren ringer for å høyre om det kan vere ledig plass og informere pasientane/pårørande om tilbodet. Andre legar sender ikkje fysio- og ergovurdering fordi det ikkje er gjort slik vurdering før søknad vert sendt.

Utfordringar: Lang ventetid på Hauglandsenteret gjer at det er vanskeleg å få opphald i forlenging av rehabopphaldet i sjukehuset. Som oftast reiser pasienten heim og får så tilbod på Hauglandsenteret.

Forbetringspotensialet: At ein kan kommunisere elektronisk og at tilvisinga kan sendast elektronisk. At rehabilitering på Hauglandsenteret vert ein del av pasientforløpet.

Ved tilvising til Åstveit vert det ikkje skrive tilvising. Seksjonsleiar ortopedisk sengepost ringer institusjonen for å bestille plass enten i forkant (dersom behovet er avklara på poliklinikken før operasjon) eller etter innsetting av hofteprotese. Dersom pasienten ikkje får plass vert pasienten overført til pasienthotellet og får 1 – 2 veker med opptrening.

Utfordringar: Ikkje så mange pasientar vert vurdert til å ha behov

3.3 **Private rehabiliteringsinstitusjonar**

De private rehabiliteringsinstitusjonene har svart på spørsmål om hvilke eksisterende sjekklister og samarbeidsrutiner som finnes mellom institusjonene og ulike helseforetak/sykehus/avdelingene. De beskriver at det brukes sjekklister og inntakskriterier som beskrevet i oversikten utarbeidet av Vurderingseininga. Det er jevnlig kontakt og samarbeid mellom institusjonene og de ulike sykehusene. Kontakten skjer hovedsakelig via telefon og post. Noen av institusjonene har utarbeidet sjekklister for bruk i sykehus og på institusjonen.

Prosjektrapport

Institusjonene mener det ville være positivt med en felles sjekklister for bruk i sykehusene ved henvisning/videreføring av pasienter

Henvisningsrutinene er noe ulik på institusjonene. For de som mottar pasientene direkte fra sykehusoppholdet er det oftest henvisning per telefon. Henvisende lege skal oppgis og dokumenteres. Det kan være en utfordring at det ofte er sekretærer som tar kontakt per telefon. De kan ikke svare på viktige spørsmål fra inntakskoordinatorene. Det bes da om at en som kjenner pasienten godt ringer opp igjen for å henvise pasienten. Sykehusleger bruker også standard henvisningsskjema til rehabilitering. Dette skjemaet kunne godt vært mere utfyllende og hatt pasientens mål som et av punktene. Henvisningsskjemaer der du er nødt til å fylle ut /ha tekst for å komme videre kunne vært en løsning. Det brukes mye tid på institusjonene på å innhente informasjon, og erfaringen er at hjelpebehov og funksjonsnivå underkommuniseres. Det oppleves også noen ganger at sykehusene/legene ikke helt vet at de henviser til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

For de som skal til rehabilitering senere i forløpet, og som skal hjem først, brukes både standard henvisningsskjema og henvisning i epikrise ved utskrivelse fra sykehus. Det oppleves stadig at henvisninger blir skrevet i epikrise, men likevel ikke sendt til institusjonen. Feilen oppdages når pasientene purrer på plass fordi de ikke har fått noe tilbud.

Når det gjelder samarbeidsavtaler, så svarer de ulike institusjonene at de har egne samarbeidsavtaler med ulike sykehus eller avdelingsvis på sykehusene. Avtalene er på overordnet nivå. Det er varierende grad av faglig samarbeid mellom de ulike institusjonene og sykehusene. Inntrykket er at sykehusene har lite kjennskap til at det er en gjensidig forpliktelse om inngåelse av samarbeidsavtaler. Alle institusjonene har et godt kjennskap til samarbeidsavtalene og hva disse beskriver, men mener de har forbedringspotensial i forhold til et tettere samarbeid med sykehusene omkring innholdet i disse avtalene, gjennomføringen av punktene og forpliktelsen om årlig fornyelse. Det er svært ønskelig med en felles mal for samarbeidsavtaler for alle de private institusjonene og ulike samarbeidspartnere.

Prosjektrapport

3.4 *Private ideelle sjukehus*

3.4.1 Haraldsplass Diakonale Sjukehus

Kort oppsummering fra Avdeling for rehabiliteringstjenester:

Vår avdeling henviser ikke til rehabiliteringsinstitusjoner, men bistår med dokumentasjon til søknadene. Ved dokumentasjon av hvorfor en søker og hvilke ressurser/utfordringer pasienten har, benyttes fritekst. Altså ikke noe skjema.

Det etterlyses i denne sammenheng en tydeliggjøring, kriterier på hvorfor en skal til rehabilitering. F. eks vil det ikke være nok at «pasienten ønsker et opphold».

Mine ansatte kjenner ikke til noen skriftlige dokumenter for hvem som skal henvises.

Mine ansatte vil innimellom ha direkte kontakt angående spesifikk behandling/informasjon med andre institusjoner. Noen vet at det i hvert fall tidligere forelå en avtale med Åstveit om mottak av pasienter. «Ja vi ser store utfordringer ved dagens praksis. Den er lite forutsigbar og etterrettelig. Vi ønsker lykke til med å lage den mer oversiktlig!»

Ellers ved de fleste sengeposter skjer mye av kommunikasjonen muntlig:

- *I forkant for å avklare hjelpebehov, ventetid og evt. inndato*

Tverrfaglige rapporter sendes med pasientene ved utreise fra sykehus

Om ventetid er lang, kan pasientene sendes hjem i påvente av plass eller til et korttidsopphold i sykehjem. Henvisningsmal i Dips blir lite benyttet.

3.4.2 Jæren DPS (Distrikt psykiatrisk senter)

Henviser ikke til private rehabiliteringsinstitusjoner, - kan unntaksvis hende at det er kontakt.

3.4.3 Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus (HSR)

Det er direkte telefonkontakt til Ravneberghaugen, i tillegg til standardisert søknadsskjema. Slik det fungerer nå, med direkte telefonkontakt og søknad, fungerer det bra. Pasientene får et tilbud ganske umiddelbart etter kontakt med rehabiliteringsinstitusjonen. Vi kan med fordel forbedre vår informasjon ut til pasienten i form av muntlig og oppdatert skriftlig informasjon angående rehabilitering postoperativt, og at man har en tverrfaglig anbefaling av om pasienten har et reelt behov for postoperativ rehabilitering. Det er egen avtale mellom HSR og Rehab Vest når det gjelder kirurgiske postoperative pasienter.

3.4.4 Voss DPS – NKS Bjørkeli

Henviser ikke til private rehabiliteringsinstitusjoner.

Prosjektrapport

3.5 **Kort oppsummering av `no-situasjonen` i helseregion Vest**

Kartlegginga i januar 2018 synte ulik og mykje tilfeldig praksis i Helseregion Vest, i overgangen mellom sjukehus og privat rehabiliteringsinstitusjon. Dette understrek det som den Regionale planen for habilitering og rehabilitering peikar på - at det er varierende praksis på tilvisings-/overføringsrutinar og rutinar for samarbeid mellom sjukehusa og rehabiliteringsinstitusjonane. Det førar mellom anna til at tenestene fortsatt opplev grenseoppgangen som uklår og at pasienten sine mål for rehabilitering ofte manglar som omtala i innleiinga, kap.3 (Helse Vest, 2015).

3.6 **Andre regionar**

I høve oppgåva til prosjektgruppa om å gjere seg kjend med tilsvarande arbeid nasjonalt eller i dei andre RHF-a (ref. kap. 2.2.1), vart det i løpet av januar 2018, innhenta informasjon via Nasjonalt nettverkt for regionale koordinerande einingar (innan habilitering og rehabilitering) og dei regionale vurderingseiningane for rehabilitering. Svara blir kortfatta referert her:

3.6.1 Helse Sør Øst

Sjekkliste for tilvising til rehabilitering i spesialisthelsetenesta ligg på nettsida til Sunnaas sjukehus: <https://www.sunnaas.no/regional-koordinerende-enhet/sjekkliste-for-henvisning-til-rehabilitering-i-spesialisthelsetjenesten>

Sykehuset innlandet (SI) er i prosess for å «*øke kontrollen*» i bruken av de private rehabiliteringsinstitusjonane. Det blir rapportert frå SI (e-post 18.1.2018) at *befolkningen i Innlandet har et høyt forbruk av rehabilitering hos private institusjoner. Styret Sykehuset Innlandet (SI) har satt fokus på området, og etterspurt tiltak for å redusere bruk av privat rehabilitering til et nivå som er i tråd med det som er vurdert behov for befolkningen fra Helse Sør-Øst (HSØ) sin side.* Det er mellom anna utarbeida ein retningslinje for korleis avdelingane i SI skal gå fram når dei har pasientar med behov for rehabilitering. Sjekklista som HSØ RHF har utarbeida, er distribuert til alle divisjonar som hjelp til å sende tilvisingar til rehabilitering.

Prosjektrapport

3.6.2 Helse Midt-Norge

Helse Midt har tatt inn følgende i sine samarbeidsavtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner (e-post 15.1.2018):

1. *Forut for oppholdet må virksomheten ha skaffet seg relevant informasjon om pasientens helse og funksjon, tidligere behandling og rehabiliteringstiltak, og forventet nytte av og mål for oppholdet. Dersom dette ikke fullt ut går frem av henvisningen må slik informasjon innhentes.*
2. *For pasienter som flyttes direkte fra sykehus til rehabiliteringsinstitusjon skal virksomheten samarbeide med sykehuset for å sikre gode rutiner for overføring og oppfølging.*
3. *Under oppholdet i virksomheten skal hver pasient ha en av fagpersonale som koordinator.*
4. *Virksomheten skal i samråd med pasienten undersøke om pasienten har koordinator i hjemkommunen eller sykehuset og/eller har fått utarbeidet en individuell plan. For pasienter som ønsker det, må virksomheten bidra til at pasienten får oppnevnt koordinator, og informeres om retten til og eventuelt får bistand til utarbeidelse av individuell plan.*
5. *Virksomheten skal sende epikrise/tverrfaglig rapport til henvisende instans/fastlege, og andre relevante samarbeidspartnere. Epikrisen eller nødvendig dokumentasjon for å kunne gi forsvarlig oppfølging skal følge pasienten ved utskrivning.*
6. *Virksomhetenes personell skal være kjent med og innrette samarbeidet med kommunene etter prinsipper som framkommer av samarbeidsavtalene og delavtalene som er inngått mellom kommunene og helseforetakene, herunder inn- og utskrivningsprosedyrer.*

Helse Nord-Trøndelag har retningslinje for tilvising fra sjukehusavdelinger til private rehabiliteringsinstitusjoner og St. Olavs Hospital har prosedyre for dette.

3.6.3 Helse Nord

Helgeland rehabilitering er i ferd med å lage avtaler med kvar av dei tre sjukehusa i Helgelandssykehuset. Prosessen er i oppstart. Opptreningscenteret i Finnmark: Når det gjelder hjerneslag så har de tett kontakt med rehabiliteringsavdelinga i Finnmarkssykehuset. Kontakten går med avdelingsleder på rehabiliteringsavdelinga. De ringes dersom det er pasienter som er i «grenseland» når det gjelder ansvarsfordeling. Sjekker ledige plasser osv. Kontakt ved behov. Fungerer bra. Kjenner hverandres tilbud og ressurser. Høyem hadde pr. 23.1.2018 ikkje funne nokon som har gjeldande avtaler/rutinar/sjekklistar med helseforetak.

Prosjektrapport

4. Søk etter forskning

Med assistanse frå bibliotekar ved UIB, Hilde Wedvich, har vi i perioden 23.april – 22.mai, gjort søk i aktuelle databaser; Cochrane, Epistemonikos, MedLine og Cinahl.

Vi kombinerte søkeorda `patient handoff, patient discharge , patient transfer og continuity of patient care. Dette er igjen kombinert med rehabilitering center og rehabilitation. Stikkprøver ble gjort på interdisciplinary communicatin og Health information Exchange. En kombinasjon med de same søkeorda og avgrensing på guidelines, standard, procedure, plan, framework, routine, checklist og program, ble også gjort. Vi har primært søkt oppsummert forskning (REVIEWS) , men tok også med noen enkeltstudiar fordi det var lite å finne på oppsummert forskning som dokumenterer overføringsprosesser mellom sjukehusog (privat) rehabiliteringsinstitusjon/rehabiliteringssenter. Vi sette grensa for tid til perioden 2012 – 2018. Vi har også brukt Quality improvement og Patient safety som søkeord. Vi fant lite/få treff på det som tar for seg akkurat problemstillinga om overføring frå sjukehus til (privat) rehabiliteringsinstitusjon. Prosjektgruppa har vurdert dei forskingsartiklane vi fann som syntest relevante for prosjektet:

Patient safety at handoff in rehabilitation medicine. (Siefferman, Lin, & Fine, 2012):

Artikkelen handlar om pasientar som overførast til akutt- og subakutt rehabilitering, der det blir peikt på at pasientane ofte overførast med utilstrekkeleg eller unøyaktig informasjon frå tilvisande sjukehus. Vidare at overføring til rehabilitering inneber stor risiko for at det oppstår feil i kommunikasjonen. Noko som inneber ein potensiell risiko for pasienttryggleiken. Det er likevel lite publisert forskning som underbygger dette, og dermed for usikker dokumentasjon for å slå fast beste praksis. Prosjektgruppa meiner at studien underbygger behovet for å sikre kommunikasjonen og informasjonen som blir gitt ved overføring frå sjukehus til vidare rehabilitering, mellom anna ut frå eit pasienttryggleiksperspektiv. Oversiktsartikkelen anbefaler standardisert overføringsinformasjon og prosess som er heilt i tråd med tilvisingsskjema og sjekklista som vårt prosjekt har utarbeida .

Artikkelen viser til behov for standardisert overføringsinformasjon med skreddarsydd informasjon for ulike kliniske tilstander (tailored Handoff). Prosjektet såg mellom anna til dette i utforminga av

Prosjektrapport

tilvisingsskjemaet (5.1.1.). Denne artikkelen tek for seg studiar om pasientar med større medisinsk kompleksitet som har behov for akutt rehabilitering (eksempel på informasjon var laboratoriesvar, røntgen m.m.). Den kan derfor ikkje nødvendigvis samanliknast direkte med «våre pasientgrupper» som skal vere medisinsk stabile før overføring til privat rehabiliteringsinstitusjon (Moen, Drageset, Eide, & Gjesdal, 2018, s. 3; Jeffs, Lyons, Renee, Merkley, Jane, & Bell, 2013). Vi meiner at artikkelen likevel har ein relevans og ein viss overføringsverdi til vårt prosjekt, då studien viser at det er behov for forbetring av overføringsinformasjon til akutt og subakutt rehabilitering.

The effects of patient handoff characteristics on subsequent care: A systematic Review (Fosters & Manser, 2012):

Artikkelen handlar om bruk av standardiserte handoffs/skjema/rutinar ved overføring av pasientar i sjukehus. I sju av tolv studiar som ble analysert, fant forskerane statistisk signifikante forbetringar når ein samanlikna resultat med bruk av standardiserte overføringsrutinar med ikkje standardiserte rutinar. Andre studiar fant blanda resultat eller ingen positive effektar. Ein studie fant negativ konsekvens i bruk av standardiserte overføringsrutinar. Det vises til at det finns lite forskning på feltet, og at studiane som finnes er vanskelige å samanlikne. Det er derfor problematisk å trekke generelle konklusjonar ut frå dette. Det finns ingen avklaringsstudiar som har analysert kva som gjør ein standardisert overføringsrutine effektiv. Til tross for studien sine manglar meiner prosjektgruppa at artikkelen underbygg trongen for standardiserte rutinar for overføring av pasientar frå en avdeling til ein anna.

Clinicians views on improving interorganizational care transitions

(Jeffs, Lyons, Renee, Merkley, Jane, & Bell, 2013)

Bakgrunnen for studien er at pasientar med komplekse helsetilstander ofte treng omsorg frå fleire ulike helsenivå (institusjonar) og at disse pasientane er spesielt sårbare ved dårlege overføringar mellom dei ulike omsorgsnivåa. Å betre overføringa mellom de ulike nivåa er viktig for å hindre re-innleggingar i sjukehus, for å betre pasientsikkerheten, og for å hindre auka omsorgsutgifter. For å finne ut meir om denne overføringsprosessen utførte dei ein kvalitativ studie som undersøkte klinikarar sin meining om kva som kunne forbetre overføringa frå akuttavdeling til rehabiliteringsinstitusjon for pasientane.

Studien peiker på følgjande punkt som kan påverke kvaliteten på overføringar og som har relevans for vårt prosjekt, i følgje resultat frå kartlegging av `no-situasjonen` (kap.3);

Prosjektrapport

- Tilsette som er involvert i overføringer av pasientar til andre avdelingar/institusjonar veit kanskje for lite om dei avdelingane pasientane overførast til og motsett.
- Dei tilsette har ulik kompetanse i høve det nivået dei tilbyr pasientomsorg på til disse komplekse pasientane.
- På grunn av manglande kunnskap om kvarandre, kan pasient bli tilvist til feil institusjon eller omsorgsnivå.
- Ein veit lite om overføringa frå akutt omsorg til kompleks medisinsk omsorg og rehabilitering. Ved denne overføringa skifter fokuset i pasientomsorga frå liv og død, til funksjon og livskvalitet.
- Pasientar som overførast til rehabilitering har ofte fleire sjukdomar, samt mentale og sosiale utfordringar.

Artikkelen viser til ein kvalitativ studie utført ved semi-strukturerte intervjuar av klinikarar tilsette på akuttavdeling på sjukehus og rehabiliteringsinstitusjonar. Alle klinikarane var direkte involvert i pasientane som ble overført. Ingen legar deltok.

Tre strategiar som klinikarane tilrådde for å minske pasientrisikoen og forbetre overføringa til eit anna omsorgsnivå var

1. **Behov for å kommunisere betre og meir effektivt.**

- Behov for samarbeid og god rapport om pasientens tilstand.
- Ein nøkkelstrategi for å sikre god pasientoverføring var å forbetre kvaliteten på kommunikasjonen mellom ulike team, både på avdelingsnivå og på tvers av avdelingar/institusjonar. Alle involverte trong god informasjon frå byrjinga.
- Direkte verbal kommunikasjon i tillegg til skriftlege rapporter. Gjerne direkte mellom dei ulike faggruppene.
- Dialog mellom sjukehus og institusjon etter tilvising og frem til pasienten overførast. Rehabiliteringsinstitusjonen kan då lage ein god plan allereie før pasienten kommer.

Prosjektrapport

- Viktig med kunnskap blant tilsette på sjukehusavdelinga om rehabiliteringsinstitusjonane og motsett. Ein kan då informere og forberede pasienten.
2. **Vere våken for pasienten sin medisinske tilstand og gjere ein god vurdering om pasienten er klar for overføring til rehabilitering eller neste nivå.** Det er fare for at pasienten blir overført før han er klar for rehabilitering. Pasienten må vere medisinsk stabil før overføring. Potensielle risikofaktorar må vurderast. God informasjon og praktisk informasjon kan trygge pasienten. Ein må møte pasienten sine behov og sikre pasienten under overføring.
 3. **Dokumentere meir konkret og fullstendig i overføringsrapportene.** Viktig å dokumentere konkret om pasientane sitt hjelpebehov her og no.

Elles ble det i studien også nemnt fleire punkt som var vesentlege; betre kunnskap om kvarandre, at praktiske ting må være på plass før, under og etter overføring (t.d. medisinar, mat og drikke, hjelpemidlar), å anerkjenne dei ulike nivåa si kompetanse. I framtida er det trong for elektroniske løysingar for utveksling av informasjon og ein kollektiv og samarbeidande tilnærming mellom nivåa er viktig.

The Impact of checklists on Inpatient Safety Outcomes: a systematic review of Randomized controlled Trials. (Boyd, Wu, & Stelfox, 2017) :

Ein systematisk review av RCT'ar for å finne ut om sjekklister, som et «decision support tool», er effektive for å auke pasientsikkerheitsutcome hos pasientar som ligg på sjukehus, (safety outcomes er definert som medisinske feil, uønskte hendingar og dødsfall). Til saman har dei gått gjennom ni artiklar, men ulempa er at disse er svært forskjellige, og forskjellig typar sjekklister, som gjer det vanskelig å samanlikne artikkane, og også overføre direkte til vårt arbeid. Mellom anna omhandlar to av artikkane sjekklister ved kirurgi (WHO surgical safety checklist), ein i høve smerte – for å betre smertekontroll hos onkologiske pasientar, ein på sjekklister på post (i høve previsitt) og ein i høve medisinerig. Konklusjonen frå denne reviewen var at de få randomiserte studiane som eksisterer indikerer at safety outcomes kan aukast, men dette gjaldt ikkje for alle studiane, og på grunn av store forskjellar i høve metodologi etc. er det vanskelig å konkludere med noko sikkert. Elles er det forslag i artikkelen å gjennomføre pilot ved implementering av ny

Prosjektrapport

sjekklister, samt viktig med regelmessig vurdering/oppdatering av eksisterende sjekklister ettersom den medisinske verden utvikler seg.

Elucidating the information exchange during interfacility care transitions

(Jeffs, et al., 2017):

Artikkelen er basert på ein kvalitativ studie som har nytta semi-strukturelle intervju og observasjon som metode. Pasientgruppa er ortopediske pasientar over 65 år.

Studien kaster lys over behovet for å auke innsatsen med å sikre at effektiv utveksling av informasjon skjer, i overgangen mellom akuttsjukehuset og rehabiliteringsinstitusjon. Informasjonen som blir gitt, er grunnlag for at det blir gitt rett behandling og at pasienten blir prioritert til et opphald i rehabiliteringsinstitusjonen. Informasjonsutveksling i overgangen mellom akutt avdeling/sjukehus til rehabiliterings institusjon har vært gjenstand for mindre merksemd i litteraturen samanlikna med fokus på informasjonsutveksling i overgangar frå sjukehus til heimen. Dette på tross av at den første pasientgruppa er meir utsatt fordi dei er i ein meir sårbar medisinsk tilstand enn pasientar som overførast til heimen. Vidare er den informasjonen som blir gitt, ofte utgangspunkt for om pasienten blir prioritert til et rehabiliteringsopphald og for seinare overgang (andre omsorgsnivå).

I denne konteksten er det gjort ein studie for å avdekke pasienten , pårørande og fagfolk si oppfatning i høve informasjonsutveksling som blir gitt frå to akuttsjukehus til ein rehabiliteringsinstitusjon. Tre distinkte tema ble fokusert på i studien:

Å ikkje ha aning om kva for ein behandlingsplan som eksisterte, bli fortalt og gjort oppmerksom på at det er ein plan og erfaring med å /ta til seg informasjonen.

Pasientane som deltok i undersøkinga/studien rapporterte at dei ikkje blei involvert i ein aktiv diskusjon med fagfolk om plan for overføring. Det er kjent at planer for overgangar i behandlingsforløp representerer potensielle «truslar» for sikkerhet og kvalitet. Disse truslane kan resultere i skade for pasienten og auke risikoen for tilbakefall, behov for lengre opphald og kan være ein økonomisk byrde for helsevesenet, pasientar og pårørande.

Dårlig/ikkje tilstrekkelig informasjon i overføringa av pasienten inkluderer ofte unøyaktig eller manglande informasjon med omsyn til pasienten sin noverande helsestatus, behandlings plan, tidlegare funksjons status (somatiske og psykologisk/kognitive utfordringar) og ikkje gjennomførte/løyste planer for behandling etter utskriving frå sjukehus. Det er vesentlig at

Prosjektrapport

pasient og pårørende har denne informasjonen/er innforstått med behandlingsplan for at pasient skal være i stand til å arbeide for /ta ansvar for egen helse. Svar på spørsmål om «kva skjer no og kva kan eg forvente i det vidare forløpet?» bidreg til at pasienten og dei som skal vere ansvarlig for den vidare behandlinga kan ta aktivt del i behandlinga; det bidrar til forbetra tilfredsheit for pasientane og betre utbytte av behandlinga.

Patient –identified information and communication needs in the context of major trauma.

(Braaf, et al., 2018):

Artikkelen handlar om utfordringar for multitraumepasientar når det gjeld å ta i mot og forstå informasjon frå helsepersonell i ulike fasar av rekonvalesens og rehabilitering. Dette er spesielt utfordrande for pasientar der mange ulike helseprofesjonar er involvert, eller når pasient blir overført frå sjukehus til rehabilitering eller kommunehelsetenesta.

Konklusjon: trongen for kommunikasjon og informasjon for alvorleg skadde pasientar blir ikkje tatt hand om på en konsekvent måte i forløpet. Det er anbefalt pasientfokustert kommunikasjon og at man tar omsyn til omgivnadar, pasientens helsestatus og pasientens leseferdighet. I tillegg er det tilrådd at pasienten får tilbod om en informasjonskoordinator, samt at informasjon til pasientar skal bli gitt klart og tydeleg på et forståeleg språk. Sjølv om artikkelen gjeld personar med multitraume som har større medisinsk og funksjonell kompleksitet, er den relevant for vårt prosjekt då den viser til at det er trong for forbetring av informasjon i overføringsprosesser. I høve konkrete punkt som bør takast hand om når ein pasient blir overført frå sjukehus til rehabilitering eller kommunehelsetenesta underbygg følgjande punkt i artikkelen element prosjektet vårt har tatt med i den praktiske sjekklista (kap.5.1.2 og vedlegg 5) :

- Effektiv kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell bygger tillit og reduserer risiko for feil og skader.
- Utreiseprosess; Info om oppfølging og tilbod i kommunehelsetenesta, samt kontaktinformasjon .
- Info om medikament, smerte og skadebehandling
- Familien eller pårørende si rolle er spesielt viktig under opphaldet i sjukehuset i fasar der pasient strever med å ta imot og forstå informasjon .Samarbeid med pårørende og pasient er viktig for å redusere angst og sikre tilgang til nødvendig informasjon

Følgjande punkt i artikkelen underbygg element i tilvisingsskjemaet som prosjektet har laga (kap.5.1.1 og vedlegg 4):

Prosjektrapport

- *Funksjonsnivå/ressursar:* Hente inn informasjon frå pasient om behov, forventningar og verdiar, er viktig i høve behandling og pleiebehov .
- *Pasienten sitt mål:* Pasientar seier at dei får utilstrekkelige forklaringar med omsyn til val av behandling, og at det er stor variasjon mellom helsepersonell på kor mykje pasienten blir involvert i å ta avgjerder
- *Familien eller pårørande* si rolle er spesielt viktig under opphaldet i sjukehuset i fasar der pasienten strever med å ta imot og forstå informasjon.
- *Koordinator* i sjukehuset.

I **Tidsskriftet – Den Norske Legeforening** – er det publisert ein artikkel frå eit nyleg avslutta doktorgradsarbeid som handlar om innføring av elektroniske, dynamiske sjekklister for tilvisingar til spesialisthelsetenesta (Eskeland, 2018). Sjølv om denne studien er knytt til fastlegar og avgrensa til tilvisingar innan gastroenterologi, er den interessant i høve vårt prosjekt, fordi vårt prosjekt blant anna har utarbeida eit dynamisk tilvisingsskjema med innbakt rettleiar i elektronisk pasientjournal (DIPS) til bruk for sjukehuslegar. Studien til Eskeland har vist at sjekklister integrert i fastlegane sitt elektroniske pasientjournalssystem kan forbetre kvaliteten på tilvisingane, lette tilvisingsarbeidet og gjere vurderingsarbeidet i spesialisthelsetenesta enklare.

Prosjektet har òg sett til det pågåande doktorgradsarbeidet til Vegard Pihl Moen, [stipendiat ved Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering](#), for oppdatert kunnskap om funksjonsnedsetting hos pasientar før rehabilitering ved privat rehabiliteringsinstitusjon i spesialisthelsetenesta, artikkel 2. Utvalet i dette arbeidet er rekruttert frå heimen/dei pasientane som fastlegane tilvisar, og har derfor ikkje direkte overføringsverdi til vårt prosjekt som handlar om tilvisingar direkte frå opphald i sjukehus (Moen, Drageset, Eide, & Gjesdal, 2018). Like fullt har prosjektgruppa undervegs i prosjektarbeidet i samband med pasientforløp i rehabilitering, reflektert rundt pasientar sitt reelle behov for rehabilitering i spesialisthelsetenesta med tanke på praksis i dag, der nokre pasientar blir skriven ut frå sjukehuset til kommunen medan dei ventar på ledig plass i rehabiliteringsinstitusjon (ref. kap 3, Kartlegging av `no-situasjonen`, kap 5.3 , Flytskjema og kap 6.1, Utfordringar/moglege konsekvensar som følgjer av prosjektet sine leveransar).

Prosjektrapport

5. Arbeidsprosess og forslag til løysingar

På bakgrunn av kartlegging av `no-situasjonen`, erfaringar frå dei ulike aktørane i praksis, brukarerfaringar, tilsvarende arbeid nasjonalt, sentrale føringar for rehabiliteringsfeltet og forskning, jobba prosjektgruppa systematisk med å oppnå dei tre måla for prosjektet. Naudsynte vurderingar av no-situasjonen blei trekt inn fortløpande, og erfaringar frå dei ulike aktørane blei henta inn undervegs av prosjektmedlemmane når det var trong for det, gjennom heile arbeidsprosessen. Dette vart fortløpande søkt nedfelt i arbeidsdokumenta, til dels også rapportert munnleg i statusmøter. Prosjektet har gjennomført 10 elektroniske møter og tre fysiske møte. Det vart ført referat for møta. SharePoint blei nytta for felles dokumentplattform for prosjektgruppa. Mellom møta gjekk kommunikasjon føre seg på e-post og i enkelte høve med enkeltmedlemmar pr. telefon. Prosjektleiari har hatt tre møter med styringsgruppa, og fortløpande kontakt med seniorrådgivar Hilde Rudlang i Helse Vest RHF for avklaringar.

Arbeidsprosessen vidare er søkt skildra under forslag til løysing for kvar av leveransane.

5.1 *Ei felles rettleiing/sjekkliste for sjukehusa*

På bakgrunn av tilbakemeldingane frå praksisfeltet og egne erfaringar, meinte prosjektgruppa at det var behov for å lage både ei sjekkliste og ein rettleiar.

I perioden februar-mars, utarbeidde dei ulike aktørane i prosjektgruppa kvar sine forslag til element og skisse for i ei sjekkliste og ein rettleiar. To samledokument med alle forslaga ble så utarbeid av prosjektleiinga. Samledokumenta ble altfor lange og derfor nødvendig å komprimere. Prosjektgruppa ble delt i to arbeidsgrupper, der oppgåva for gruppene var å bli enige om kva for element som skulle vere med i dei ferdige forslaga. Prosjektgruppa støtta seg i dette arbeidet til egne erfaringar og aktuell forskning. Ein systematisk oversikt over RCT studiar frå 2017, indikerer at sjekklister har god effekt på pasientsikkerheit i sjukehus når det til dømes gjeld overføring av pasientansvar. Sjølv om artikkelen seier at det er vanskeleg å konkludere med noko sikkert, tyder resultat frå studiane blant anna på at bruk av sjekklister kan bidra til høgare 30 dagars overleving, færre pasientar opplev postoperative komplikasjonar og at rutinar og prosedyrar i større grad blir etterlevd (Boyd, Wu, & Stelfox, 2017).

Prosjektrapport

I følge Siffermann et al (2012), som tar for seg pasientsikkerhet knytt til overføring av pasientar innan rehabiliteringsmedisin, er det stor risiko for kommunikasjonssvikt ved overføring av pasientar til rehabilitering, både mellom behandlarar/behandlingsteam, helsetenestenivå og mellom institusjonar (Siefferman, Lin, & Fine, 2012). Sjølv om denne oversiktstudien ikkje nødvendigvis har direkte overføringsverdi til dette prosjektet fordi pasientgruppa er mykje dårlegare, meiner prosjektgruppa at artikkelen likevel har ein relevans og ein viss overføringsverdi til vårt prosjekt, då studien viser at det er behov for forbetring av overføringsinformasjon til akutt og subakutt rehabilitering.

På bakgrunn av `no-situasjonen` (stor variasjon i måten å tilvisa på), tilbakemeldingar frå sjukehusavdelingar (særskilt ønsket om å gjere tilvising enkel) og prosjektmedlemmane sine forslag til element for ei sjekkliste og ein rettleiar, foreslo prosjektet å utforme sjekklista som eit standardisert tilvisingsskjema med ein innbakt rettleiar. Å standardisere overføring er i tråd med aktuell forskning (Siefferman, Lin, & Fine, 2012; Fosters & Manser, 2012).

Etter modell frå prosjektet for synsrehabilitering i Helse Bergen (Helse Bergen, Augeavdelinga, 2017), var prosjektgruppa einig i å utforme tilvisingsskjema med ein dynamisk funksjon (*Prokom-skjema*). Det vil seie når ein tar markøren over eit spørsmålstekn, får ein høve til å opne ei tekstboks der forklaring på ordet i rubrikken blir synleg med ein gong. På denne måten får tilvisar på ei enkel måte vegleing i høve eventuelle spørsmål knytt til punkta i skjemaet. Prosjektet såg også til *Nasjonal veileder for henvisninger til spesialisthelseteneste* ved utforming av skjemaet (Helsedirektoratet, 2015), og til det eksisterande tilvisingsskjemaet som fastlegane nyttar for tilvising av pasientar via Regional vurderingseining for rehabilitering (Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, Helse Bergen).

Jeffs et al (2013) støttar opp under fleire av elementa i tilvisingsskjemaet som prosjektgruppa utarbeida (vedlegg 4). Blant anna at det er behov for å gjere god greie for pasienten sin tilstand, at alle involverte treng god informasjon om pasienten frå start, at det er viktig med kunnskap blant tilsette ved sjukehuset om rehabiliteringsinstitusjonane og motsett. Ein kan då informere og betre forberede pasienten på overføringa. Vidare seier Jeffs et al (2013) at det er fare for at pasienten overførast før han er klar for rehabilitering. At pasienten må vere medisinsk stabil før overføring og at potensielle risikofaktorar er vurdert, har vi prøvd å ta omsyn til i utforminga av

Prosjektrapport

tilvisingsskjemaet. I tilvisingsskjemaet må pasienten sitt mål og funksjonsnivå bli skildra, noko som og er i tråd med Jeffs et al (2013), der dei seier at det er viktig å dokumentere konkret kva som er pasienten sitt behov for hjelp her og no. Fleire av punkta i tilvisingsskjemaet støttar også Braaf et al (2018), sjølv om denne studien retta seg berre mot traumepasientar meiner prosjektgruppa at den har overføringsverdi til andre pasientar som treng rehabilitering.

5.1.1 Skjema for tilvising (Prokom-skjema/dynamisk funksjon)

For å få informasjon om prosessen for å utarbeide eit *Prokom-skjema*, var prosjektleiar i dialog med Mona Nordvik i Helse Bergen, prosjektleiar for synsrehabiliteringsprosjektet.

E-helse, FOU avdelinga i Helse Bergen blei kontakta. E-helse ved rådgivar Jeanette Krabbedal-Mathisen, bekrefta å kunne hjelpe prosjektet med utforming av *Prokom-skjema*, og måtte då få tilsendt eit utkast i Word/Excel fil. Eit utkast i Word fil blei sendt til avdeling for e-helse 15.mai og det ble gitt innspel frå prosjektgruppa på utkasta som kom. Endeleg forslag til tilvisingsskjema med *Prokom funksjon*, ligg vedlagt (vedlegg nr 4). Prosjektgruppa tilrår at tilvisingsskjemaet leggjast inn i elektronisk pasientjournal (EPJ). Vidare meiner prosjektgruppa at det ikkje er naudsynt med pilot som Boyd et al (2017) tilrår. Dette fordi utgangspunktet pr. i dag er at det ikkje finns eit felles tilvisingsskjema/sjekkliste som alle tilvisarar nyttar. Av dette meiner prosjektgruppa at rutinane for tilvising ved bruk av det nye skjemaet berre kan bli betre, og bør gjerast tilgjengeleg for alle aktuelle tilvisarar i spesialisthelsetenesta med det same. Det bør likevel regelmessig vurderast og oppdaterast i tråd med utviklinga i rehabiliteringsfeltet og den medisinske utviklinga (Boyd, Wu, & Stelfox, 2017).

5.1.2 Praktisk sjekkliste

Prosjektgruppa bestemte at det var naudsynt å utforme ein praktisk sjekkliste etter same modell som Åstveit helsesenter nyttar i enkelte avdelingar i Helse Bergen. Sjekklista er trykt utanpå ein utreisekonvolutt som pasienten tar med seg til institusjonen. I mangel på elektronisk meldingsutvekslingssystem, syner erfaring at dette er ein brukbar manuell løysing. Likevel meiner prosjektgruppa at det er behov for elektronisk løysing for overføringa. Dette er nærare omtalt i kap.6.1. Praktisk sjekkliste skal gjennomgåast ved aktuell sjukehusavdeling før pasient vert overført. Dette for å sikre at naudsynte vedlegg til tilvisingsskjemaet som vedkjem pasienten vert overført til den aktuelle institusjonen. Sidan namnet på pasienten må stå på sjekklista, vart prosjektgruppa einige om å ikkje trykke sjekkliste utanpå konvolutten, men legge den ned i. I dei enkelte tilfella der pasienten ikkje reiser direkte til institusjonen, skal vedlegga sendast

Prosjektrapport

pr.fax/pr. post til institusjonen. Punkta i sjekklista (vedlegg 5), er også i tråd med aktuell forskning (Jeffs, Lyons, Renee, Merkley, Jane, & Bell, 2013; Jeffs, et al., 2017; Braaf, et al., 2018).

5.2 ***Ein mal for samarbeidsavtale mellom helseføretaka og institusjonane***

På bakgrunn av `no-situasjonen` både i eigen region og andre regionar (kap. 3), foreslo medlemmer av prosjektgruppa element som burde vere med i ein mal for samarbeidsavtale om samarbeid rundt fag- og tenesteutvikling og rutinar for pasientforløpet . Prosjektleiinga utarbeida to forslag til utforming av mal. I fysisk prosjektmøte den 8.mai, blei prosjektgruppa einige om å kombinera dei to forslaga som eit utkast til mal for samarbeidsavtale. I arbeidet med samarbeidsavtalen var det ulike syn på korleis praksis for tildeling av plass ved institusjonane burde gå føre seg, og korleis denne praksisen skulle formulerast i ein *mal for samarbeidsavtale*, ref. avsnitt 4.3 i Samarbeidsavtalen (vedlegg nr 6):

Når tilvisinga er tatt i mot og vurdert, kontaktar institusjonen sjukehuset og stadfestar at pasienten vert sett på venteliste med estimert overføring den dato pasienten er utskrivingsklar frå sjukehuset til institusjon. Representantar for sjukehusa i prosjektgruppa meinte at pasienten og sjukehuset må få ein dato å halde seg til for overføring, slik at ein ikkje skulle risikera at pasientane ble satt på ei venteliste utan meir ansvar frå institusjonen si side, medan institusjonane var oppteken av at dei berre kunne *planleggje* for ein dato. Dette på bakgrunn av institusjonane si erfaring med at kapasiteten ved institusjonen kan endra seg når ein kjem til (den planlagde) overføringsdatoen. Til dømes kan det skje uventa situasjonar med pasientar som allereie er på institusjon som gjer at dei ikkje kan skrivast ut den datoen det var planlagt for. Dermed er det heller ikkje plass til å ta inn ein ny pasient...

Prosjektgruppa blei til slutt einige om at pasientar som skal overførast *vert sett på venteliste med estimert overføring den dato pasienten er utskrivingsklar frå sjukehuset...*

Prosjektgruppa var også einige om at kvar av partane kan krevje avtalen revidert dersom vesentlege føresetnader for avtalen vert endra.

Prosjektrapport

5.3 *Flytskjema for rehabilitering i spesialisthelsetenesta*

Undervegs i prosjektarbeidet ble det utarbeida eit flytskjema for overføring av pasient frå sjukehus til privat rehabiliteringsinstitusjon. Ein forenkla utgåve av flytskjema er illustrert i fig.1. Denne flyten illustrerer at legar i sjukehus må vurdere pasienten sitt behov for rehabilitering. Dersom pasienten blir vurdert til å ikkje ha behov for rehabilitering i spesialisthelsetenesta, men har behov for rehabilitering på eit lågare nivå, skal pasienten bli utskriven til rehabilitering i kommunen. Dersom legen vurderer at pasienten har behov for rehabilitering i spesialisthelsetenesta, skal legen vurdere behovet for å bruke privat rehabiliteringsinstitusjon. Dersom pasienten har behov for rehabilitering i sjukehus, skal ein følgje alternative prosessar for overføring internt i sjukehusa (t.d. tilvisingar til AFMR). Dersom pasienten blir vurdert til å ha behov for rehabilitering i privat rehabiliteringsinstitusjon, skal behandlande lege i sjukehuset sende tilvising til aktuell rehabiliteringsinstitusjon. Då skal ein bruke det nye tilvisingsskjemaet som prosjektet har utarbeidd (ref. kap 5.1.1 og vedlegg 4) . Spørsmåla i flytskjema illustrerer nokre av dei spørsmåla som har kome opp når sjukehuslegar skal vurdere pasienten sitt behov for rehabilitering i privat rehabiliteringsinstitusjon. Disse spørsmåla har prosjektet søkt svart ut gjennom vegleiinga som er utarbeidd i tilvisingsskjemaet samt gjennom mal for samarbeidsavtale for fag- og tenesteutvikling og rutinar for pasientforløpet (kap. 5.2 og vedlegg nr.6).

Prosjektrapport

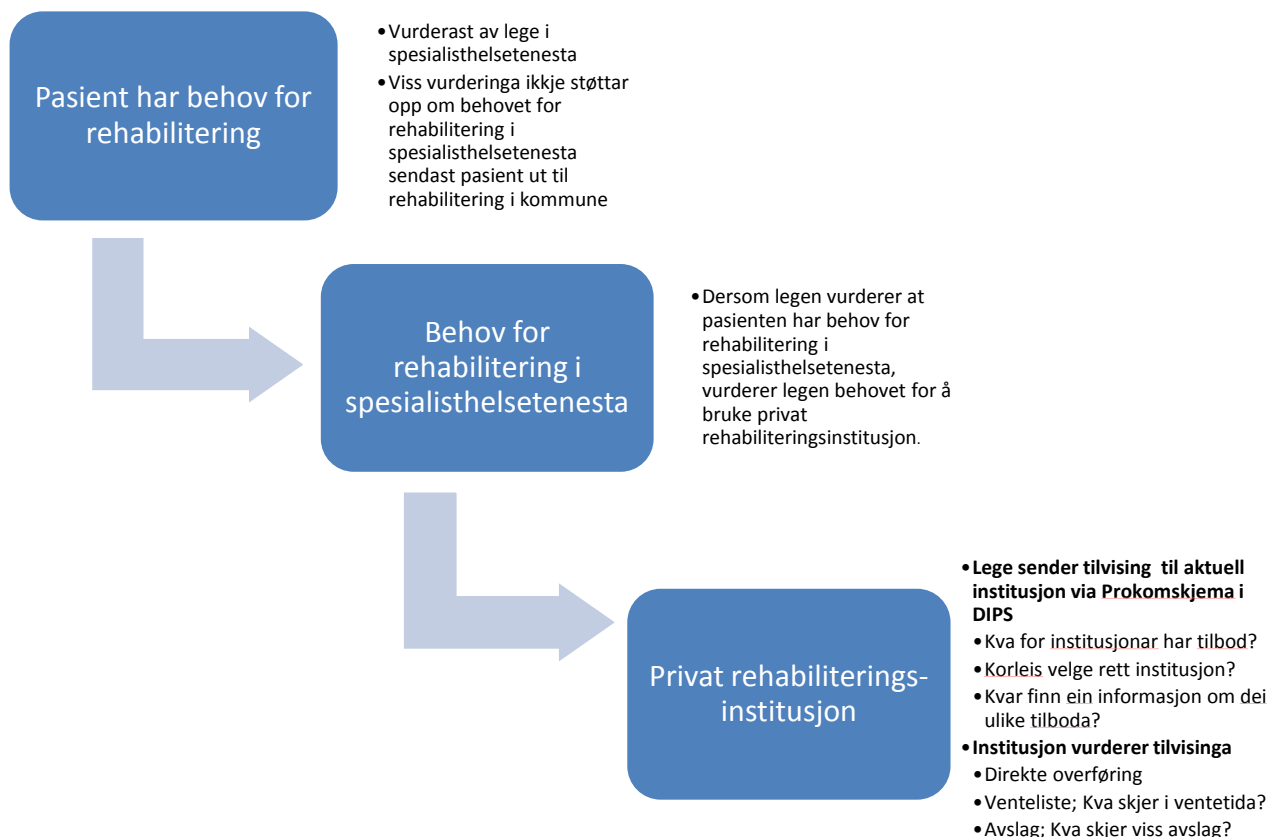


Fig.1

5.4 *Ein plan for implementering av sjekklista og malen*

I prosjektmøte 7. juni jobba prosjektgruppa fram innhald i ein generisk regional opplæringsplan for innføring av ny mal for samarbeidsavtale, sjekkliste og tilvising med rettleiar for overføring av pasientar frå sjukehus til privat rehabiliteringsinstitusjon. Då implementering i all hovudsak gjeld opplæring i bruka av nye skjema og arbeidsrutinar, valte prosjektet å lage ein plan for opplæring. Didaktisk relasjonsmodell (Bjørndal & Lieberg, 1978) ble brukt. Valet av modell vart gjort på bakgrunn av at det har vore den mest brukte planleggingsmodellen for undervising i lærarutdanninga i Noreg dei siste tiåra (Hiim & Hippe, 2006). Prosjektstøtta frå Fagsenter for administrative system i Helse Bergen, hadde også god erfaring med å bruke denne modellen i

Prosjektrapport

andre prosjekt. Det neste kapittelet tek for seg hovudelementa i prosjektgruppa sitt forslag til opplæringsplan (vedlegg nr 7)

5.4.1 Opplæringsplan

I det vidare vert hovudelementa i opplæringa beskrive. For fleire detaljar sjå opplæringsplanen (vedlegg nr 7.).

5.4.1.1 Læringsmål

Prosjektet har definert følgjande opplæringsmål:

1. Å betre pasientforløp for spesialisert rehabilitering
2. At sjukehusa har felles praksis for tilvising til dei private rehabiliteringsinstitusjonane
3. Å auke kunnskap hos tilvisande legar for å sikre rett pasient til eigna/rett rehabiliteringstilbod til rett tid.
4. Auke kunnskap om dei private rehabiliteringsinstitusjonane sitt tilbod og deira plass i spesialisthelsetenesta (jf. samarbeidsavtalene).
5. At dei private institusjonane og relevante faggrupper/tverrfagleg personell i HF`a har kunnskap om dei nye tilvisingsrutinane, praktisk sjekklister og samarbeidsavtalar

5.4.1.2 Rammefaktorar

Dei viktigaste rammefaktorane prosjektet har identifisert er:

- Forankring
- Målgruppe (personar som skal læres opp)
- Tid (tidsaspekt)
- Tilgjengelege ressursar (instruktørar og andre personellressursar)
- Kostnad

5.4.1.3 Målgrupper

Målgruppene er alle som vil ha behov for opplæring. Kategoriane i figur 2, er plukka frå dei logiske grupperingane som er knytt til prosess for tilvisingar og overføring av pasientar til private rehabiliteringsinstitusjonar:

Prosjektrapport

Målgruppe	Kommentar
Legar	Tilvis til privat rehabiliteringsinstitusjon.
Sjukepleiarar	Følgjer opp pasient i overføring til privat rehabiliteringsinstitusjon. Samlar informasjon som blir send med pasient jf. Sjekkliste.
Ergo-/fysioterapeutar, og andre relevante faggrupper/tverrfagleg personell	Funksjonsbeskriving som støtter opp om vurdering av tilvising og informasjon til privat rehabiliteringsinstitusjon.
Leiarar/ nivå 2-3	Forankring av ny felles prosess for tilvising og mal for samarbeidsavtale. Leiar gjennomfører forankring i samarbeid med fagdirektør og lokalt ansvarleg for opplæringa.
Sekretær/Merkantilt personell	Sender ut tilvising på faks og pr. post.
Privat rehabiliteringsinstitusjon	Tek imot tilvising og samarbeider med føretaka.
Brukerutvalg	Formidlar informasjon til brukerorganisasjonar.

Figur 2- henta frå Opplæringsplan (vedlegg nr.7)

5.4.1.4 Tid

I diskusjon om tidsaspektet i samanheng med utrulling, var det ulike synspunkt som kom fram. Nokre meinte at ein kort intensiv opplæringsperiode ville vere best og enklast å få gjennomført. Andre meinte at ein burde bruke lengre tid for å fordele belastninga jamnare på føretaka. Prosjektgruppa konkluderte med at tidsaspektet vil vere avhengig av kor mange som skal ha opplæring og tilgjengelege ressursar til å drive opplæringa. Det er derfor viktig at styringsgruppa set ein dato for fullført utrulling.

5.4.1.5 Tilgjengelege ressursar

Føretaka sine representantar i prosjektgruppa vil naturleg vere dei mest aktuelle å nytte lokalt, inkludert legane fordi tema for opplæringa i hovudsak treff legane sitt arbeid mot dei private rehabiliteringsinstitusjonane. Kompetansesenteret er ein sentral aktør og ressurs som kan bidra inn i opplæringa etter behov.

5.4.1.6 Innhald og metode i opplæring og utrulling

Tema og metode for opplæring er nøye skissert i opplæringsplanen (vedlegg 7).

Å gjere skjema for tilvising tilgjengeleg i DIPS, vil i vere ein BigBang modell. Då kunnskap og kjennskap til tilvising for rehabilitering til private institusjonar er liten, har prosjektgruppa vurdert at behandlande legar ikkje vil ta den i bruk før dei har gjennomgått opplæring om ny tilvisingsrutine. På denne måten vil ein sikre ein trinnvis skalering av løysinga i føretaka.

Prosjektrapport

5.4.1.7 Kostnad

Føretaka er ansvarleg for sin eiga utrulling og kostnader knytt til utrullinga.

Prosjektgruppa har vurdert at den største kostnaden vil vere knytt til personellressursar som skal utvikle og stå for opplæringa. Døme på mindre kostnader knytt til opplæring er skissert i opplæringsplanen (vedlegg 7).

5.4.1.8 Tilråding

Prosjektgruppa si tilråding for å få gjort ein god og best mogleg opplæring, er at kartlegging, informasjonsdeling, opplæring og evaluering blir organisert som eit lokalt prosjekt. Oppgåver som prosjektet må ta hand om er nemnt i opplæringsplanen.

Prosjektgruppa meiner at suksesskriterium for ei god implementering og opplæring er følgjande:

- Mal for samarbeidsavtale, sjekklister og tilvisingsskjema med rettleiar, blir godt forankra i fagmiljøa og hos leiinga i det enkelte føretak.
- Fagdirektørane gjennomfører forankring hos leiargruppa/nivå 2-3 leiarar i føretaka.
- Utrullinga i føretaka bør organiserast som prosjekt for å ivareta koordinering på tvers av einingar
- Avtale mellom HF og aktuelle institusjonar bør vere gjennomført før utrulling av opplæringsplanen
- Skjemaet for tilvising til rehabilitering i privat rehabiliteringsinstitusjon, er tilgjengeleg i DIPS allereie i starten av innføringa.
- Kommunikasjonsavdelinga i HV hjelper med å lage felles informasjon til alle HF'ane sine intranettsidar

Ut frå tematikken har prosjektgruppa identifisert at det er trong for å gi informasjon og opplæring om bakgrunn for prosjektet, om vurdert rett for spesialisert rehabilitering, nytt tilvisingsskjema i DIPS, konvolutt og sjekklister i overføringa, om samarbeidsavtalar mellom føretaka og dei private rehabiliteringsinstitusjonane i Helse Vest, kvar ein finn informasjon, kven ein kontaktar for spørsmål og bruk av Barthel score skjema. Ut frå at det nye tilvisingsskjemaet i DIPS med Prokom funksjon er intuitivt, meiner prosjektgruppa at det ikkje er behov for opplæring i bruken av det. Prosjektet har utvikla rettleiar som er innbakt i Prokom skjemaet. Føretaka er ansvarleg for utrulling, men fagdirektørane bør sette ein dato for når implementering skal vere gjennomført.

Prosjektrapport

6. Veggen vidare – overføring til linja

Dette kapitlet skildrar følgjer av arbeidet som er gjort undervegs i prosjektet, oppgåver som skal følgjast opp samt nytteeffektar.

6.1 **Utfordringar/moglege konsekvensar som følgjer av prosjektet sine leveransar**

Følgjer av arbeidet som er gjort undervegs i prosjektet:

- Forståelsen av [§ 9 i Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter](#) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) blei diskutert undervegs i prosjektet i høve pasientforløp i Specialisthelsetenesta og om praksisen i dag er forsvarleg. Døme: *dersom ein pasient blir vurdert til å ha behov for vidare behandling – i dette høve – rehabilitering - i spesialisthelsetenesta etter medisinsk behandling i sjukehus, kan pasienten då bli utskreven til kommunen dersom den aktuelle private rehabiliteringsinstitusjonen ikkje har ledig plass med ein gong?*

Denne problemstillinga gjeld i nokon grad i alle helseføretaka og spesielt i eitt, der pasientar blir skrivne ut til kommunen mens dei ventar på plass i rehabiliteringsinstitusjon. Helse Vest har gitt tilbakemelding om at det er sjukehusa sitt ansvar å vurdere om utskrivning til kommunen er forsvarleg. Av dette følgjer: Viss pasienten ikkje kan skrivast ut, men må overførast direkte til rehabiliteringsinstitusjon (som del av gangen i spesialisthelsetenesta), må sjukehuset overføre pasienten til ein rehabiliteringsinstitusjon med plass. Det er i denne samanheng verd å minne om ordninga med Fritt behandlingsval som og inkluderer rehabilitering (Direktoratet for e-helse). Viss det er forsvarleg at pasienten ventar på plass, kan pasienten skrivast ut til kommunen, og kommunen kan ikkje ta betaling for dette.

- Prosjektgruppa meiner at det er behov for å utvikle ei elektronisk løysing i EPJ for å sende tilvising frå sjukehus til privat rehabiliteringsinstitusjon. Dette for å effektivisere tilvisingsprosessen, noko som også vil gi ein meir effektiv pasientflyt. Dette er i tråd med eit av måla for «Vel Møtt» prosjektet, *pasientflyt og ressursar* (Helse Vest, 2018) og aktuell forskning. Jeffs et al nemnar i sin studie at det trengs elektroniske løysingar for utveksling av informasjon som eit tiltak for å forbetre kvaliteten på overføring av pasientar frå akuttavdeling til rehabiliteringsinstitusjon (Jeffs, Lyons, Renee, Merkley, Jane, & Bell,

Prosjektrapport

2013). IKT løysinga er ei viktig føresetnad for god samhandling mellom sjukehusa og dei private rehabiliteringsinstitusjonane i samsvar med prosjektporteføljen for «Vel heim» prosjektet i regionen (Helse Vest, 2018).

6.2 *Oppgåver som linja skal følgje opp*

Andre oppgåver som følgjer av arbeidet som er gjort underveis i prosjektet - er lista i tabellen under.

Oppgåver	Eining	Ansvarleg (namn)	Tidsfrist
Institusjonane må ha oppdatert informasjon om sine tilbod på eigne nettsider. Dette må samsvare med info som ligg på HelseNorge.no	Dei private rehabiliterings institusjonane i HV	Leiarar av institusjonane	Jamleg/etter kvart
Oppdatere informasjon på Helse Vest sin nettside om institusjonane sine tilbod	Helse Vest/ Kommunikasjons- avdelinga	Kontaktperson for prosjektet i HV: (Hilde Rudlang)	15.10.18
Utarbeide felles informasjon til alle HF'a om prosjektet og dei nye tiltaka	Helse Vest/kommunikasjons avdelinga/kommunikasjonsavdeling i HF'a	Kontaktperson i HV	Januar 2019

I tillegg foreslår prosjektgruppa at Helse Vest arrangerer eit fysisk informasjonsmøte om prosjektet for dei private rehabiliteringsinstitusjonane og sjukehusa.

Prosjektrapport

6.3 *Realisering av nytteeffektar*

Prosjektgruppa meiner at viss innhald i samarbeidsavtalar blir praktisert, her under samarbeidsmøter mellom sjukehusa og rehabiliteringsinstitusjonane, det nye tilvisingsskjemaet med rettleiar samt praktisk sjekklister blir tatt i bruk, vil dette på lang veg bidra til betre koordinering, meir målretta og meir likeverdige rehabiliteringstenester for aktuelle pasientar. Det vil og betre kvalitet på tilvisingane til dei private rehabiliteringsinstitusjonane.

På bakgrunn av erfaring med at implementering av nye tiltak i ein organisasjon tek lang tid, foreslår prosjektgruppa at nytteeffekten av prosjektet blir målt to år etter implementering av tilvisingsskjemaet, praktisk sjekklister og mal for samarbeidsavtale. Nyttteeffekten kan til dømes målas ved å sende ut same spørsmål til dei same aktørane som tok del i kartlegging av `no-situasjonen`. Dei viktigaste aktørane er pasientane og deira oppleving av om rehabiliteringstenestane er meir koordinerte, samanhengande, målretta og likeverdige. I tillegg kan ein på lengre sikt hente ut tall frå SAMDATA for rehabilitering i spesialisthelsetenesta, for å samanlikne tall for sjukehusa sin bruk av private rehabiliteringsinstitusjonar i 2016 med åra framover. Å måle mengda tilvisingar med det nye tilvisingsskjemaet vil vere ein god indikator for å etterprøve om det nye tilvisingsskjemaet blir brukt. Plandokument for realisering av nytteeffektar er utarbeida (vedlegg 8).

Prosjektrapport

7. Vedlegg

1. *Prosjektdirektiv - Overgangen mellom sjukehus og privat rehabiliteringsinstitusjon*
2. *Beskrivelse av eksisterende dokument*
3. *Spørsmål til avdelingene*
4. *Tilvising til privat rehabiliteringsinstitusjon i spesialisthelsetenesta*
5. *Praktisk sjekklister*
6. *Ein mal for samarbeidsavtale mellom helseføretaka og institusjonane, om samarbeid rundt fag- og tenesteutvikling og rutinar for pasientforløpet*
7. *Opplæringsplan for innføring av skjema for tilvising, sjekklister og mal for samarbeidsavtale*
8. *Plan for realisering av nytteeffektar*

Prosjektrapport

8. Referansar

Bjørndal, B., & Lieberg, S. (1978). *Nye veier i didaktikken?: en innføring i didaktiske emner og begreper*. Oslo, Norge: Aschehoug.

Boyd, J., Wu, G., & Stelfox, H. (2017). The Impact of checklists on inpatient Safety Outcomes: a systematic review of Randomized controlled Trials. *J Hosp Med* 2017, 12 (8):675-682.

Braaf, S., Ameratunga, S., Nunn, A., Christie, N., Teague, W., Judson, R., et al. (2018). Patient-identified information and communication needs in the context of major trauma. *BMC Health Services Research* (2018) 18:163.

Direktoratet for e-helse. (u.d.). *Helsenorge.no-fritt behandlingsvalg*. Henta Juni 28, 2018 frå <https://helsenorge.no/rettigheter/fritt-behandlingsvalg>

Eskeland, S. L. (2018). Appropriateness and quality of referral letters in gastroenterology - development of a quality score and a referral improvement tool. *Tidsskriftet - Den Norske Lægeforening Nr.9, 2018;138*, s. 821.

Fosters, S., & Manser, T. (2012, August). The Effects of Patient Handoff Characteristics on Subsequent Care: A systematic Review and Areas for Future Research. *Academic Medicine, Vol. 87, No. 8*.

Helse Bergen, Augeavdelinga. (2017, 11 28.). *Synsrehabilitering*. Henta Mai 15., 2018 frå <https://helse-bergen.no/avdelinger/augeavdelinga/synsrehabilitering/augeavdelinga-si-rolle-i-synsrehabilitering>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Forskrift om endring forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter*, § 9. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-12-22-1871>

Helse Vest. (2015). *Regional plan for habilitering og rehabilitering 2016-2020*. Henta Juli 9, 2018 frå <https://helse-vest.no/seksjon/planar-og-rapportar/Documents/Regionale%20planar/2016%20-%20Regional%20plan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%202016%20-%202020.pdf>

Helse Vest. (2018, juni 21). *Alle møtar - pasientflyt og ressursar*. Henta Mai 29, 2018 frå <https://helse-vest.no/helsefagleg/prosjekt-og-program/alle-moter#pasientflyt-og-ressursar>

Helse Vest. (2018). *Prosjektkandidat - beskrivelse - "Vel Heim"*. Prosjektportefølje.

Helsedirektoratet . (2015, 11 2.). *Henvisningsveileder-Nasjonal veileder for henvisninger til spesialisthelsetjenesten*. Henta Mai 15., 2018 frå <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/henvisningsveileder/seksjon?Tittel=innholdet-i-henvisningen-1109#pasientopplysninger>

Prosjektrapport

Helsedirektoratet 2018. (2016). *SAMDATA Spesialisthelsetjenesten-Rehabilitering/habilitering*. Henta Juli 9, 2018 frå <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/96a32585-d218-4b60-98db-2361382a79b2?e=false&vo=viewonly>

Hiim, H., & Hippe, E. (2006). *Praksisveiledning i lærerutdanningen: en didaktisk veiledningsstrategi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jefferis, L., Lyons, Renee, F., Merkley, Jane, & Bell, C. M. (2013). Clinicians' views on improving inter-organizational care transitions. *BMC Health Services Research* 2013, 13:289.

Jefferis, L., Saragosa, M., Law, M., Kuluski, K., Espin, S., Merkley, J., et al. (2017, Juli 12). Elucidating the information exchange during interfacility care transitions: Insights from a Quality Study. *BMJ Open*.

Moen, V. P., Drageset, J., Eide, G., & Gjesdal, S. (2018, Mars 2.). Dimensions and predictors of disability - A baseline study of patients entering somatic rehabilitation in secondary care. (Andrea Martinuzzi, Red.) *PLoS ONE* 13(3):e0193761.

Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, Helse Bergen. (u.d.). *Regional vurderingseining for rehabilitering*. Henta Juni 19., 2018 frå <https://helse-bergen.no/regionalt-kompetansesenter-for-habilitering-og-rehabilitering/regional-vurderingseining-for-rehabilitering#tilvising>

Siefferman, J. W., Lin, E., & Fine, J. (2012). Patient Safety at Handoff in Rehabilitation Medicine. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 23 (2012), ss. 241-257.