



Prosjekt

Kompetanseutveksling mellom sykehus og kommunene

Et samarbeidsprosjekt mellom Undervisningssykehjemmet Region Sør, Kristiansand kommune og Spesialsykehuset for rehabilitering, Kristiansand.



www.rehabilitering.net



Sluttrapport

Prosjekttittel	Kompetanseutveksling mellom sykehus og kommune
Prosjektleder	Grete Dagsvik
Prosjektmedarbeidere	Mette B Nilsen, Songdalen kommune/ undervisningssykehjemmet Region Sør. Ellen Torgersen fra EBT og Jostein Kornbrekke fra rehabiliteringsenheten, Kristiansand Kommune. Svein A. Berntsen, Lars-Otto Nome, Gro Johannessen fra SSR, Kristiansand
Prosjektperiode	Mars 07- mars 08 + mars08-mars 09

For mer informasjon om prosjektet. Kontakt grete.dagsvik@rehabilitering.net

Innholdsfortegnelse

Sluttrapport	1
Kompetanseutveksling mellom sykehus og kommune	1
Innholdsfortegnelse	2
Sammendrag	3
Kap 1. Bakgrunn for prosjektet.....	4
Målgruppen: Personer med ervervet hjerneskade.....	5
Fokus.....	6
Kap 2. Metode og prosjektgjennomføring	6
Kap 3. Resultater og resultatvurdering.....	9
Kap 4. Oppsummering / Konklusjon / Videre planer.....	10
Vedlegg.....	11

Sammenheng

Prosjektets annen fase har hatt til hensikt å videreutvikle og sikre kunnskap og informasjon om samhandling i utskrivningsfasen. Målet er at pasienter med hjerneskade skal oppleve en sammenhengende behandlingsskjede, der aktørene er kjent med hverandres arbeids- og ansvarsområder og bruker denne kunnskapen til å gi et godt og forutsigbart tilbud til pasienten/brukeren.

Vi har etablert og videreutviklet samhandlingsmodellen som en web-basert modell som skal være tilgjengelig for alle; pasienter, kommuner og sykehus. Alle prosedyrer, ansvarsavklaringer og informasjon omkring utskrivningsprosessen er gjort tilgjengelig for de involverte parter. Resultatet finnes på SSRs nettside, under: rehabilitering.net – Pasient/pårørende / fagperson – behandlingstilbud – samhandling i utskrivningsprosessen.

www.rehabilitering.net
[Samhandlingsmodellen](#)

En synergieffekt av prosjektet er økt kunnskap og forståelse mellom aktørene. Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har gjennom regelmessige treffpunkt belyst aktuelle tema og problemstillinger og hatt en åpen dialog med eksempler fra hverdagen. Dette har bidratt til en mer inngående kunnskap om hvilke problemstillinger og utfordringer pasientene og pårørende har, og hvordan vi fra ulike perspektiv imøtekommer dette. Denne gjennomgangen av hva som er utfordringene for pasientene har bidratt til et sterkere fokus på nødvendigheten av at tjenestetilbudet skal oppleves som sammenhengende for den som skal motta tjenester og hjelp.

Gjennomgangen og oversikten bidrar til mer eksakt informasjon til pasienten, dermed bedre forutsigbarhet.



Kap 1. Bakgrunn for prosjektet

Spesialsykehuset for rehabilitering (SSR) Kristiansand gir et spesialisert rehabiliteringstilbud til personer med ervervet hjerneskade. SSR tar i mot pasienter fra tidligere Helse Sør, men med hovedtyngden av pasienter er bosatt i Aust – og Vest – Agder. SSR har en flerområdefunksjon for pasienter med alvorlig hjerneskade.

Tiltakene som settes i verk gjennom dette prosjektet skal bidra til økt kunnskap om pasientenes tilbud i helsesystemene. Det er vesentlig å komme tidlig i gang med rehabiliteringen, og at det er et livsløpsperspektiv på tjenestene. Nettverket og nærmiljøet til pasienten har en viktig rolle i rehabiliteringsprosessen, og individuell plan (IP) er et sentralt redskap i alle rehabiliteringsfaser.

Det første året av prosjektet var et pilotprosjekt, i samarbeid med Songdalen kommune, vertskommune for hovedundervisningssykehjemmet (hovedUSH) i Helseregion sør. Prosjektet har i år to blitt utvidet med representanter fra Kristiansand kommune. Kommunen har en tjenestetildelingsorganisering, som stadig flere store kommuner har, og vi har hatt fokus på at samhandlingen slik den er beskrevet i modellen også skal fungerer i en større kommune med denne organiseringen. Prosjektsamarbeidet med hovedUSH i Songdalen kommune, som har samarbeidsavtale med 12 kommuner på Agder, har fortsatt gjennom prosjektperioden.

I denne perioden av prosjektet har vi fått større erfaringer med benyttelse av samhandlingsmodellen på individ nivå.

Aktørenes fokus på utvikling av effektive, sammenhengende og kvalitativt gode tjenester stiller også store krav til utvikling av samarbeid med eksterne aktører.

Vi har derfor i gjeldende handlingsplan periode prioritert strategisk utadrettet samarbeid hovedsakelig i følgende nettverk:

OSS- overordnet strategisk samarbeidsutvalg mellom Sørlandet sykehus HF og kommunene på Agder.

Knutepunkt Sørlandet: Nettverk innen helse, sosial og omsorg for videreutvikling av interkommunalt samarbeid innenfor identifiserte områder.

Praxis Sør – nettverk mellom Kristiansand kommune, UiA og Sørlandet sykehus for kompetanseheving, forskning og kvalitetsutvikling

NAV – samarbeid – utvikling

ASSS – Har fokus på ressurs- og kvalitetssammenligning med andre kommuner.

Målgruppen: Personer med ervervet hjerneskade.

En ervervet hjerneskade oppstår etter at man først har hatt en normal utvikling. Ervervet hjerneskade innebærer diagnoser; traumatisk hjerneskade, hjerneslag, diffus hjerneskade, hypoxiskade og anoxiskade.

Nesten 9500 nordmenn utsettes for traumatisk hjerneskade hvert år og 16000 utsettes for hjerneslag årlig, i tillegg kommer skader etter oksygenmangel til hjernen, selvmordsforsøk m. fl. Alvorlighetsgrad og skadeomfang varierer, men redusert fysisk funksjon, kognitiv funksjon og redusert praktisk og sosial funksjon er vanlig blant personer med ervervet hjerneskade. I forløpet etter en skade kan personen også oppleve vedvarende endringer i forhold til områdene egen helse, familie, skole, arbeid og øvrig deltakelse i samfunnet. Mangel eller utilstrekkelig kunnskap om dette i hjelpeapparatet kan føre til at personene ikke får den hjelpen/oppfølgingen de har behov for, som kunne gitt dem en bedret mestring og livskvalitet. Tilbudet om rehabilitering virker noe avhengig av hvor i landet man bor.

Aktuelle pasienter for prosjektet var:

- Personer med ervervet hjerneskade hjemmehørende i en av Knutepunkt Sør kommunene, eller Kristiansand kommune.
- Den skadde skal enten ha vært inneliggende ved SSR, eller ha behov for oppfølging fra Ambulant rehabiliteringstjeneste (ART) fra SSR.
- Fra 16 år og oppover

Eksklusjonskriterer:

- Store vansker med rusavhengighet og eller hovedvekt på psykiske lidelser. Disse personene vil i stor grad være under oppfølging i henholdsvis rusomsorgen eller psykiatrien.
- Degenerative lidelser

Vi har tenkt oss at resultatet av prosjektet vil kunne være overførbart til andre diagnosegrupper innen rehabiliteringsfeltet.

Fokus

Målet med prosjektet var å sikre et sammenhengende rehabiliteringstilbud for personer med hjerneskade fra sykehus til hjemmet, ved å gjøre samhandlingsprosessen tydelig og forutsigbar for de involverte parter. Parallelt arbeides det med videreutvikling av ambulante tjenester, samarbeid med kommunene og senfaserehabilitering. Prosjektet har hatt fokus på følgende elementer:

Videreutvikle samhandlingsmodell mellom SSR og de ulike kommunene.

Etablere og videreutvikle samhandlingsmodellen som en webbasert modell som vil være tilgjengelig for alle kommuner og sykehus. Alle prosedyrer, ansvarsavklaringer og informasjon omkring utskrivingsprosessen vil gjøres tilgjengelig for de involverte parter.

Dialog mellom aktuell kommune og spesialisthelsetjenesten (ofte gjennom ambulant rehabiliteringstjeneste ved SSR) når nye problemstillinger oppstår i senforløpet av rehabiliteringsprosessen.

Samarbeid med regionens praksiskonsulenter (PKO)

Kap 2. Metode og prosjektgjennomføring

Det viktigste arbeidet i prosjektperioden har vært å utvikle en samhandlingsmodell for overføring av primærpasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten. Det har vært fokus på innhenting av informasjon, undervisning og samhandling med ulike kommuner bl.a. gjennom hovedUSH sitt nettverk, etater og tverrfaglig personale på alle nivå.

Prosjektet har jobbet gjennom møtevirksomhet, dialog i ulike fora og med å se på pasienteksempler. Det var klart at det var i punktene med overganger, overføringer som det var størst sprik i hva som var fokus: hva hadde pasienten fokus på, hva tenkte sykehuspersonalet på og hva fokuserte kommunalt personalet på? Beskrivelsen av hva som skulle gjøres fikk medlemmene til å forstå hverandres situasjon og ble inspirasjon og grunnlag for å se på forbedringer og endringer.

Prosjektgruppen har hatt jevnlige møter, med referat med oppsummering av temaene som har vært diskutert. Prosjektmedarbeiderne har testet ut modellen i pasienteksempler og sammen med andre kollegaer.

Vi har avviklet et referansegruppemøte. Prosjektet ble presentert og modellen ble gjennomgått. Møtet brukte samtale og ordet fritt til å drøfte tema. Referansegruppen besto av representanter fra PKO SSR, sykehuslege SSR, sykehusavdeling SSK, Knutepunkt Sør kommunene, brukerorganisasjoner og UiA.

Referansegruppe:

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon:

Landsforeningen for trafikkskadde:

Praksiskonsulent, PKO – SSR: Eivind Grønland,

Praksiskonsulent, PKO – SSR: Olga Rugsland,

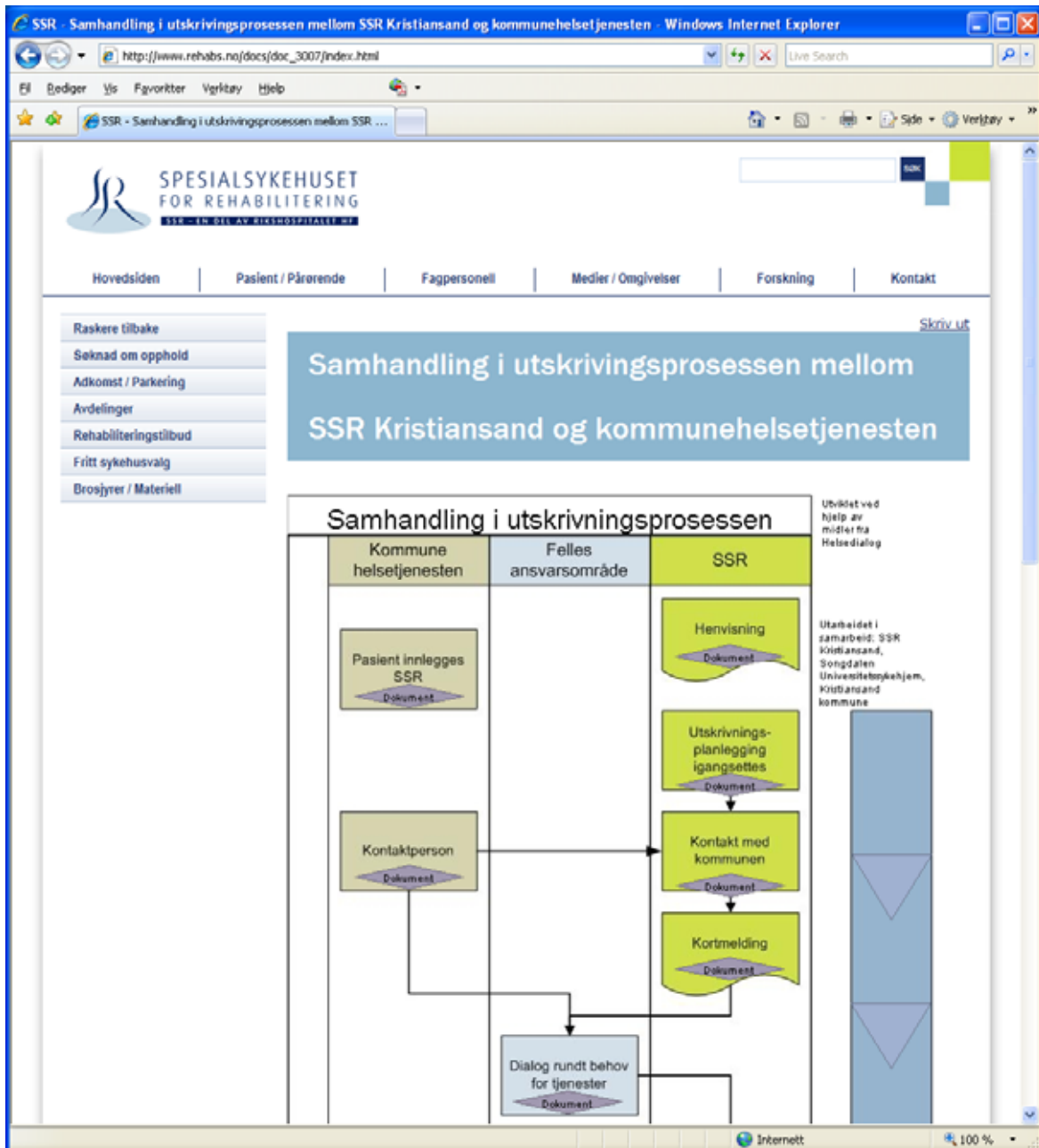
SSK, sykepleier nevrologisk avdeling: Oddny Jørgensen,

SSR – avdelingsoverlege: Rein Knoph,

Kristiansand, kommuneoverlege: Vegard Vige,
Helse og omsorgssjef Songdalen, koordinator for HovedUSH, Helseregion sør: Margun
Øhrn,
Universitet i Agder: Anette Tønnsberg

Det kom innspill som var interessante og nyttige for prosjektet.

Modellen er laget webbasert i SSRs Elektronisk kvalitetsSystem, EQS (www.extend.no), slik at prosedyrene for overføring og samhandling av pasienter skal gjøres kjent gjennom internett for alle www.rehabilitering.net ([Direkte til samhandlingsmodellen](#))



Prosjektmedarbeidere har presentert modellen i ulike sammenhenger, i enkeltmøter med andre sykehus og og møter på ledelsesplan og i arbeid med enkeltpasientsaker.

Her er modellen blitt presentert:

- Ny-åpning av Kløvertun, Kristiansand kommune. (presentasjonen er vedlagt)
- Internpresentasjon for seksjonene i SSR både i KrS og Stavern
- Styringsrådet for hovedUSH, les mer her: [Songdalen kommune - USH-Undervisningssykehjem](#)

Ved oppstart av prosjektet og mot slutten av prosjektet ble det også gitt orientering til:

- Landsforeningen for Trafikkskadde (LTN).
- Overordnet strategisk samarbeidsutvalg(OSS), www.sshf.no Sørlandet sykehus, møte for region Øst.
- Knutepunkt Sørlandet, www.knutepunktsorlandet.no fagnettverk - rehabilitering



Kap 3. Resultater og resultatvurdering

Samhandlingsmodellen for samarbeid omkring utskriving av pasienter med hjerneskade fra sykehus til kommune ligger tilgjengelig på internett, [www. rehabilitering.net](http://www.rehabilitering.net) ([Samhandlingsmodellen](#))

Tilbakemeldingene på modellen til prosjektet er:

- det er nyttig og bra at det som gjøres blir synlig for pasienter/pårørende, helsepersonell og andre.
- Modellen viser at det er ulike arenaer der tiltak skjer og at det er en del felles områder der det er behov for dialog og samarbeid mellom pasient, pårørende, sykehus og kommune.
- Ytterligere bakgrunnsinformasjon ønskes; mer fokus på fastlegens rolle og lenker til bl.a. søknadsskjema, offentlig informasjon, kommunenes egne hjemmesider.

Denne informasjonen vil bli brukt til å justere og vedlikeholde og oppdatere modellen og dokumentene som ligger tilknyttet modellen. Brukerne av modellen inviteres til å gi tilbakemeldinger. SSR Kristiansand har påtatt seg oppgaven med å ta imot innspill og deretter revidere modellen i samarbeid med den etablerte prosjektgruppen.

Tilgjengeligheten for informasjonen på internett er pr i dag litt gjemt. Systemet er under videreutvikling. Modellen vil også knyttes til rehabiliteringsforløpene etter hvert som disse blir ferdigstilt.

SSR Kristiansand overdras til Sørlandet Sykehus HF fra 1.juli 2009, det er derfor pr i dag knyttet noe usikkerhet til hvordan den modellen og pasientforløpene blir presentert gjennom ny organisering.

Arbeidet i prosjektgruppen med å beskrive det som gjøres i dag, og det vi ser for oss skal gjøres, har sørget for at nivåene har møttes, stilt hverandre spørsmål og drøftet problemstillinger som har vært aktuelle for begge parter. Det har vært en egnet arena med mulighet for å fortelle hverandre hva som ligger til grunn for valg og handlemåte og hva som er opplevelsen av problemstillinger i hverdagen. Ofte er det uklarhet i forbindelse med overganger mellom systemene og på arenaer der det er flere aktører samtidig som ser ut til å være hovedutfordringene.

I dialogen om samhandling har vi vært innom bl.a temaene: Hjemmebesøk, samarbeidsmøter og individuell plan. Her har prosjektmedlemmene fått bredere, ny og forsterket innsikt. Det har gitt oss en økt kunnskap og forståelse for handlinger, tilbud, muligheter og begrensninger som ligger i ”systemene”. Det bidrar også til en vilje til å støtte opp om hverandres tiltak og fremstå som et mer samlet tilbud til pasienten.

Den grunnleggende systematikken, sekvens og informasjonen som nå er beskrevet i modellen for utskriving av pasienter med ervervet hjerneskade, viser seg egnet og kan benyttes til pasienter med andre diagnoser. Kunnskapen om å komme tidlig i gang med å tenke overføring fra sykehus til hjemmet er vesentlig å formidle. Den praktiske nytten dette har for pasient, pårørende, kommune og sykehus kan være med å bidra til at opplevelsen av det å komme hjem etter et sykehusopphold blir mer forutsigbar og planlagt, og dermed mindre preget av usikkerhet for den enkelte.

Kap 4. Oppsummering / Konklusjon / Videre planer

Omsetting av den ”nye” kunnskapen prosjektgruppen har tilegnet seg til daglig drift, er et arbeid som må følges opp i etterkant på ulike nivå. Til ledelsen på de ulike virksomhetene, til medarbeidere og til brukerorganisasjoner. Den synlige modellen vil være et virkemiddel i kvalitetsarbeidet og utfordringen blir å få dette hjelpemiddelet integrert og internert i det daglige arbeidet med den enkelte pasient. Det er først da vi vil få svaret på om dette er et nyttig verktøy; når er det nyttig, hvem er det nyttig for og bidrar det til at befolkningen får et mer enhetlig og likeverdig tilbud?

Utfordringer knyttet til å dele og implementere prosjektets kunnskap til større deler av helsevesenet. Usikkerhet rundt nettbasert synliggjøring knyttet til ulike plattformer, tekniske løsninger og endrede ansvarsforhold gjør at hvordan videreføringen av prosjektet vil foregå er noe uklart.

Deltakerne i prosjektet planlagt oppfølging av arbeidet gjennom en avtale om videre samarbeid. Vi skal møtes om ca et halvt år for å utveksle erfaringer så langt, og utarbeide et grunnlag for videre evaluering.

Samarbeidet har også fått fart på tenkingen rundt om vi kan justere vår bruk av kartleggingsverktøy for å beskrive pasientens funksjon og hjelpebehov slik at innholdet i dette gir mer nytteverdi for mottakeren. Her vil det også ligge muligheter for bedre ressursutnyttelse på tvers av nivåene.

Videre samarbeid omkring hva møtepunktene samarbeidsmøte og hjemmebesøk skal inneholde for den enkelte pasient, er satt på dagsorden og vil bli fulgt opp. Gjennom arbeidet i prosjektet har det blitt tydelig hvor viktig samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er for å lykkes i å lage og endre rutiner som fungerer for alle parter.

For å kunne se på helsetjenestene og bygge opp rundt de mulighetene og rollene som kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har på en mer enhetlig måte, er vi avhengig av å gå inn i en dialog hvor begge parter er likeverdige. Suksesskriteriet i endringsarbeid som involverer begge nivåer er en dialog der vi også er villig til å se kritisk egen virksomhet.

Grete Dagsvik

Prosjektleder

Vedlegg

Referat fra referansegruppemøte.

Presentasjon av prosjektet

Presentasjon; Rehabilitering på tvers

Oversikt over hvordan prosjektmidlene er brukt.