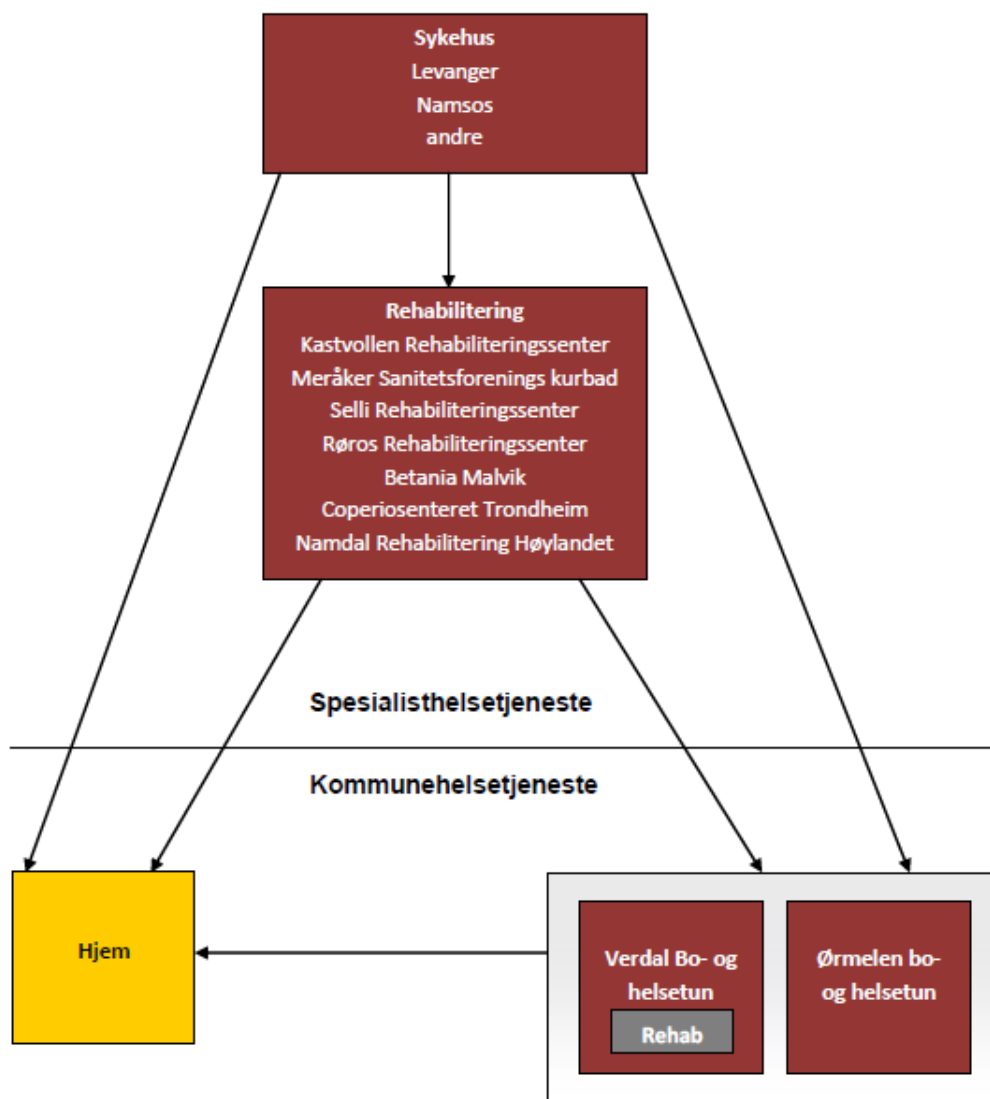




Verdal kommune
Ressurssenter helse, omsorg og velferd
Rehabiliteringstjenesten

Prosjekt Overgang mellom institusjon og hjem
med Utvidet prosjektperiode 01.01.-31.12.10.
Sluttrapport av Inger Hammer Storstad.



Innholdsfortegnelse

1. Bakgrunn.	3
2. Mål og mandat for videreføring i prosjektet.	3
3. Organisering av arbeidet.	3
4. Besvarelse av mandat:	4
5. Oppsummering av aktivitet og volum.	6
6. Erfaringer med implementering av god praksis, samhandling og dokumentasjon i Profil.	8
7. Drøfting.	10
8. Utfordringer videre:.....	13
9. Konklusjon.	14
10. Sikring av ”Overganger” 2011 - første driftsår etter prosjekt.	15
11. Oppfordringer.....	15
12. Vedlegg:	16
13. Referanser.....	16

1. Bakgrunn.

Gjennomføring av tiltak i ReHabiliteringsplan 2008-2011. Oppfølging av prosjektet ”Sikring av overganger mellom institusjon og hjem – 01.05- 31.12.2009.” Nødvendig å forlenge prosjektet for å sikre implementering og god praksis. Dette parallelt med utfordringer i forbindelse med Samhandlingsreformen og konsekvenser av vesentlige vedtak gjort i Helseforetaket, og som får stor betydning for rehabiliteringstilbudet til innbyggerne i Helse Nord-Trøndelag.

Første del av prosjektet 01.05.09. – 31.12.09 er dokumentert i sluttrapport 01.01.10.

Det er besluttet videreføring av prosjektet 01.01.10 - 31.12.10. med følgende mandat.

2. Mål og mandat for videreføring i prosjektet.

- 1. Kvalitetssikre overgang mellom institusjon og hjem for brukere med fortsatt rehabiliteringsbehov.*
- 2. Implementering av god praksis*
- 3. Spesielt forkus på samhandling og overføring av brukere fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.*
- 4. Dokumentasjon i Profil*
- 5. Oppsummering i sluttrapport pr. 31.12.10.*

3. Organisering av arbeidet.

Prosjektorganisasjon:

Prosjekteier: Turid Krizak, virksomhetsleder Ressurssenter HOV.

Prosjektansvarlig: Kari Gregersen Næss, spesialergoterapeut, Ressurssenter HOV, ReHabiliteringstjenesten.

Prosjektleder: Inger Hammer Storstad, spesialergoterapeut, Ressurssenter HOV, ReHabiliteringstjenesten.

Medlemmer i prosjektgruppen:

Britt Austad, spesialhjelpepleier, Omsorg og velferd, Vinne/ Vuku.

Inger Karmhus, spesialsykepleier, Omsorg og velferd, Øra.

Frode Grevskott, fysioterapeut, Ressurssenter HOV, ReHabiliteringstjenesten.

Margit Nøstvik, avdelingssykepleier, Omsorg og velferd, Vinne/ Vuku.

Sistnevnte har kommet til som fast medlem i prosjektgruppen fra 01.01.10.

Gjennomføring.

Prosjektet har hatt 8 prosjektmøter.

4. Besvarelse av mandat:

Prosjektet har tatt opp anbefalinger fra Rehabiliteringsplan 2008-2011, Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011, og Samhandlingsreformen

4.1. Kvalitetssikre overgang mellom institusjon og hjem for brukere med fortsatt rehabiliteringsbehov.

Fra første prosjektperiode videreføres:

- Modell for sikring av overganger mellom institusjon og hjem.
- Skjema for registrering, skjema 1.
- Skjema for funksjon, ICF, skjema 2.
- Prosedyrer for skjema 1 og skjema 2.
- Erfaringer med god praksis og implementering.

Nytt i utvidet prosjektperiode:

- Modell for sikring av overgang er tilpasset rehabiliteringstilbudet i praksisfeltet pr. 01.02.10. Bjørnang er lagt ned som rehabiliteringsinstitusjon fra 01.02.10 HNT har avtale med Kastvollen Rehabiliteringssenter, Meråker Sanitetsforenings kurbad, Selli Rehabiliteringssenter, Røros Rehabiliteringssenter, Betania Malvik, Coperiosentret Trondheim, Namdal Rehabilitering.
- Papirregistrering som grunnlag for statistikk er tatt ut til fordel for registrering i Profil.
- Overgangs NYTT. Nyhetsmail for oktober, november og desember 2010 legges ut på Intranett.

4.2. Implementering av god praksis.

Fra første prosjektperiode videreføres:

- Prosjektet benytter etablerte samhandlingskanaler.
- Fokus på brukere i "Overgang" er innbakt som en fast post i ReHabiliteringstjenestens Henvissningsmøte x 1 pr. uke, Inntaksmøtet i Verdal kommune x 1 pr. uke, Teammøte ved rehabiliteringsavdelingen på Verdal Bo-og helsetun x 1 pr. uke.
- Informasjon/ fokus om prosjektet følges opp i relevante arbeidssammenhenger og gjennom relevante møtekanaler.
- Møter med kommunens Profilansvarlig etter behov.

Nytt i utvidet prosjektperiode:

- Rehabiliteringstjenesten har etablert kollegaveiledning/ opplæring til ansatte. Dette innføres for at alle skal kjenne seg trygge på prosess, verktøy og prosedyrer. Gis etter behov.
- Presentasjon av prosjektrapport er gitt i ledermøte i Omsorg og velferd 10.02.10.
- Informasjon og presentasjon av prosjektrapport er gitt i ulike møtefora. Møte angående rehabiliteringstilbudet i Verdal kommune 22.02.10, fagdag for Ressurssenter Helse, omsorg og velferd 22.06.10 og prosjektmøte Rett pasient til rett tid, samhandling mellom HNT og kommunene Verdal, Namsos og Overhalla 25.11.10.

4.3. Spesielt fokus på samhandling og overføring av brukere fra Spesialisthelsetjenesten til kommunen.

Fra første_ prosjektperiode videreføres:

- Henvisning og samarbeid gjennom å bruke etablerte kanaler innad i kommunen og ved å bruke eksisterende kanaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.
- Kontakt med Koordinerende Enhet i Verdal kommune og koordinerende Enhet Helse-Nord-Trøndelag.

Nytt i utvidet prosjektperiode:

- Informasjon på møte i Koordinatorforum i Nord-Trøndelag, 03.06.10.
- Informasjonsbrev til alle avdelingsledere i Helse Nord-Trøndelag og rehabiliteringsinstitusjonene Meråker Kurbad, Kastvollen og Namdal rehabilitering, 06.06.10.
- Oppfølging av informasjonsbrevet pr. E-post 19.08.10.
- Oppfølging av e-post pr. telefon i august/ september 2010.
- Informasjonsbrev til spesialisthelsetjenesten sendes x1 pr. år. Se egen prosedyre.

4.4. Dokumentasjon i Profil.

Fra første prosjektperiode videreføres:

- Systematisering av pasientopplysninger i forhold til overganger, finnes i pasientjournal under felles, kommunikasjon, overganger.
- Konklusjon etter hjemmebesøk skrives som utgående brev i postjournal og sendes bruker.

Nytt i utvidet prosjektperiode:

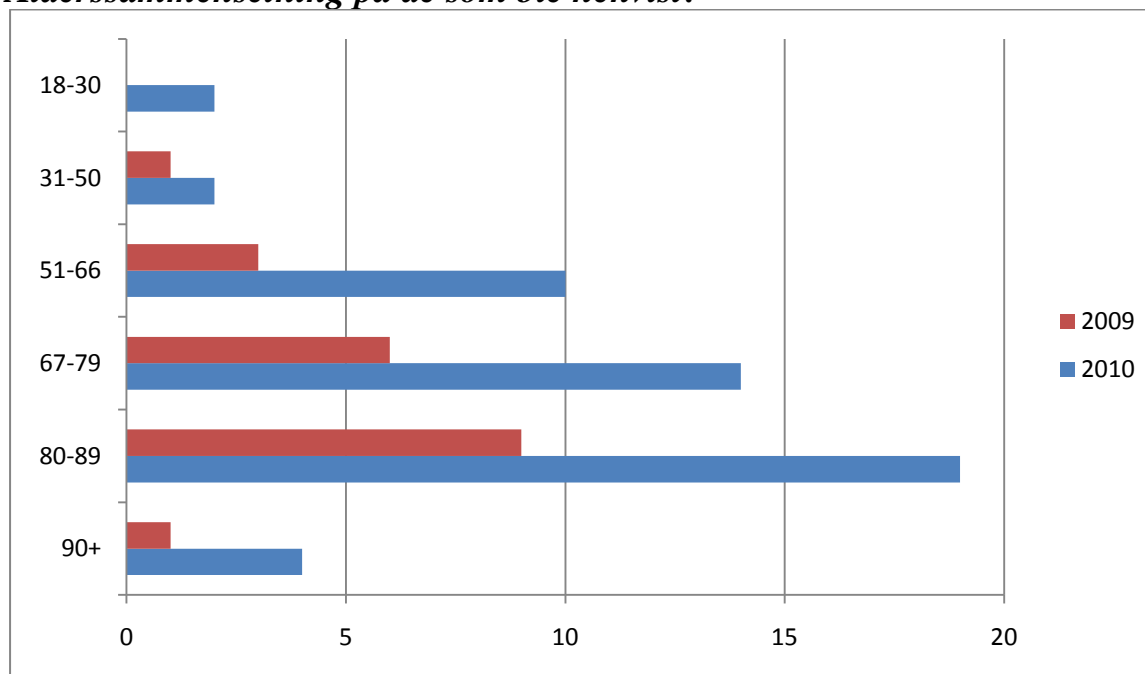
- Spesifik registrering av overganger er lagt inn i Profil
- Prosedyre for registrering er laget. Se vedlegg.
- Statistikk på brukere registrert på overgang, kan tas ut.
- Konklusjon etter hjemmebesøk er lagt som mal i postjournal.
- Prosedyre på konklusjon etter hjemmebesøk, er innbakt i prosedyre for skjema 2. Se vedlegg.

5. Oppsummering av aktivitet og volum.

Aktivitet	Antall pasienter		
Tidsrom	01.10.09-31.12.09	01.01.10-31.12.10	01.05.09-31.12.10
Antall henviste	20	51	71
Utførte hjemmebesøk	17	44	61
Ønsker ikke hjemmebesøk	0	1	1
Henvist videre til ReHabiliteringstjenesten	14	35	49
Ikke henvist videre til ReHabiliteringstjenesten	3	8	11
Fremdeles i overgang	3	6	9

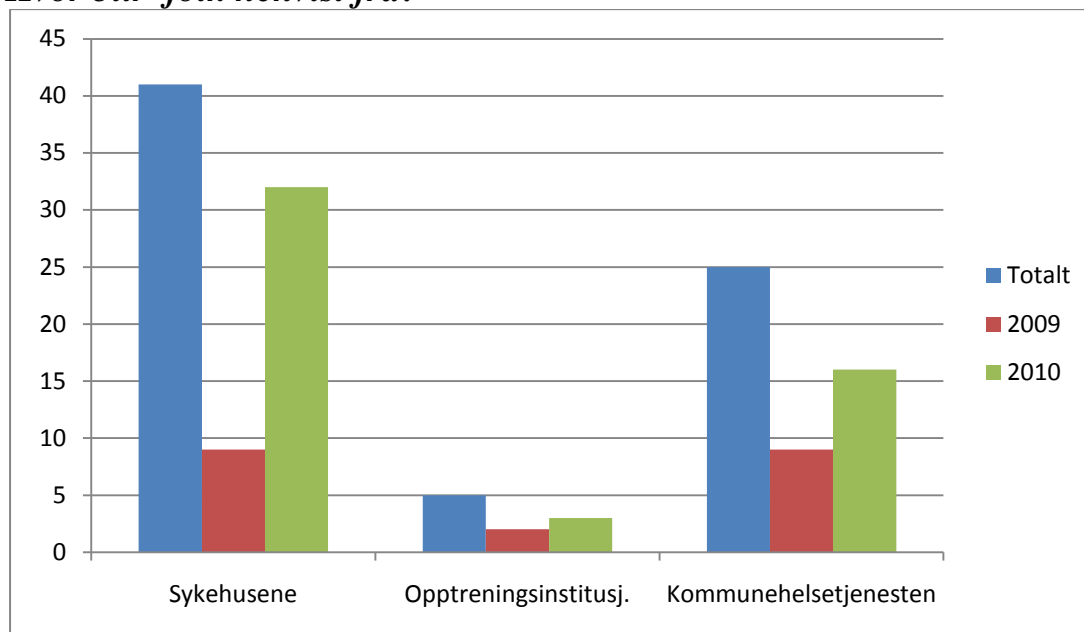
Figur 1: Tabellen viser aktiviteten på individnivå totalt i prosjektet 01.05.09-31.12.10

Alderssammensetning på de som ble henvist?



Figur 2.

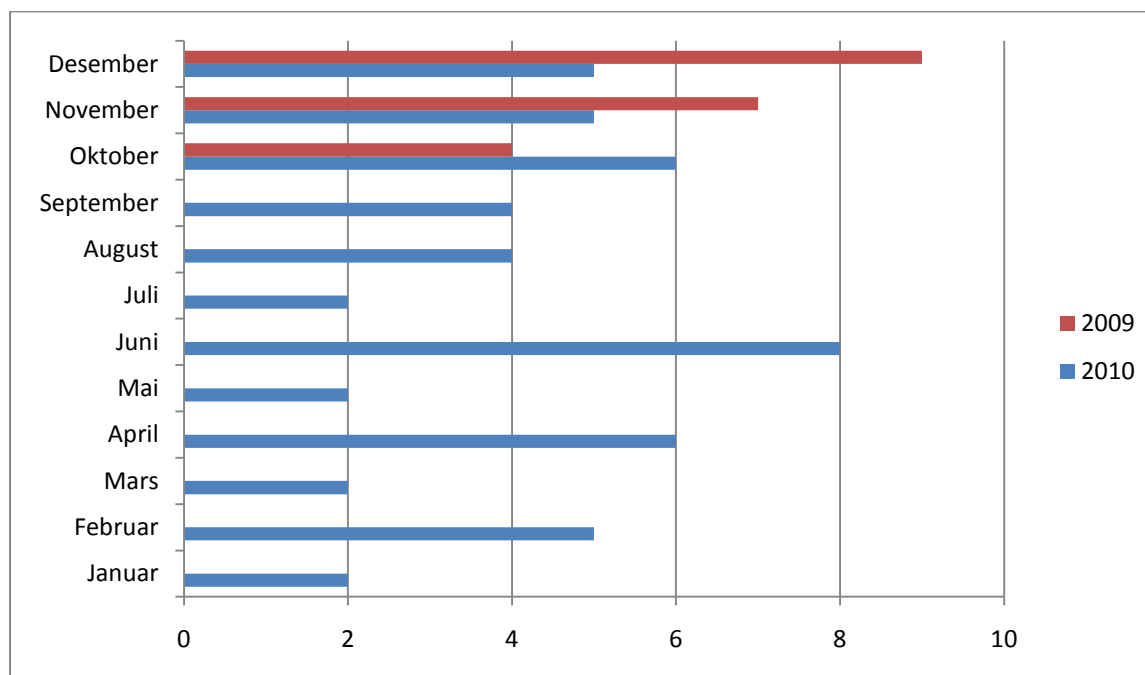
Hvor blir folk henvist fra?



Figur 3.

Når på året ble folk henvist til prosjektet?

(Utprøvsperiode 01.10.-31.12. 2009. Derfor er ikke hele 2009 med i sammenligningsgrunnlaget).

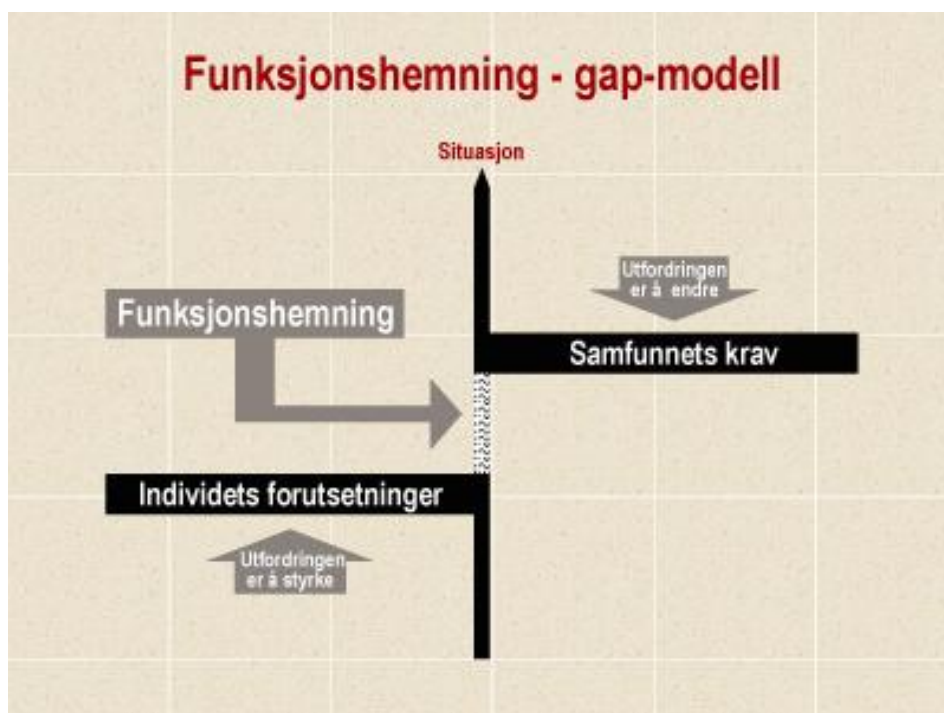


Figur 4.

6. Erfaringer med implementering av god praksis, samhandling og dokumentasjon i Profil.

- Prosjekt "Overgang mellom institusjon og hjem" har hatt fordel av en god forankring. Gjennom kommunens vedtatte Rehabiliteringsplan er det gitt økonomisk ressurs tilsvarende 20% for prosjektleder. Omsorg og velferd og Ressurscenter HOV har ellers avgitt ressurser gjennom prosjekt deltakelse. Prosjektgruppen diskuterer prosjektets behovet for definerte ressurser utom prosjektleder og konkluderer med at dette hadde gjort innarbeidinga mer effektiv.
- Prosjektet har vakt interesse både fra andre kommuner og spesialisthelsetjenesten. Informasjon er gitt til spesialisthelsetjenesten, Koordinator forum i Nord-Trøndelag og prosjekt Rett pasient til rett tid, samhandling mellom HNT og kommunene Verdal, Namsos og Overhalla. Erfaringer fra prosjektet blir dermed videreført i andre prosjekter. Med dette har prosjektet vist seg å være "forut for sin tid", i og med at Samhandlingsreformen som trer ikraft fra 2012, spesielt har fokus på pasientflyt/samhandling mellom institusjon og hjem.
- Prosjektets hovedmål har vært å kvalitetssikre overgang mellom institusjon og hjem. Gjennom dette arbeidet har det kommet fram et brukervolum. Materialet har relevans i forhold til ReHabiliteringstjenestens egen statistikk og kommunens framtidige planlegging/ dimensjonering av rehabiliterings tjenester.
- Bred tverrfaglig kompetanse i prosjektgruppen har vært en styrke for besvarelse av mandatet. Gjennom prosjektperioden har prosjektet høstet erfaringer som peker mot at:
 - opparbeidet kompetanse og erfaringer er overførbare til andre prosjekt innen rehabilitering
 - kompetanse på nettverksbygging og samhandling er styrket både innad i 1.linje og opp mot spesialisthelsetjenesten.
 - tverrfaglighet gir mer enn summen av enkeltdelene, vesentlig i implementeringsarbeidet.
- Arbeidet med tilpasninger i Profil og implementering av praksis er godt kjent. Prosjektet er innarbeidet via etablerte kanaler. All erfaring viser at innarbeiding av nye arbeidsmåter tar tid. Dette har vi vært igang med i 2010 og vi må enda arbeide aktivt med implementeringsarbeidet og videreføringa. Endring tar tid.
- Prosjektgruppen har erfaring med at alle overgangsfaser fra prosjekt til drift er sårbare. Det er en utfordring å holde trykk og fokus. Derfor har prosjektgruppen i oktober 2010, besluttet å sende ut en månedlig kort nyhetsmail med informasjon om prosjektets status, presentasjon av prosjektgruppen, eksempel på tiltak etter 1.hjemmebesøket og antall brukere i overgang. I tillegg legges samme informasjon ut på Intranett. Behov for informasjon/ " holde prosjektet varmt" tror vi vil vedvare i lang tid etter at prosjektet er tatt inn i drift. Prosjektgruppen mener det er hensiktsmessig at kjernepersoner har et spesielt ansvar og en tildelt ressurs for oppfølging inn i drift.

- Prosjektgruppen vurderer tverrfaglig innsats som en god arbeidsmåte når det gjelder rehabilitering/ sammensatt problematikk. Kortere liggetid på sykehus og raskere overgang til hjemmet, genererer behov for bredere tverrfaglige tiltak i hjemmet. Med dette utfordres tjenesteyterne til å jobbe annerledes og mer dynamisk i retning Ambulerende team.
- Prosjektet har hatt hovedfokus på klinisk arbeid i overgang, men ser utfordringene med å komme inn på forebyggingsiden langt tidligere. Eks. Fallforebyggende arbeid. Informasjon og utnyttelse av brukers egeninnsats kan være en annen innfallsvinkel, billig og bra. Nyere forskning viser at forebyggende arbeid på alle nivå må få en større plass, og prosjektgruppen tror at potensialet ligger i økt innsats i skjæringspunktet mellom folkehelse og individretta forebyggende arbeid.



Illustrasjon fra St.melding nr. 40 (2002-2003). Nedbygging av funksjonshemmende barrierer.

- Brukermedvirkning. På grunn av prosjektets avgrensninger har prosjektgruppen valgt bort å framskaffe systematiserte tilbakemeldinger fra brukerne. Svært mange har likevel gitt positiv respons. Prosjektgruppen støtter seg til at brukermidvirkningen er ivarettatt via deltagelse i skriving av Rehabiliteringsplan.

7. Drøfting.

Både Verdal kommunes Rehabiliteringsplanen og Samhandlingsreformen sier noe om hva som må til for å møte videre utfordringer. Prosjektet må sees på som en start på kommunens svar på samhandlingreformens føringer og oppfølging av rehabiliteringsplanen.

Med bakgrunn i prosjektets hovedintensjon, drøfterProsjektgruppen følgende punkter:

- ***Har prosjektet besvart mandatet?***

P.g.a. prosjektets størrelse, tillot prosjektgruppen seg å gjøre en del avgrensninger underveis i prosjektet.

I den første avgrensning, ”Brukere med fortsatt rehabiliteringsbehov”, forutsettes at rehabiliteringspotensiale er kartlagt før overføring. Henvissende instans, sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner, må ha en bevissthet omkring hva som ligger i begrepet rehabilitering og gi en presisering av behovet hos overføringsklare brukere.

Kommunal kontaktperson etterspør rehabiliteringsbehovet spesifikt i sin kontakt mot spesialisthelsetjenesten.

I den andre avgrensning, ” Bruk av eksisterende kanaler”, forutsettes dette brukt i forhold til pasientflyt og informasjon.

Skulle en dimensjonert prosjektet til å fange opp alle i en eller annen overgang mellom institusjon og hjem, samt deretter gjort kartlegging av fortsatt rehabiliteringsbehov, ville trolig dette blitt en uoverkommelig oppgave i denne sammenheng.

En stor del av prosjektet har derfor gått til bevisstgjøring og informasjon til samarbeidspartnere, via eksisterende kanaler.

- ***Har vi kvalitetssikret overgang mellom institusjon og hjem for bruker med fortsatt rehabiliteringsbehov?***

Ut fra de avgrensninger og begrepsforståelser som ble gjort i startfasen, sier prosjektgruppen seg godt fornøyd med resultatet.

Prosjektgruppen ser at:

- økt bevisstgjøring på utfordringer i overgangsfasen til hjemmet har gitt bedre flyt i melderutiner til ReHabiliteringstjenesten
- overføringsprosedyrer er kommet på plass
- kompetanse på å oppdage rehabiliteringsbehov er styrket
- begrepet ”fortsatt rehabiliteringsbehov” er gjennomdrøftet og gitt en bredere forståelse, men kan fremdeles være vanskelig å deffinere. Noen brukere er klart i målgruppen, mens andre er i gråsonen. I informasjonsbrevet til spesialisthelsetjenesten har vi forenklet dette med å si: Behov for tverrfaglig innsats.

Innad i kommunen er det god oversikt over brukere i overgang. Skulle Verdal kommune ha sikret oversikt over absolutt alle overganger som skrives ut til enhver tid, måtte vi gjort en screening undersøkelse. Prosjektgruppen kan derfor ikke utelukke at noen har kommet utom. Praksisen med

å henvise og kanalisere brukere til prosjektet brukes aktivt både innad i 1.linje og fra 2.linje. Det er grunn for å anta en stor kvalitetsforbedring her.

Prosjektets avgrensninger gjør at prosjektet ikke har tatt opp alle utfordringer mellom 1. og 2.linjenivået. Prosjektgruppen ser at dette går inn i Samhandlingsreformen.

Brukere som har behov for både rehabilitering og pleie og omsorg, sikres godt gjennom våre etablerte kanaler, Inntaksteamet i Verdal kommune og Rehabiliteringsavdelingen ved Verdal Bo- og helsetun.

Brukere uten pleie- og omsorgsbehov kan være mindre sikret. Risikoen for å falle utom antas å være størst for brukere med upresise kartlegginger. Dette er kartleggings- og overførings arbeid som gjøres i den enkelte avdeling og vi erfarer at kompetanse på kartlegging av rehabiliteringsbehov er svært ulikt i de forekjellige avdelingene.

Prosjektet ser at brukere som kommer fra avdelinger med hovedfokus på rehabilitering, blir best sikret i overgang.

F.eks. brukere som kommer fra rehabiliteringsavdelingen ved Sykehuset Levanger får med tverrfaglig rapport ved overgang.

Tallmaterialet fra utprøvsperioden 01.10.09.- 31.12.09, estimerte årsvolum på ca. 80 personer. 20 personer x 4 kvartal=80. Dette samsvarer ikke med antall overganger som er registrert i 2010. Figur 4 viser når på året henvisningene til prosjektet er mottatt. Oktober, november og desember framgår som de medst hektiske månedene både i 2009 og 2010, med flest henviste brukere. Derfor ble tallmaterialet fra utprøvsfasen i 2009 feil å bruke som årsestimat.

Videre kan lavere antall henviste enn estimert, ha sammenheng med :

- færre overganger til eget hjem fra rehabiliteringssengene på Verdal bo- og helsetun i 2010. Mindre sirkulasjon, flere brukere overføres fra rehabiliteringsplassene til langtidsopphold.

Tall materialet viser at alle registrerte brukere i overgang har fått minst 1 hjemmebesøk, bortsett fra de som fremdeles er i overgang og venter på det første hjemmebesøket.

Prosjektet har satt som frist at dette hjemmebesøket skal skje innen 1 uke fra mottatt henvisning hos ReHabiliteringstjenesten. Oppfølging av tiltak etter første hjemmbesøk har en prioritert 2, innen 3 uker fra mottatt viderehenvisning. Erfaringene har vist at dette er noe ambisiøst.

Tidssfristen som er satt gir direkte føringer for hva som skal prioriteres først og sist innad i ReHabiliteringstjenesten. Synkronisering av prosjektets tidsfrist opp mot

ReHabiliteringstjenestens tidsfrist er derfor viktig, slik at ikke den ene lover noe på vegne av den andre. I tillegg er ReHabiliteringstjenesten organisert slik at ca. ½ parten av arbeidsstokken jobber med Habilitering av barn, mens den resterende halvpart jobber inn mot rehabilitering av voksne. Det er kun ergo- og fysioterapeuter som jobber med voksne som tar disse hjemmebesøkene. Vi har sett at f.eks. ferieavvikling har påvirket tidsfristen. Avvikshåndtering i forbindelse med brudd på tidsfrist må kvalitetssikres.

Jfr. prosedyre, Skjema 1, 2.

- ***Er prosjektet implementert i god praksis?***

Prosjektets innsats for å registrere brukere og gjennomføre minst 1hjemmebesøk, har klart bedret oversikten, gitt raskere tjenestetilbud og kvalitativt betydd et forbedret rehabiliteringstilbud for brukere i overgang. Både Inntaksteam, rehabiliteringsavdeling og andre avdelinger har økt fokus på videre oppfølging etter hjemreise.

Endring av praksis er en kontinuerlig prosess og trenger tid for å "sette seg" i organisasjonen. Informasjon må nå mange. Ressursmessige forhold og stort antall samarbeidsparter i turnusarbeid, gjør sitt til at prosjektet trenger lang innkjøringstid. Prosjektgruppen mener at mer frikjøp av tid for prosjektdeltagerne ville ha styrket implementeringsarbeidet. Det er utarbeidet prosedyrer som sikrer implementeringen. Ansvar for oppfølging av prosedyrer i ReHabiliteringstjenester ivaretas på samme måte som øvrige prosedyrer.

- ***Hvordan har prosjektet ivaretatt samhandling og overføring av brukere fra spesialisthelsetjenesten til kommunen?***

Pasientforløp strekker seg gjerne over flere nivå. Prosjektet ser tydelig nødvendigheten av en bredest mulig innsats mot spesialisthelsetjenesten. Med bare kommunal forankring, har prosjektgruppen valgt å avgrense innsatsen mot spesialistnivået. Prosjektet har prioritert informasjon via etablerte kanaler. Prosjektgruppen ser klart nytteverdien av denne informasjonskontakten. Med tyngre innsats mot samhandling og informasjon, ville vi vært inne på områder for Samhandlingsreformen. Jfr. prosedyre på utsendelse av informasjonsbrev.

- ***Dokumentasjon i Profil?***

Prosjektet har lagt til rette for rask og oversiktlig dokumentasjon i journalsystemet. Registrering av antall brukere i overgang, pasientjournal og konklusjon til bruker etter hjemmebesøk, ligger oversiktlig og lett tilgjengelig. Jfr. prosedyre Registrere henvisning i Profil.

I forhold til å innføre nye arbeidsmåter er en prosjektperioden på 11/2 år kort tid. Endringsarbeid trenger tid.

8. Utfordringer videre:

1. Tidlig planlegging av "overgang" fra spesialisthelsetjeneste til hjem.

Kort liggetid og rask utskrivning, betinger tidlig planlegging av overgang. For sikring av hjemmebesøk innen tidsfristen må dette ha fokus og planlegges allerede ved innkomst i institusjon. Flyt i samhandlingen gjennom mottaksapparat, kompetanse og koordinering er en forutsetning. Flere enn tidligere trenger bred oppfølging og større deler av rehabiliteringen må foregå i hjemmet. Dette fordrer nye måter å jobbe på. Kompetanse i bredde og i spissing blir enda mer nødvendig.

Verdal kommune er allerede involvert i eget prosjekt innen planlagte hoft/ kne proteser.

2. Tverrfaglig kompetanse/ samhandling.

Økende kompleksitet, kortere liggetid i spesialisthelsetjenesten og raskere tilbakeføring til hjemmet, krever sterkere mottakspunkt i kommunen. Mottaksapparatet må i større grad ha fleksibilitet til å gi sammensatte tjenester i hjemmet, ivareta kompetanseoverføring mellom nivåene og innad i 1.linje, samt forebygge reinnleggelser.

Gjennom prosjektperioden har det kommet fram erfaringer som peker mot

- videreutvikling av gode erfaringer fra rehabiliteringsfeltet i Verdal,
- videreutvikling av eksisterende kompetanse, samhandling og nettverksbygging
- etablering av innsatsteam

3. Overgang til drift

Fra prosjekt til drift er erfaringsmessig en sårbar periode. Det vil være hensiktsmessig at ressurser avsettes for at en kjerneperson med et deffinert ansvar følger over i drift.

4.Forebygging.

Både samfunnsøkonomisk og sett i forhold til den enkelte, vil det beste være at tiltak og ressurser settes inn så tidlig som mulig. Funksjonsfall må unngås, utsettes eller reduseres. En forventet økning av kronisk syke og forestående økning i antall eldre, forsterker dette argumentet.

Jfr. St.melding nr.47.

Forebyggingsaspektet får erfaringsmessig lett en lav prioritet i den kliniske hverdagen. Både brukere med begynnende funksjonssvikt og kronikere vil nyttiggjøre seg tiltak med forebyggingsfokus.

Prosjektgruppen ser gevinst med tidlig innsats mot brukere i eget hjem. Forebyggende tiltak kan utsette innleggelser, reinnleggelser og tyngre tjenestebehov.

Informasjon og egeninnsats foreslås rettet mot hjemmeboende.

Prosjektgruppen ser at rehabiliteringsfokuset og folkehelsfokuset har sammenfallende utfordringer:

- øking og vedlikehold av den enkeltes funksjon tidligst mulig
- miljøtilrettelegging i eget hjem
- lærings og mestringsskole
- informasjon.

9. Konklusjon.

- **Prosjektet 01.05.09- 31.12.10 har totalt dokumentert at 71 i Verdal kommune har blitt kvalitetssikret i Overgang, 20. stk. i prøveperioden 01.10.09-31.12.09 og 51 stk. i prosjektperioden 01.01.10- 31.12 .10.**
- **Prosjektet har vært i ”forkant” av Samhandlingsreformen som kommer i 2012, der pasientflyt mellom institusjon og hjem skal kvalitetssikres.**
- **Prosjektet er gjennom prosjektperioden 01.05.09.- 31.12.10 blitt implementert i god praksis og kan videreføres inn i vanlig drift.**
- **Inntil prosjektet over tid har "satt seg" i organisasjonen, må det avsettes ressurs med deffinert oppfølgingsansvar i ReHabiliteringstjenesten.**
- **Inntaksteamet har et "fadderansvar"og sørger for at:
- overganger sikres som fast møtepunkt på sakslista
- overganger mottas og sendes videre til ReHabiliteringstjenestens henvisningsmøte.**
- **Verdal kommune utfordres til å etablere et ambulant innssatsteam rettet mot voksne/ eldre. Jfr. pkt.29.1 i Rehabiliteringsplan 2009-2011.
Prosjektgruppen foreslår etablering av et nytt prosjekt: Ambulant Innsatsteam i Verdal kommune. Kommunen setter ned prosjektgruppe og utarbeider mandat.**
- **Prosjektgruppen ser behov for satsing på forebyggende arbeid og utfordrer kommunen til å etablere infosenter for seniorer, jfr.konklusjon pkt. 22. 5, side 47 i Rehabiliteringsplanen 2009-2011.**

10. Sikring av ”Overganger” 2011 - første driftsår etter prosjekt.

	Tiltak	Ansvar for at det blir gjort.
1	”Overganger” som fast post på Inntaksmøte	Leder Inntaksteam
2	En person i ReHabiliteringstjenesten har ansvar for å holde fast i ”overganger”. Det tydeliggjøres i vedkommendes arbeidsbeskrivelse. Aksept for nødvendig ressursbruk. Det vil være naturlig at prosjektleder forespørres om rollen.	Avdelingsleder for ReHabiliteringstjenesten
3	En person i hvert distrikt har ansvar for å ha fokus på ”Overganger”. Det tydeliggjøres i vedkommendes arbeids-beskrivelse. Aksept for nødvendig tidsbruk. Det vil være naturlig at deltakere i prosjektgruppen forespørres om rollen.	Avdelingsleder i distriktet
4	Det jobbes kontinuerlig med bevisstgjøring og implementering.	Avdelingsleder for ReHabiliteringstjenesten Avdelingsledere ALLE
5	Oppfølging/evaluering, midtveis i året. Møte mellom ansvarlige aktører/avdelinger; Leder Inntaksteam, avdelingsleder Øra, Vinne, Vuku, ReHabiliteringstjenesten, samt tidligere prosjektgruppe/ leder.	Avdelingsleder for ReHabiliteringstjenesten kaller inn.

11. Oppfordringer.

Prosjektet tillater seg å oppfordre kommunen på følgende utfordringer.

1	Det utarbeides mandat og oppnevnes arbeidsgruppe for utredning vedr. etablering av ”Ambulante innsatsteam” i Verdal kommune. Sikring av ”Overganger mellom institusjon og hjem” bør vurderes som del av mandatet.	Virksomhetsleder RHOV og Kommunalsjef Helse og velferd.
2	Både Rehabiliteringsplanen, samhandlingsreformen og folkehelse fokuserer på viktigheten av forbyggende tiltak. Lærings- og mestringssenter foreslås opprettet i kommunene. Som en oppstart kan <i>Informasjonssenter for seniorer</i> være hensiktsmessig. For å realisere det foreslås utarbeidelse av mandat og nedsettelse av arbeidsgruppe.	Virksomhetsleder RHOV og Kommunalsjef Helse og velferd.

12. Vedlegg:

- Skjema 1
- Skjema 2
- Prosedyre til skjema 1
- Prosedyre til skjema 2
- Prosedyre ”Registrere henvisning i Profil”
- Informasjonsbrev til spesialisthelsetjenesten
- Prosedyre utsendelse av info brev til spesialisthelsetjenesten

13. Referanser.

- **ReHabiliteringsplan for Verdal Kommune 2008-2011.**
- **Stortingsmelding nr. 21 (1998-1999), Ansvar og meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk.**
- **Stortingsmelding nr. 40 (2002-2003), Nedbygging av funksjonshemmende barrierer, Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne.**
- **Stortingsmelding nr. 47(2008-2009) Samhandlingsreformen.**
- **Lærebok i Rehabilitering, Fagbokforlaget 2004.**
Lena Lande Wekre, Kjersti Vardeberg, Annette Holth Skogan.

Verdal 12.01.2011

Takk for tilliten.

Inger Hammer Storstad, prosjektleder.

Vedlegg 1 – Skjema 1



RESSURSSENTER HELSE, OMSORG OG VELFERD

Registrering av bruker i overgang*- sikring av hjemmebesøk.

*Med dette menes brukere med fortsatt Rehabiliteringsbehov

Navn						
Adresse						
Telefon						
Personnummer (11 siffer)						
Navn pårørende				Telefon pårørende		
Diagnose, funksjon						
Dato for vurdering inntaksteam						
Fra	Avdeling	Sett kryss	Dato til hjem	Behov hjemmebesøk ja nei		Dato hjemmebesøk
Sykehuset Levanger	Kirurgisk					
	Ortopedisk					
	Medisinsk					
	Rehabilitering					
	Andre sykehusavdelinger					
Sykehuset Namsos						
Andre sykehus						
Kastvollan, Meråker, Selli, Roros, Betania Malvik, Coperiosenteret, Namdal Rehabilitering						
Andre rehabiliteringsinstitusjoner						
Verdal kommune		VeBH Rehabilitering				
		ØBH				
		VeBH				

Prosjekt "Overgang mellom institusjon og hjem for personer med fortsatt rehabiliteringsbehov" Prosjektleder Inger Hammer Storstad 2009/10
Skjema nr 1. Revidert 15.12.2010

Vedlegg 2 – skjema 2



RESSURSSENTER HELSE, OMSORG OG VELFERD

Navn: _____

Dato: _____

Sikring av hjemmebesøk (kartlegging via ICF)

Kartlegging	Ressurser	Problemer
Deltagelse		
Aktiviteter		
Kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer		
Miljøfaktorer		

Konklusjon	
<p>Deltagelse (hjem, familie, venner, jobb og fritid)</p> <p>Hvilke roller og funksjoner har pasient/brukeren hatt, hva deltar han i, hva kjennetegner denne personen</p>	<p>Egenomsorg og familie, hus og hjem.</p> <p>Arbeid/utdanning</p> <p>Fritid, venner, nærmiljø og samfunn</p>
<p>Aktiviteter</p> <p>Evne til å utføre dagliglivets gjøremål</p>	<p>Forflytning og mobilitet inne og ute</p> <p>Hygiene, påkledning, toalettbesøk, spising, husarbeid og daglige aktiviteter.</p>
<p>Kroppsfunksjon(inkl kropp og sinn)</p> <p>Funksjon og funksjonssvikt på "kropps nivå"</p> <p>Kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer</p>	<p>Medisinske forhold, div undersøkelsesresultater</p> <p>Sansefunksjoner(syn, hørsel, smak, lukt, berøring, proprioepsjon, temperatur, smerte)</p> <p>Generell almentilstand, respirasjon, bevissthet/våkenhet/søvn, ernæring/vekt,urin/avføring, hud, seksuelle funksjoner, emosjonelle forhold, reaksjon etter sykdom/skade</p> <p>Stemme,tale, svelgefunksjon, språk og kommunikasjon</p> <p>Kognitive funksjoner, orientering, konsentrasjon/oppmerksomhet, praksis, hukommelse, innlæring, romoppfatning, problemløsning, vurderingsevne, annet</p> <p>Generell motorikk, ledd og muskelfunksjon, balanse, stabilitet, pust og avspenningsevne</p>

<p>Miljøfaktorer</p> <p>Sosiale og fysiske omgivelser på pasient/brukers ulike arenaer(”rammebetingelser”)</p>	<p>Miljøfaktorer i pas/brukerdokumentasjon(tverrfaglig rapport) fylles inn</p> <p>Familie/sosialt nettverk, bolig, hjelpemidler, arbeidsplass, økonomi, transport, holdninger i miljøet, lover og regler/kultur</p>
<p>Konklusjon</p> <p><i>Konklusjon sendes bruker</i></p>	<p>Henvisning til andre samarbeidspartnere</p> <p>Forslag til videre tiltak etc</p>

Vedlegg 3 – Prosedyre til skjema 1

VERDAL KOMMUNE	Prosedyre: Skjema 1 Sikring av hjemmebesøk Registrering av bruker med fortsatt rehabiliteringsbehov i "Overgang" mellom institusjon og hjem	Side 1 Av: 2
Revidert: 15.12.2010	Utarbeidet av : Prosjekt "Overganger"	Godkjent av: Dato:

MÅL: Sikre minst 1 hjemmebesøk fra ReHabiliteringstjenesten til alle med fortsatt rehabiliteringsbehov etter opphold i institusjon.

- 1 skjema for hver bruker.
- Fylles ut av den som mottar melding om bruker i overgang. Alternativ 1 eller 2 brukes.
- Alternativ 1: Papirskjema.

Skjema 1 sendes til Inntaksnemnda i Verdal kommune x1 pr. uke, før Inntaksmøte. Alle skjema videresendes fra Inntaksmøtet til ReHabiliteringstjenestens Henvisningsmøte.

ReHabiliteringstjenestens faste medlem i Inntaksnemnda har ansvar for dette.

- Alternativ 2: Elektronisk melding.

Den som registrerer bruker i "Overgang" sender informasjon på e-post til ReHabiliteringstjenesten. Løpenummer brukes.

E-post adresse: med-rehab@verdal.kommune.no

- I ReHabiliteringstjenestens Henvisningsmøte får bruker i "Overgang" tildelt ergo- eller fysio- terapeut som er ansvarlig for at hjemmebesøket blir utført.
- Hjemmebesøket får prioritet nr.1 i ReHabiliteringstjenestens prosedyre for henvisninger. Brukeren kontaktes innen 1 uke fra Henvisningsmøtet.
- Ved evt. Behov for oppfølging etter 1. hjemmebesøk, får saken 2. prioritet i henhold til ReHabiliteringstjenestens prioriteringsnøkkel, dvs. 3 uker fra mottatt henvisning.
- Skjema 1 legges i ReHabiliteringstjenestens pasientjournal.

Vedlegg 4 – Prosedyre til skjema 2

VERDAL KOMMUNE	Prosedyre: Skjema 2	Side:1
	Skjema hjemmebesøk (kartlegging via ICF)	Av:1
Revidert 15.12.2010	Utarbeidet av: Prosjekt "Overganger".	Godkjent av: Dato:

MÅL:

Sikre ens struktur i gjennomføring av hjemmebesøk.

- Skjema 2 fylles ut av den terapeuten som gjør hjemmebesøket.
- 1 skjema for hver bruker.
- Skjema 2 brukes internt i ReHabiliteringstjenesten og oppbevares i tjenestens pasientjournal.
- Konklusjon etter hjemmebesøk sendes bruker. Det er utarbeidet eget skjema "KONKLUSJON ETTER HJEMMEBESØK FRA REHABILITERINGSTJENESTEN", som ligger i postjournal i Profil og behandles etter samme prosedyre som utgående post.
- Evt. videre henvisning til andre tjenester skjer etter kommunens prosedyrer for melding om tjenestebehov.

Vedlegg 5 - Prosedyre ”Registrere henvisning i Profil”

VERDAL KOMMUNE	Prosedyre: Registrere henvisning i Profil	Side:1 Av:1
Revidert:	Utarbeidet av: Prosjekt ”Overganger”.	Godkjent av: Dato:

MÅL:

Sikre at alle henvisningene til ”Prosjekt Overganger” blir registrert i Profil

- **Registreres i Profil av ergo-/ fysio-terapeut ved ReHabiliteringsavdelingen.**
- **Registrere en henvisning:**
Finn rett bruker i brukerliste, dobbel-klikk og gå til fane ”Postjournal”.
Dersom ikke bruker finnes, registrer ny bruker i Profil.
Start med ”Sett inn ny rad”, du henter da opp ”Rediger postjournal for NN”
Fyll ut følgende felt i bildet (bruk Tab-tasten til å flytte i bildet):
 - Sett hake i boksen ”Opprett henvendelse”
 - *Saksbehandler* (dersom det er kjent hvem som blir saksbehandler)
 - *Begrensning* skal være ”faglig” på alle henvisninger om tjenester
 - *Type* = velg riktig type
 - Fyll ut feltet *emne* og bruk ordet ”Henvisning ReHabiliteringstjenesten – overgang”
 - Trykk på knappen ”OK”

Du får nå automatisk opp dialogboksen ”Rediger henvendelse for NN”. Boksen er delvis utfylt med opplysninger hentet fra postjournalen.

Fyll ut følgende felt i bildet (bruk Tab-tasten til å flytte i bildet):

- *Type* = velg Overganger
 - *Status* (registrert)
 - *Prioritet* (Prioritet 1)
 - *Situasjon* – her skrives hvor bruker kommer (SL, Kastvollen ol)
 - *Henvist fra, ansatte/forbindelsesregister* (dersom dette er aktuelt)
 - Trykk på knappen ”OK”
- **Rapport av henvisning:**
Du kan ta ut en rapport over alle henvendelser til tjenesten. Velg:
Rapporter→*post/sak/henvendelser*→*henvendelser*
Dialogboksen ”bestill rapport henvendelser” kommer automatisk opp.
Fyll ut følgende felt i bildet (bruk Tab-tasten til å flytte i bildet):
 - *Utvalg* (organisatorisk tilhørighet)
 - *Kode* (overganger)
 - *Status* (la stå tomt)
 - *Reg. dato: fra/til*
 - Trykk på knappen ”OK”

- **Statistikk over henvisningene:**

Profil får i dag ikke ut statistikk over antall henvisninger til "Prosjekt Overganger" dette må gjøres manuelt. Velg fra menylinja: *Ajourhold*→*Henvendelse*

Dialogboksen "*ajourhold henvendelser - søk*" kommer automatisk opp.

Fyll ut følgende felt i bildet (bruk Tab-tasten til å flytte i bildet):

- *Henv.nr/År*: skriv inn hvilket år du ønsker statistikk for
- *Type/status*: velg Overganger
- Trykk "søk"

Nå kommer alle registrerte overganger opp. Nederst på listen står det "*Rad 1 av...*"

Antallet som kommer opp er antall registrerte overganger valgte år.

Vedlegg 6 - Informasjonsbrev til spesialisthelsetjenesten



Verdal
kommune

Sikring av overgang mellom institusjon og hjem

I Verdal kommune sin Rehabiliteringsplan er det vedtatt kvalitetssikring av overgangen mellom institusjon og hjem.

Verdal kommune ved ReHabiliteringstjenesten fanger opp alle voksne/ eldre med fortsatt rehabiliteringsbehov, og gir tilbud om minst 1 vurderingsbesøk etter utskrivelse til hjemmet.

Kontakt:

Rehabiliteringstjenesten i Verdal kommune, tlf. 74048200

E-post: med-rehab@verdal.kommune.no

Postadresse: Fløytaarvegen 2, 7650 Verdal

- så raskt som mulig når dere planlegger utreise for brukere med behov for tverrfaglig innsats.

Informasjonen spres via etablert kontakt opp mot Koordinerende Enhet i Helse Nord-Trøndelag v/ Nancy Haugan. Med dette som bakgrunn informerer vi om tilbud.

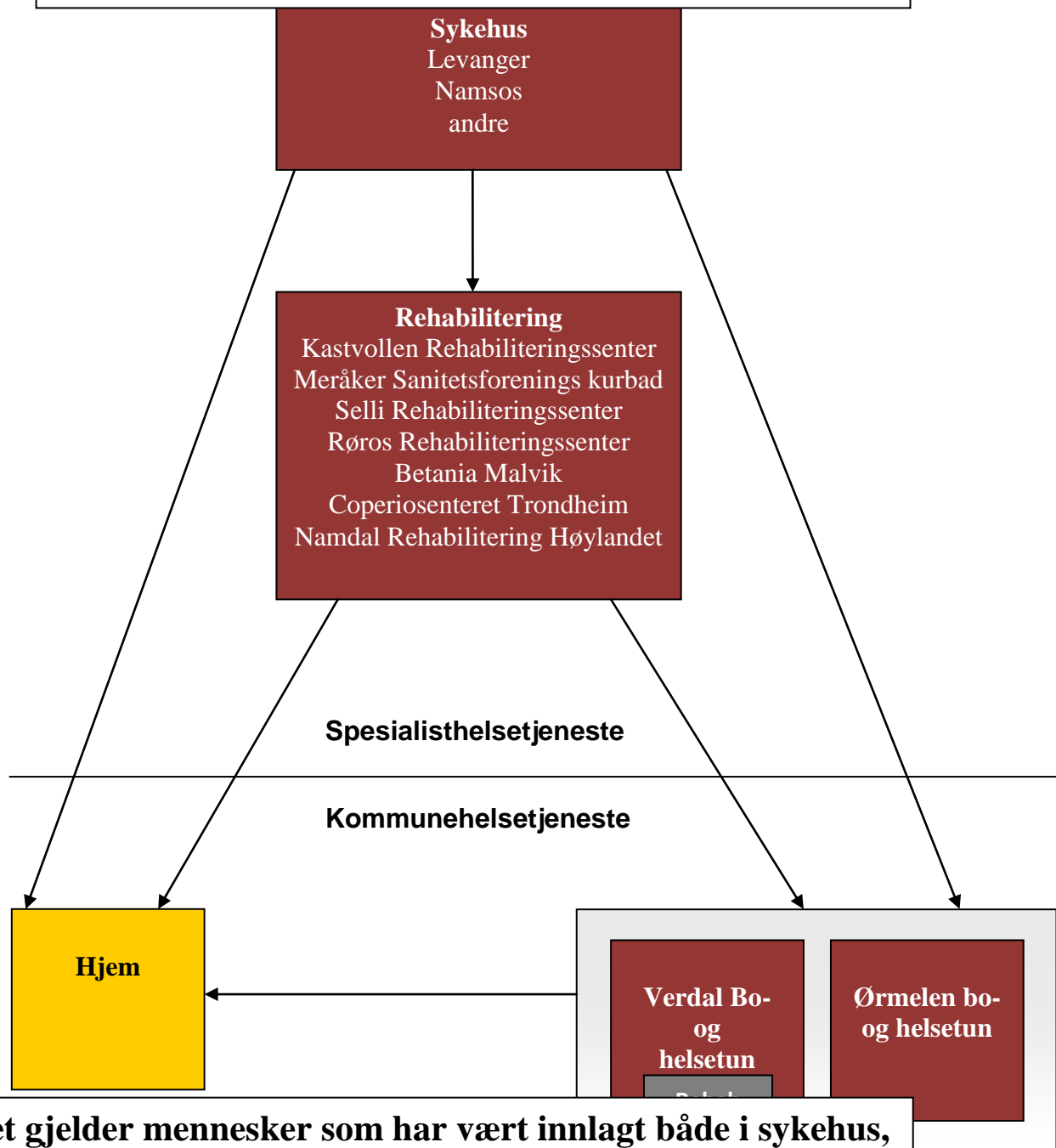
Med vennlig hilsen:

Inger Hammer Storstad
Prosjektleder Verdal20...



Verdal kommune

Sikring av overgang mellom institusjon og hjem



Tilbudet gjelder mennesker som har vært innlagt både i sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner og kommunale institusjoner og som ved utreise fortsatt har et rehabiliteringsbehov.

Vedlegg 7 – Prosedyre utsendelse av info brev til spesialisthelsetjenesten

VERDAL KOMMUNE	Prosedyre: Utsendelse av informasjonsbrev til spesialisthelsetjenesten Sikring av overgang mellom institusjon og hjem.	Side:1
Revidert: 15.12.2010	Utarbeidet av: Prosjekt ”Overganger”.	Godkjent av: Dato:

MÅL:

Sikre at informasjon om overgang mellom institusjon og hjem blir en hensiktsmessig arbeidsform som sikrer rehabiliteringstiltak rundt bruker.

- **Verdal kommune ansvarlig i ReHabiliteringstjenesten sender informasjonsbrev til spesialisthelsetjenesten hvert år i september.**
- **Brevet sendes til Koordinerende Enhet i Helse Nord-Trøndelag v/koordinator. F.t Nancy Haugan.**

Koordinator videresender infobrevet til alle avdelinger i alle avdelinger i Helse Nord-Trøndelag og Rehabiliteringsinstitusjonene:

- Kastvollen Rehabiliteringssenter**
- Meråker Sanitetsforenings kurbad**
- Selli Rehabiliteringssenter**
- Røros Rehabiliteringssenter**
- Betania Malvik**
- Coperiosenteret Trondheim**
- Namdal Rehabilitering Høylandet**