



ÅRSRAPPORT 2020

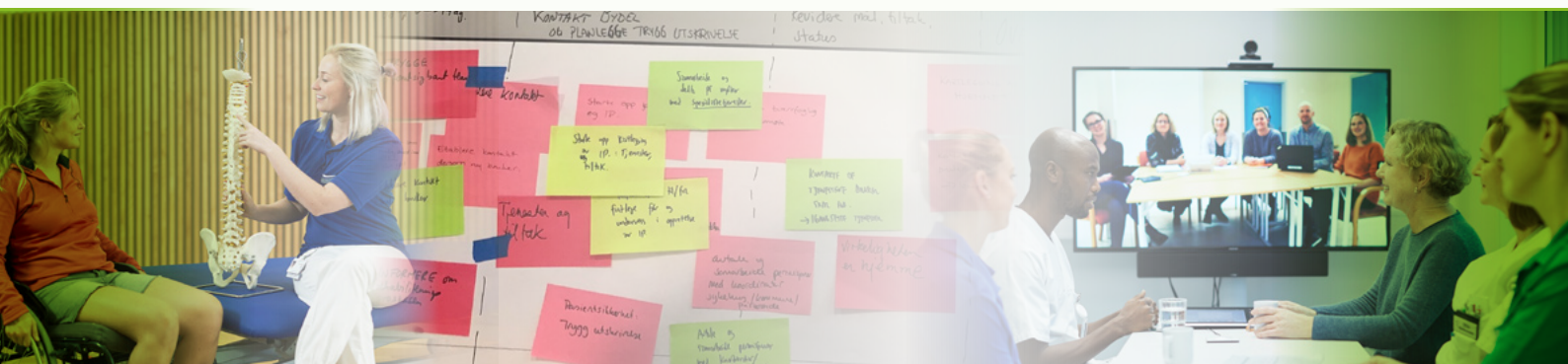


Innhold

Regional koordinerende enhet	3
Leder oppsummerer året	4
Brukerrådet har ordet	5
Regional vurderingsenhet	7
Informasjonsformidling	20
Nettverk og dialogmøter	24
Referanser	27
Ansatte i regional koordinerende enhet (RKE)	28

RKE skal innen sitt mandat bidra til gode og likeverdige rehabiliteringstjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.

RKE skal være pådriver for funksjonen koordinerende enhet og tjenestene individuell plan og koordinator.



Regional koordinerende enhet

Regional koordinerende enhet (RKE) ble etablert i 2006 på oppdrag fra tidligere Helse Øst RHF. Mandatet ble revidert høsten 2018. Enhetens oppgaver er i dag å;

- Vurdere alle henvisninger til rehabilitering fra primærhelsetjenesten til private rehabiliteringsinstitusjoner, uten formell vurderingskompetanse, som har avtale med det regionale helseforetaket eller er en godkjent leverandør av HELFO under ordningen fritt behandlingsvalg (FBV-leverandør) innenfor ReHabiliteringsfeltet.
- Drifte den nasjonale ReHabiliteringstelefonen - 800 300 61 - med helsefaglig personell, ha oversikt over og formidle informasjon om offentlige og private habiliterings- og rehabiliteringstilbud, samt veilede pasienter ved ønske om bytte av behandlingssted.
- Påse at de private rehabiliteringsinstitusjonene i helseregion sør-øst oppdaterer ventetider i Helsetjenestekatalogen (HTK) for visning under tjenesten «velg behandlingssted» på nettsiden helsenorge.no.
- Drifte nettstedet www.sunnnaas.no/rke med oversikt over tilgjengelige rehabiliterings- og habiliteringstjenester i regionen.
- Bidra til at funksjonen koordinerende enheter i sykehusområdene ivaretas og utvikles i tråd med lovgrunnlag og nasjonale forskrift og være pådriver for arbeidet med individuell plan (IP) og koordinatorfunksjonen.

RKE består av både regional vurderingsenhet og regional koordinerende enhet. I de øvrige helseregioner er disse oppgavene per i dag fordelt i to ulike enheter.

RKE rapporterer til, og samarbeider tett med Helse Sør-Øst RHF, ved spesialrådgiver Tove Hæreid Otterstad og spesialrådgiver Trude Hirgum.

RKE ledes av Jon Ivar Sørland. Lars Nysether er medisinskfaglig seniorrådgiver. I 2020 var enheten bemannet med leder, seks rehabiliteringsrådgivere, hvorav en i 50 % stilling, en helsesekretær, kommunikasjonsrådgiver i 50 % stilling og en overlege i 50 % stilling. I tillegg har RKE et team bestående av 10 legespesialister som har jobbet aktivt gjennom 2020 med vurdering av henvisninger. Vurderingslegene jobber til daglig ved åtte forskjellige helseforetak i Helse Sør-Øst.

RKE er organisert i avdeling for samhandling og internasjonal aktivitet ved Sunnaas sykehus HF, og er ett av to regionale ansvar som er lagt til sykehuset. Det andre regionale ansvaret ligger til regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR).

RKE utøver sin virksomhet i henhold til blant annet følgende lover, forskrifter og veiledere:

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (1)

Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemd (prioriteringsforskriften) (2)

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (3)

Lov om pasient- og brukerrettigheter (4)

Lov om spesialisthelsetjenesten (5)

Prioriteringsveileder habilitering av barn - og unge i spesialisthelsetjenesten (6)

Prioriteringsveileder fysisk medisin og rehabilitering (7)

Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (8)

Leder oppsummerer året

Det er med stor ydmykhet og respekt jeg tenker på alle de pasientene som er berørt av pandemien. Den samme ydmykhet har jeg for alle de krevende avgjørelser som er tatt fra myndighetshold, fra våre oppdragsgivere, og ikke minst alle de krevende avgjørelser som det enkelte behandlingssted og den enkelte helsearbeider har måtte ta i møte med pasientene. Dilemmaene mellom nødvendige og forsvarlige spesialiserte rehabiliteringstjenester, og kampen mot spredning av koronaviruset har vært mange og krevende.

Mange har nok fra tid til annen drømt om å sove seg gjennom pandemien. 2020 ble et sånn år man kunne ønske det var mulig å hoppe over. Samtidig er det et svært viktig historisk år som ettertiden forhåpentligvis vil både forsøke å lære av – og ikke minst forsøke å forebygge at gjentar seg. De etiske problemstillingene har vært mange og krevende. For mange ble nok valgene nærmest som valget mellom pest eller kolera.

RKE har under pandemien etter beste evne forsøkt å bidra til forutsigbarhet innen vårt mandat. For å avhjelpe presset på helsetjenestene ved pandemien ble det vedtatt midlertidige endringer i helselovgivningen. For å ivareta pasientenes behov – og imøtekomme deres rettigheter har RKE fortløpende vurdert henvisninger, satt frist og svart opp henvisningene i henhold til gjeldende lov – og forskrift. For å lykkes med å nå målet om likeverdige helsetjenester er vi alle avhengige av åpenhet, og deling av kunnskap. Det også under en pandemi. Åpenhet ved deling gir forståelse og innsikt. Trygget og kvalitet vil over tid øke. La oss sammen være åpne om hva vi lyktes med – og hva vi kunne ha gjort annerledes. Vi tar også med oss alle de positive erfaringene vi i RKE har hatt gjennom digital samhandling med oppdragsgivere og alle våre samarbeidspartnere.

Med pandemien kom et økende behov for rehabiliteringstjenester til enkelte av pasientene som ble syke med covid-19. De rehabiliteringstilbudene som allerede eksisterte – syntes å dekke de behovene som kunne oppstå etter sykdom fra viruset. For at det skulle bli enklest mulig å finne frem samlet RKE tilbudene under en egen covid-19 oversikt på nettsiden.

RKE er et av to regionale ansvar som er tildelt Sunnaas sykehus HF av Helse Sør-Øst RHF. Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR) er sykehusets andre regionale ansvar. 2020 ble et år hvor RKR og RKE fikk anledning til å samarbeide tett på flere områder, som innen kommunikasjon og ikke minst under forberedelsen og gjennomføringen av den digitale tankesmien «Avskjed på grått papir». Et arrangement du kan lese mer om på side 16 og 17.

Årsrapporten for 2020 vil beskrive de viktigste aktiviteter som ble gjennomført i 2020.

Jeg vil benytte anledningen til å takke alle våre samarbeidspartnere, vår oppdragsgiver Helse Sør-Øst RHF og brukerrådet, for et godt og nært samarbeid gjennom et svært krevende år.



Jon Ivar Sørland,
enhetsleder.



Brukerrådet har ordet

Brukerrådet til regional koordinerende enhet (RKE) er sammensatt av tre brukerrepresentanter fra brukerutvalget til Helse Sør-Øst RHF og to brukerrepresentanter fra brukerutvalget til Sunnaas sykehus HF. I tillegg deltar en representant fra Helse Sør-Øst RHF og tre ansatte ved RKE.

Brukerrådet skal bidra til god samhandling, fremme pasienter og pårørende sine interesser og bidra til forbedring av tjenestene.

Det avholdes årlig tre fysiske møter, der det alltid er innmeldte saker i tillegg til faste temaer som omhandler blant annet:

- Nettsiden til RKE og ReHabiliteringstelefonen
- Utviklingstrekk ved RKE
- Nyheter og aktuelt innen rehabilitering
- Informasjon om RKE-henvisninger relatert til blant annet:
 - » Ventetider til rehabiliteringstilbud
 - » Saksbehandlingstid ved RKE
 - » Avslagsprosent
 - » Klager til Statsforvalteren (tidligere Fylkesmannen)

I 2020 fikk brukerrådet kun avholdt et fysisk møte før koronapandemien traff landet. De to siste møtene, i mai og oktober, ble gjennomført på video. Møtene fungerte tilfredsstillende på video, selv om de fleste representantene ytret at de savnet den «fysiske møteplassen».

Brukerrådet har også i år hatt fokus på at RKE skal gi et likeverdig rehabiliteringstilbud til de som har behov for det uavhengig av diagnose, alder, funksjonsnivå, kjønn og geografi. Videre har fokus vært på avslagsprosenten på rettighetsvurderinger av henvisninger til de private rehabiliteringsinstitusjonene som har avtale med Helse Sør-Øst RHF. Herunder blant annet at henvisningene som RKE mottar ofte er mangelfulle, og hva man kan gjøre for å forbedre disse. Et av tiltakene er at RKE vil se på om fastlegeportalen.no kan bidra til å øke kvaliteten på henvisningene som RKE mottar.

RKE gjennomgikk en konsernrevisjon i 2019 som så på henvisninger fra primærhelsetjenesten angående pasienter i diagnosegruppen «langvarige muskel- og bløtdelssmerte». Målet med revisjonen var å vurdere praksis for rettighetsvurderinger og hvordan pasientene som tildeles rett kanaliseres til et egnet tilbud. Revisjonsrapporten har også vært drøftet på brukerrådsmøtet.

Hvordan koronapandemien har påvirket rehabiliteringstilbudene har naturlig nok vært et viktig tema på de siste møtene.

27. mars 2020 ble det innført «Midlertidig forskrift om endringer i helselovgivningen for å avhjelpe konsekvenser under utbruddet av Covid-19». Denne medførte blant annet forlengelse av vurderingstiden for henvisninger fra 10 til 30 dager, samt manglende frist for oppstart av helsehjelp.

RKE har gjennom hele perioden vurdert henvisninger og videresendt til de private rehabiliteringsinstitusjonene, også i de periodene en del av institusjonene var stengt.

På siste møte i brukerrådet fikk vi et interessant innlegg av Gro E. Aasland, klinikkjef ved fysikalsk medisin og rehabilitering, Sykehuset i Vestfold. Hun la frem rapporten om «Pasientforløp for rehabilitering av pasienter innlagt med COVID-19 sykdom i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst». En av RKE sine brukerrepresentanter deltok i arbeidsgruppen som utarbeidet rapporten.

En representant fra brukerrådet deltok også da RKE i samarbeid med regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR) ved Sunnaas sykehus HF

arrangerte tankesmien «Avslag på grått papir» – en tankesmie om rehabiliteringsforløp ved muskel- og bløtdelssmerte. Hensikten med tankesmien var at man, sammen med pasienter og sentrale fagpersoner, ønsket å tenke høyt om hva som skal til for å sikre gode pasientforløp for denne pasientgruppen, hvilke rehabiliteringstilbud som finnes i dag og hvilke mulighetsrom og samhandlingsmodeller vi ser for oss i fremtiden.

Brukerrådet har lenge jobbet med å kartlegge om alle de private rehabiliteringsinstitusjonene som har avtale med Helse Sør-Øst RHF har et brukerutvalg. Listen er nå komplett og brukerrådet sender snart ut et informasjonsbrev til brukerutvalgene ved de private rehabiliteringsinstitusjonene der det inviteres til samarbeid og informasjonsutveksling.

Medlemmer i BRUKERRÅDET 2020

Knut Magne Ellingsen, brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF. **Kari Melby**, brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF. **Odvar Jacobsen**, brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF. **Øyvind Gerhardsen**, brukerutvalget ved Sunnaas sykehus HF. **Helle Campbell**, brukerutvalget ved Sunnaas sykehus HF. **Tove H. Otterstad**, Helse Sør-Øst RHF. **Jon Ivar Sørland**, regional koordinerende enhet, Sunnaas sykehus HF. **Lars Nysether**, regional koordinerende enhet, Sunnaas sykehus HF. **Else Hoft**, regional koordinerende enhet, Sunnaas sykehus HF.

Regional vurderingsenhet

Rettighetsvurdering av henvisninger til de private rehabiliteringsinstitusjonene

I Helse Sør-Øst er det 28 private rehabiliteringsinstitusjoner som RKE vurder henvisninger til. Tilbudene RKE vurderer for er inndelt i 15 delytelser/diagnosegrupper. Dersom en pasient innvilges rett til helsehjelp er rettigheten knyttet til én delytelse/diagnosegruppe. Det settes også en frist for hvor lenge det er medisinsk forsvarlig å vente på den helsehjelpen pasienten har fått innvilget rett til. Fristen settes hverken ut fra hensiktsmessighet eller ut fra praktiske forhold, men ut fra hvor lenge det er forsvarlig å vente. Det dersom helsehjelpen mot formodning ikke kan gis så raskt som man kunne ønske seg. I svært mange tilfeller har henviser ikke beskrevet hvilken delytelse/diagnosegruppe pasienten henvises til. I slike tilfeller blir det vurderende lege sin oppgave å tildele rett delytelse/diagnosegruppe ut fra de oppgitte medisinske opplysningene i henvisningene.

Fritt rehabiliteringsvalg

Når pasienter blir henvist til spesialisthelsetjenesten, skal spesialisthelsetjenesten altså vurdere om pasienten har behov for, og dermed rett til, spesialisthelsetjenester. Pasientrettighetsloven gir så pasienten rett til å velge ved hvilket behandlingssted vedkomne ønsker sin behandling. Det selv om ventetiden ved valgte behandlingssted er lengre enn den medisinske fristen som er satt. Pasientens rett til fritt å kunne velge går foran legens vurdering av hva som er medisinsk forsvarlig med tanke på seneste frist for behandling. En forutsetning for at pasienten takker ja til rehabilitering etter frist er at pasienten er godt informert om sin egen situasjon og mulige konsekvenser av å utsette helsehjelpen. I om lag 80 % av alle henvisningene har pasienten, eller henviser uttrykt ønske om behandlingssted i henvisningen før den sendes til vurdering ved RKE, men i mange tilfeller er altså ikke delytelse/diagnosegruppe beskrevet i henvisningen.

«For habilitering og rehabilitering er det egne enheter i de regionale helseforetakene som skal vurdere henvisninger til private rehabiliteringsinstitusjoner som ikke er tildelt formell vurderingskompetanse» (9).

Regional vurderingsenhet saksbehandler og vurderer alle henvisninger til rehabilitering fra primærhelsetjenesten til private rehabiliteringsinstitusjoner, uten formell vurderingskompetanse, som har avtale med det regionale helseforetaket eller er en godkjent FBV-leverandør innenfor rehabiliteringsfeltet.

Behov for spesialisert rehabilitering til pasienter med covid-19

I starten av pandemien var det krevende å forutse behovet for rehabilitering, med unntak av den kunnskap som man har om postvirale tilstander og de alvorlige konsekvensene som kan komme ved langvarig intensiv behandling. Covid-19 er en ny sykdom, og det finnes derfor begrenset forskningsbasert kunnskap om rehabiliteringstiltak- og behov hos denne pasientgruppen. Behovet for rehabilitering synes spesielt stort for de som har gjennomgått et alvorlig sykdomsforløp, men pasienter med vedvarende funksjonsproblemer etter mild eller moderat sykdom, som ikke har vært innlagt på sykehus, kan ha behov for rehabilitering etter covid-19 sykdom. I den nasjonale veilederen (10) står det at man skal følge de vanlige rehabiliteringsforløp.

Med mål om å gjøre det enklest mulig for pasientene, deres pårørende og helsepersonell ble det raskt enighet med oppdragsgiver om å vise vei til de mest aktuelle behandlingsstedene med spesialisert rehabiliterings-tilbud via en samlebetegnelse på nettsidene til RKE som «Covid-19». Det kan her se ut som om «Covid-19» er en nytt spesialisert rehabiliteringstilbud, en såkalt delytelse/diagnosegruppe, men dette er altså gjort for raskest mulig å vise vei til de mest aktuelle tilbudene. Hver pasient blir vurdert ut fra opplysningene i henvisningen om hvilket tilbud som er mest hensiktsmessig ut fra funksjonsutfallet etter covid-19.

RKE innvilget i alt 26 rettigheter til spesialisert rehabilitering etter covid-19 i 2020, med en majoritet innen delytelse/diagnosegruppe O (sammensatte og/eller komplekse lidelser). Her ble det benyttet en passus til avtalen. Det var ingen avslag ved RKE for pasient henvist etter covid-19.

Prioritering av helsehjelp under pandemien

Prioriteringen mellom å dekke pasientenes behov for spesialisert rehabilitering versus å unngå spredning av viruset har vært en svært krevende oppgave for både helsemyndigheter og den enkelte helsearbeider helt siden viruset oppstod. Den første offisielle beskjeden fra Helsedirektoratet den 19. mars 2020:

«Habilering/rehabilitering

All helsehjelp i spesialisthelsetjenesten innen habilitering og rehabilitering som medfører fysisk oppmøte av pasient, eller annen direkte kontakt mellom rehabiliteringspersonale og pasient, opphører inntil videre. Unntak: tidlig rehabilitering etter hjerneslag, samt andre akutte rehabiliteringsforløp for alvorlige tilstander som f.eks. tverrsnittslesjon, hodeskade, multitraumer (etter f.eks. trafikkulykker) og amputasjoner».

Notat fra Helsedirektoratet ved helsedirektør Bjørn Guldvog 19. mars 2020.

Fra prioriteringsnotat til nasjonal koronaveileder

Fra myndighetshold ble det i de påfølgende dagene jobbet på spreng for å innhente råd og synspunkter for hvordan helse- og omsorgstjenester kunne prioritere på en mer nyansert måte. Den 25. mars kom det endelige notatet om «Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19 pandemien», med følgende presisering av rehabilitering/habilitering:

«Pasienter i et forløp etter nyoppstått betydelig funksjonsnedsettelse og behov for habilitering og rehabilitering prioriteres høyest. Dette kan gjelde pasienter innlagt på grunn av hjerneslag, hjerneskade, ryggmargsskade, multitraume, amputasjon, brannskade, nevrologiske tilstander og andre skade- og sykdomsforløp der manglende rehabilitering kan medføre alvorlig varig funksjonstap. Også noen pasienter i senere faser som har fått ny betydelig funksjonssvikt, bør prioriteres høyt.

Det er viktig å prioritere oppfølging av pasienter med utfordrende adferd, og der det er aktuelt å bruke tvang og makt. Samhandling mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten må sikres for oppfølging av denne pasientgruppen.

All helsehjelp som medfører fysisk kontakt mellom rehabiliteringspersonalet og pasient, bør utsettes hvis ikke utsettelse vurderes å medføre betydelig funksjonstap. Dette gjelder også habilitering.

De private rehabiliteringsinstitusjonene kan lokalt vurderes omdisponert til å avhjelpe sykehusene. Dette kan dempe presset på sykehusene ved eventuell eskalering av smitte».

Notat fra Helsedirektoratet om prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19 pandemien 25. mars 2020.

Parallelt med arbeidet med notatet utarbeidet Helsedirektoratet den nasjonale veilederen «Koronavirus – beslutninger og anbefalinger» (10). Veilederen har vært – og er i stadig utvikling med gode beskrivelser og veiledninger på ulike områder som må hensyn tas ved den konflikt som oppstår i møte med viruset. Anbefalinger for prioriteringer av helsetjenester er i veilederen beskrevet i kapittel 13.1 Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19-pandemien.

Koronaloven

«Midlertidig lov om forskriftshjemmel for å avhjelpe konsekvenser av utbrudd av Covid-19 mv. (koronaloven)» (11) trådte i kraft 27. mars 2020. Koronaloven hadde som formål å legge til rette for forsvarlige og effektive tiltak som var nødvendige for å begrense forstyrrelsen av normale samfunnsfunksjoner som følge av utbruddet av covid-19. Koronaloven er en såkalt fullmaktslov, som ga regjeringen myndighet til å vedta regler eller gjøre unntak fra gjeldende regler på ulike områder. Koronaloven muliggjorde således fortløpende endringer av eksisterende lover. Det vedtok av midlertidige forskrifter.

Midlertidige endringer i helselovgivningen for å avhjelpe konsekvenser under utbruddet av covid-19

Helselovgivning er laget og definert ut fra en normal-situasjon. Med koronautbruddet kom helsetjenesten i en helt spesiell situasjon som regelverket ikke fullt ut tok høyde for. For å gi helse- og omsorgstjenesten det nødvendige handlingsrommet til å bruke ressursene best mulig i en presset situasjon, ble det i statsråd 27. mars 2020 fastsatt en midlertidig forskrift med blant annet enkelte endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. De midlertidige endringene ble hjemlet i koronaloven. Et vesentlig prinsipp var at pasientenes grunnleggende rettigheter ikke skulle endres. Det vedtok at helsehjelpen skal være forsvarlig og nødvendig, og pasientene skal prioriteres etter alvorlighet, nytte og ressurs. Det etter en individuell vurdering. Forskriften ble benevnt: «Midlertidig forskrift om endringer i helselovgivningen for å avhjelpe konsekvenser under utbruddet av covid-19». Målet med forskrift om endringer i helselovgivningen var altså å gi helse-tjenesten handlingsrom til å bruke ressursene best mulig i en presset situasjon.

Forsvarlighetsprinsippet som føring for prioritering av pasienter henvist via RKE

I tett dialog med våre oppdragsgivere i Helse Sør-Øst RHF ble det relativt en rask enighet om at RKE skulle opprettholde sin aktivitet også ved vurdering av henvisninger. Videre ble det enighet om at RKE fortløpende skulle sende brev til pasientene med resultat av våre vurderinger, samt sende de vurderte henvisningene til aktuelle behandlingssted. Behandlingsstedene med medisinsk faglig ansvarlige fikk ansvaret for å prioritere inntak av pasientene henvist via – og tildelt rett av RKE. Det etter forsvarlighetsprinsippet.

Fortløpende tilpasninger i RKE til endringene i helselovgivningen

For RKE sitt vedkomne var det flere av de midlertidige lovendringene i «Midlertidig forskrift om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. for å avhjelpe negative konsekvenser av utbrudd av covid-19», som ble av betydning for vår praksis. Forskriften trådte i kraft 27. mai og var gjeldende til 1. oktober 2020. I denne perioden gjaldt blant annet ikke retten til fornyet vurdering, 10 dagers vurderingstid og rettigheter via HELFO til alternativt behandlingssted (se avsnitt under), dersom opprinnelig behandlingssted ikke kunne gi behandling innen den medisinske fristen. Tilpasning til disse midlertidige endringene ved RKE sine svar til henviser og pasient, ble løst ved bruk av såkalte fraser i DIPS. Her ble lagt til tekst tilpasset gjeldende pasientrettigheter. Her med et eksempel fra brev til pasient vedrørende midlertidige endringer i pasientrettighetene vedrørende fristbrudd:

Regjeringen har innført: «Midlertidig forskrift om endringer i pasient og brukerrettighetsloven mv. for å avhjelpe negative konsekvenser av utbrudd av covid-19».

Dette innebærer midlertidige endringer i dine rettigheter som pasienten. Rett til alternativt tilbud ved fristbrudd bortfaller, men retten til Fritt behandlingsvalg er gjeldende. Dersom du opplever ventetiden for lang, har du anledning til å velge et behandlingsted med kortere ventetid for den helsehjelp du er innvilget rett til. Det vises ellers til: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2020-05-26-1068>

Midlertidig forskrift om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. for å avhjelpe negative konsekvenser av utbrudd av covid-19.

Håndtering av fristbrudd under pandemien

Graden av smittespredning har gått i bølger, og det har vært store geografiske forskjeller i utfordringsbildet. Pandemiens ulike faser syntes krevende å forutsi når og hvor ville inntre. I ettertid kan man derfor stille spørsmål ved hensiktsmessigheten av å gjeninnføre pasientenes rettigheter og helsetjenestens plikter ved fristbrudd regulert i prioriteringsforskriften § 5 fjerde ledd og § 6 andre og tredje ledd (2). Ved nye bølgetopper med stort smittetrykk vil det i noen tilfeller være rett, ut fra forsvarlighetsprinsippet, å utsette behandling av pasienten. Kravet om at HELFO uten opphold skal skaffe pasienten et tilbud fra offentlig tjenesteyter eller om nødvendig fra privat tjenesteyter, vil under en pandemi kunne være umulig å imøtekomme, og vil i verste fall kunne føre til utilbørlig press på tjenestene. Det i tillegg til uheldige reiser på tvers av områder med høyt smittetrykk. RKE erfarte at enkelte behandlingssteder ikke var kjent med at unntak fra regler ved fristbrudd var gjeninnført etter 1. oktober. Unntakene ble oppfattet åpenbart nødvendig for å opprettholde forsvarlig inntak og behandling av pasienter også i tiden etter 1. oktober. En utfordring som nok vil vedvare i 2021. Kravene til smittevern vil trolig medføre et etterslep i leveranser av helse-tjenester generelt sett i lang tid fremover. Innenfor rehabilitering er det noe variasjon i ventetid mellom tilbudene, men innenfor de fleste tilbudene er det i dag tilbud med en ventetid på 1-3 uker.

Midlertidig bortfall av retten til individuell plan (IP) og kontaktlege

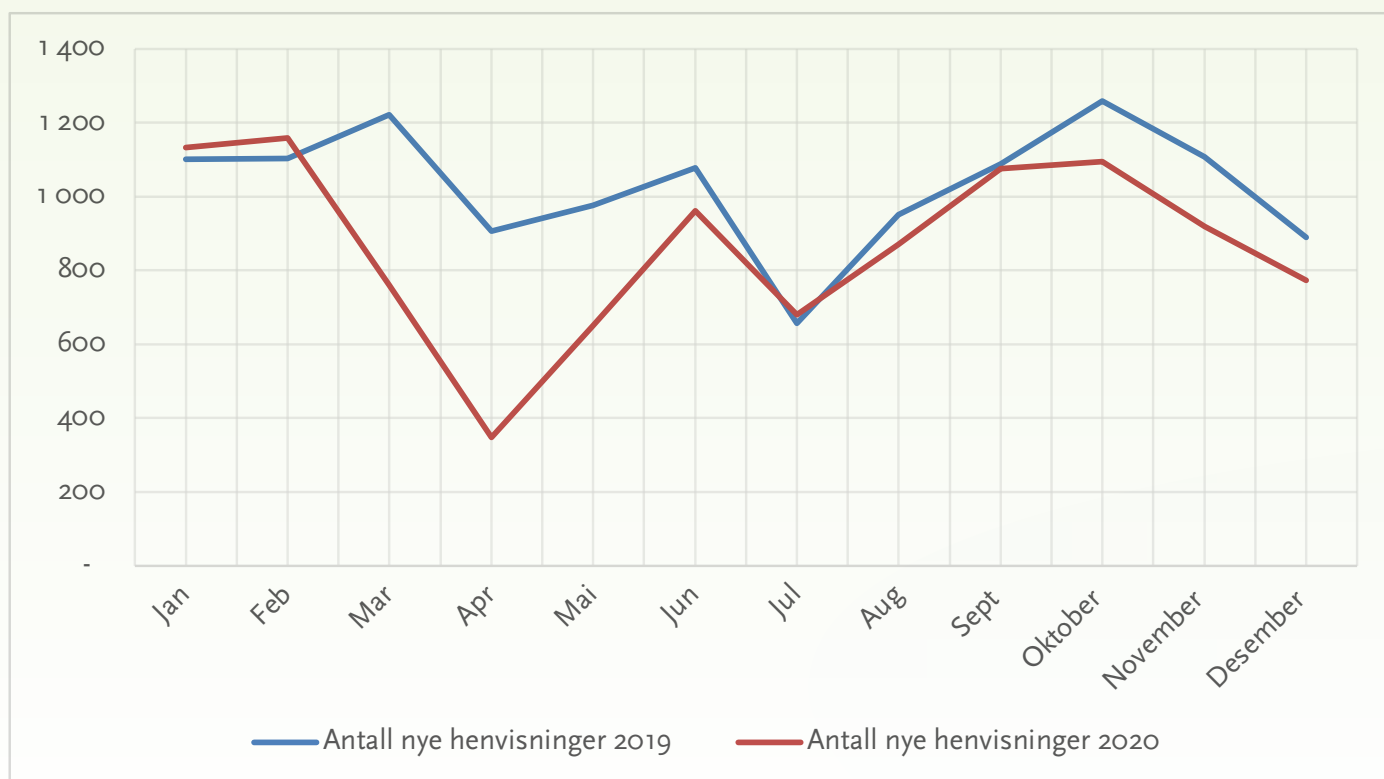
Med «Midlertidig forskrift om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. for å avhjelpe negative konsekvenser av utbrudd av covid-19» mistet også pasientene retten til individuell plan (IP) og kontaktlege. RKE kan ikke forstå at det å fjerne pasientens rett til IP og å ta bort helsepersonells plikt til å medvirke i pasientens IP ville bidra etter forskriftens formål. Å fjerne retten til IP kan vanskelig forstås som en lettelse for helse- og omsorgstjenesten. Å medvirke til IP ligger til forsvarlighetskravet beskrevet i helsepersonelloven § 4 (12). Bortfall av individuelle planer kan bidra i motsatt retning, ved et betydelig merarbeid for det enkelte helsepersonell ved bortfall av informasjon som er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.

Svært mange personer med komplekse og sammensatte behov mistet for en periode sine tilbud og oppfølging fra primærhelsetjenesten da pandemien traff, og enkelte fikk utsatt sin planlagte behandling i spesialisthelsetjenesten. Å fjerne IP som verktøy for koordinering er som å fjerne sikkerhetsnettet for de aller mest sårbare blant oss. Denne midlertidige endringen av helselovgivningen er etter RKE sin oppfatning et resultat av at de aller fleste individuelle planer er i papirformat, og således kan medføre smittespredning ved deling. Den midlertidige lovendringen aktualiserer behovet for digitale individuelle planer. I samarbeid med miljøet ved Beitostølen Helse- og sportsenter ble disse problemstillingene ved bortfall av retten til individuell plan og kontaktlege, samt behovet for digitale individuelle planer forsøkt belyst ved et debattinnlegg i Aftenposten 5. oktober 2020.

De private institusjonene sammen med det offentlige tilbudet har imidlertid under pandemien gjort en god jobb og sørget for at tilbudet til mange personer med komplekse og sammensatte behov ble opprettholdt jfr. prioriteringsnotatet fra Helsedirektoratet av 25. mars.

Henvissingsstrømmen følger de ulike fasene av pandemien

Det kan se ut som pasientene og henvisere i noe mindre grad har etterspurt og henvist til spesialisert rehabilitering i perioder hvor pandemien har hatt stor spredning. Det kan også synes som om pasientene i perioder med stort smittetrykk har tilsidesatt egne helsebehov ved å ikke oppsøke fastlege for å diskutere sine behov for spesialisert rehabilitering (se figur nr. 1 under). Kurven følger tilsvarende oversikt over henvisninger internt i spesialisthelsetjenesten. RKE mottok 15 % færre nye henvisninger i 2020, sammenlignet med 2019.



Figur 1: Antall nye henvisninger pr. mnd. i 2019 og 2020.

Statistikk fra rettighetsvurderinger i 2020

RKE vurderte 10 659 nye henvisninger i 2020. Det er om lag 1850 færre henvisninger (15 %) enn i 2019. 317 av disse gjaldt personer som er bosatt utenfor Helse Sør-Øst. RKE innvilget rett til helsehjelp i ca. 68 % av alle henvisningene. Majoriteten av avslagene ble begrunnet med at pasientene best ville kunne bli ivaretatt av primærhelsetjenesten.

RKE innvilger rett til helsehjelp tilsvarende ca. 40 % av det totale antall henvisninger med rett til helsehjelp ved de private leverandørene til rehabiliteringsfeltet i helseregion sør-øst. Den andre henvisningsstrømmen går direkte til rehabiliteringsinstitusjonene fra helseforetakene, hvor retten til helsehjelp allerede er innvilget. RKE har fra og med 2019 rapportert tertialvis til Helse Sør-Øst RHF, blant annet på antall henvisninger med rett/ikke rett, klager og avslag.

Noen TALL fra regional vurderingsenhet for mottatte saker i 2020:

- 10 659 nye henvisninger (12 575 i 2019)
- 11 968 vurderinger (13 863 i 2019)
- 317 nye henvisninger fra andre helseregioner (350 i 2019)
- 11 nye henvisninger for utenlandske statsborgere (19 i 2019)
- 6241 med innvilget rett etter første vurdering (7335 i 2019)
- 41,44 % avslag etter første vurdering (42,4 % i 2019)
- 780 anmodninger om ny vurdering (974 i 2019)
- 214 Klager på rettighetsvurderingene (250 i 2019)
- 7173 med innvilget rett etter fullstendig saksbehandling (8125 i 2019)
- 32,7 % * avslag etter behandling av anmodninger om ny vurdering og klagesaker (34,9 % i 2019)

* Oppfølging av anmodninger og klagesaker er tid – og ressurskrevende. I over halvparten av klage – og anmodningssakene resulterer de nye opplysningene i at pasientene får innvilget rett til helsehjelp. Den endelige avslagsprosenten vil følgelig gå noe ned utover i 2020. Det inntil alle sakene blir ferdig vurdert – og behandlet av RKE. Kravet til saksbehandling, og saksbehandlingstid følger av forvaltningsloven.

Ulikheter mellom helseregionene

I Helse Nord har den regionale vurderingsenheten ansvaret for å behovsvurdere henvisninger både fra helseforetakene og rettighetsvurdere henvisninger fra primærhelsetjenesten til de private rehabiliteringsinstitusjonene. Det med unntak av pasienter i et direkteforløp fra helseforetakene. Disse behovsvurderes ikke av vurderingsenheten. I Helse Midt-Norge vurderer den regionale vurderingsenheten henvisninger fra primærhelsetjenestene, og behovsvurderer ved henvisninger fra poliklinikker ved helseforetakene, med unntak av henvisninger fra St. Olavs Hospital. Vurderingseininga i Helse Vest har tilsvarende ansvar som RKE i Helse Sør-Øst, og som er vurdert av Helse Sør-Øst RHF å være i henhold til lovverket.

Videre har de regionale helseforetakene inngått ulike avtaler med de private leverandørene av rehabiliteringstilbud. Kartlegging/vurderingstilbud for pasienter med langvarig muskel- og bløtdelssmerter benyttes i liten grad i andre helseregioner enn i sør-øst – og eksisterer ikke i Helse Vest. Per i dag tilbys kartlegging/vurderingstilbud ved i alt 13 private institusjoner i landet. Kun tre av disse er lokalisert i andre helseregioner enn i Helse Sør-Øst, hvorav en i Helse Nord og to i Helse Midt-Norge. Ulike avtaler kan bidra til uønsket variasjon i rehabiliteringstilbud nasjonalt, men retten til fritt behandlingsvalg går på tvers av helseregionene, og vil således kunne imøtekomme pasientenes behov for særskilte tilbud utenfor egen helseregion.

Nasjonalt samarbeid for likeverdige vurderinger

I 2011 ble det etablert et nasjonalt nettverk av regionale vurderingsenheter for utveksling av kunnskap og erfaringer knyttet til behandling og vurdering av henvisninger. For læring og samkjøring av medisinske vurderinger og juridisk praksis diskuteres anonymiserte henvisninger. Mål for nettverket er at samarbeidet skal bidra til mest mulig lik vurdering av henvisninger til rehabilitering uavhengig av pasientens bosted. Nettverket har to møter per år, hvorav normalt ett fysisk møte. I 2020 ble begge møtene gjennomført via videokonferansemøter.

Vedlikeholdsopplæring

RKE hadde et team bestående av 10 legespesialister som jobbet aktivt gjennom 2020 med vurdering av henvisninger. Disse vurderingslegene ble rekruttert fra åtte forskjellige helseforetak i Helse Sør-Øst. Det er et vesentlig poeng for kvalitet og likeverdig behandling at staben av vurderingsleger har ulike spesialiteter og til daglig arbeider ved ulike helseforetak. RKE er i stadig behov for å rekruttere flere vurderingsleger som følger av naturlige endringer i forutsetningene for tid til å jobbe for RKE.

Det gjennomføres faste video/telefonmøter hvert tertial med alle vurderingslegene i RKE. Her deles smarte tips for effektive arbeidsprosesser i journalsystemet DIPS, nytt fra arbeidsgiver ved Sunnaas sykehus og fra oppdragsgiver Helse Sør-Øst RHF. Aller viktigst er diskusjonene om legenes tilnærming og vurdering av ulike henvisninger som presenteres som anonymiserte caser. Her ligger kjernen til kvalitet og utviklingen av det faglige skjønnnet som pasientene er helt avhengige av at vurderingslegene benytter. Det faglige skjønnnet, i tillegg til både forskrift, veiledere og fagkunnskap.

Flere pasienter med rett til rehabilitering med arbeid som mål

RKE erfarer geografiske variasjoner i henvisningspraksis for hvilke rehabiliteringstilbud det henvises til. I likhet med 2019 innvilget imidlertid RKE også i 2020 flere rettigheter til rehabilitering med arbeid som mål, enn innen langvarig muskel- og bløtdelssmerte som tidligere har vært den delytelsen RKE har mottatt flest henvisninger til - og innvilget flest rettigheter til. Hovedårsaken til dreiningen er både økt avslagsprosent innen langvarig muskel- og bløtdelssmerte, samt at rehabiliteringstilbudene innen betegnelsen helse og arbeid er lagt til delytelsen rehabilitering med arbeid som mål. På Helsenorge.no/velg behandlingssted benevnes dette rehabiliteringstilbudet som rehabilitering med arbeid som mål. Ved å legge til aktivitet og utdanning er vi ved målet for all rehabilitering. Det kan kanskje også forklare at det henvises spesifikt til dette rehabiliteringstilbudet.

Figur 2:

Antall henvisninger fordelt etter ytelse/diagnosegruppe ved rettighetsvurdering i 2019 og 2020.

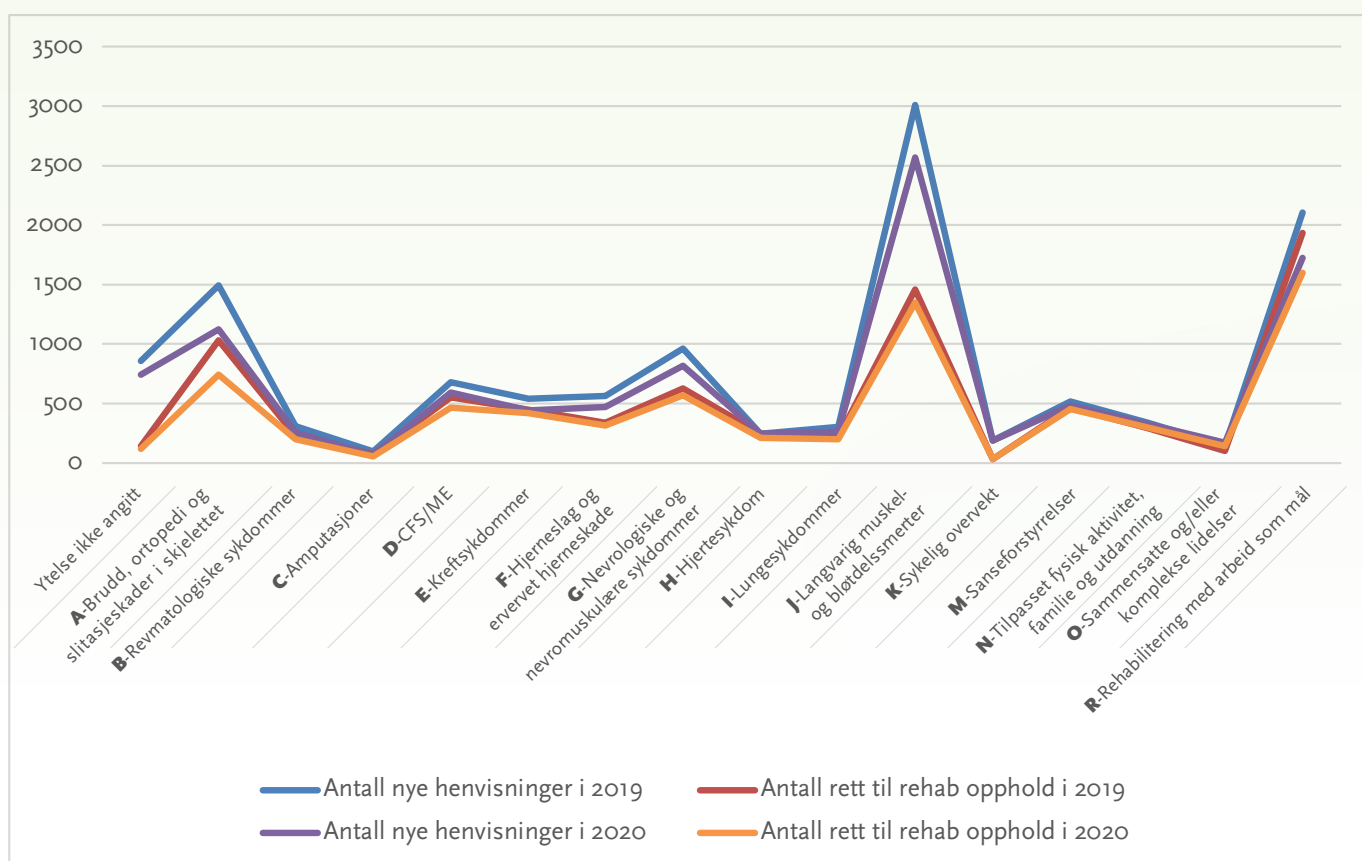




Foto: Bård Gudim, Sunnaas sykehus HF.

Variasjon i helseforetakenes rehabiliteringstilbud

Det er stor variasjon i helseforetakenes rehabiliteringstilbud, og de private rehabiliteringsinstitusjonenes lokalisering er ujevnt fordelt geografisk. I tillegg til Sunnaas sykehus HF som eget rehabiliteringsforetak, er det helseforetak som har egne rehabiliteringsavdelinger med et variert tilbud innen poliklinikk, dag og døgnrehabilitering. Fagråd rehabilitering har gitt en anbefaling om en oppgave og funksjonsfordeling innenfor rehabiliteringsfeltet som ble vedtatt i direktørmøtet i Helse Sør-Øst RHF januar 2020. Dette gjelder blant annet innenfor tilbud til pasienter etter hjerneslag. Dette i tråd med pakkeforløp hjerneslag som beskriver to nivåer for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten for denne pasientgruppen (14).

Det er også stor variasjon i fastlegenes og helseforetakenes henvisningspraksis til de private rehabiliteringsinstitusjonene. Det er ikke en direkte

sammenheng mellom rehabiliteringstilbudene i helseforetakene og fastlegenes henvisningspraksis fra tilhørende kommuner. Innen enkelte fylker er bruken av de private rehabiliteringsinstitusjonene langt høyere enn i andre, det til tross for at tilhørende helseforetak har godt etablerte rehabiliteringstilbud (15). Årsakene til variasjonene i henvisningspraksis kan være flere, men det kan se ut som at både nærhet til tjenestene, tradisjon og kultur er medvirkende årsaker. Det fremfor variasjon i behov for tjenestene. Vi ser imidlertid en gradvis jevnere fordeling mellom fylkene.

Henvisningsrutiner og saksbehandling

Redusert vurderingstid og digitalisering av postgangen muliggjør at pasientene kan få vurdert sin henvisning og få vite tid for oppmøte innen lovkrav til svarfrist. Med en median for vurderingstiden på seks virkedager i 2020, og direkte dialog med behandlingsstedene via Digipost kan pasientene motta tid for oppmøte innen kravet på 10 dager.

Indikatorer	1. tertial	2.tertial	3.tertial
Andel nye henvisninger	3456	3208	3948
Andel innkomne elektroniske henvendelser direkte til DIPS	64,7 %	77,2 %	68,2 %
Avslagsprosent per tertial etter all saksbehandling	35,5 %	36,6 %	31 %
Vurderingstid i virkedager	Gjennomsnitt 8,8 Median 9	Gjennomsnitt 5,5 Median 3	Gjennomsnitt 5,9 Median 6

Tabell 1: Henvisningsflyt 2020.

Mangelfulle henvisninger

Mangelfulle opplysninger i henvisningene er et felles problem for nær alle fagområder. Dette er omtalt og beskrevet som et av hovedfunnene til Riksrevisjonen i rapporten «Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten» (13).

For RKE sitt vedkomne medfører manglende opplysninger i mange tilfeller til at det ikke fremkommer medisinske opplysninger og en beskrivelse/vurdering av funksjonsnivå som indikerer hvorvidt pasienten har behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. En del henvisninger inneholder også informasjon om at fastleger henviser til rehabilitering fordi NAV foreslår, eventuelt krever dette, uten at fastlegen mener det er medisinsk nødvendig. RKE erfarer at det er først når henviser anmoder om ny vurdering, eller klager på avslag fra RKE, at det fremkommer adekvat informasjon om at pasienten har behov for rehabilitering.

Systemer for anmodning om fornyet vurdering og klager

De nye og relevante opplysningene medførte at det i 2020 ble innvilget rett til spesialisert rehabilitering i 73 % av alle saker hvor RKE ble anmodet om å vurdere henvisningen på nytt. Tilsvarende ble det innvilget rett i ca. 60 % av alle klagesakene.

I 2020 mottok RKE 780 anmodninger om å vurdere henvisningen på ny. Gjennom veiledede avslag har RKE med anmodningen mottatt nye, eller tidligere manglende pasientopplysninger. Av disse anmodningene om ny vurdering fikk 565 innvilget rett til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Videre mottok RKE 233 klagesaker i 2020. Også med disse klagene fulgte det i de aller fleste av tilfellene med nye pasientopplysninger, hvilket resulterte i at 153 av pasientene fikk innvilget rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Endret praksis som følge av feil håndtering av klager til Statsforvalteren

Medio 2020 gjorde Statsforvalteren (tidligere Fylkesmannen) RKE oppmerksom på at RKE ikke fulgte kravet etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 om skriftlig samtykke fra pasient ved klagesaker til Fylkesmannen/Statsforvalteren (betegnelsen i loven er per februar 2021 ikke endret). Kravet om skriftlig samtykke fra pasient gjelder dersom henviser eller pasientens representant klager på vegne av pasienten på opprettholdelse av avslag på rettighetsvurderingen ved RKE. Kravet til skriftlig samtykke gjelder ikke dersom klagen fremmes av advokat på vegne av pasienten.

RKE har siden 2006 hatt som praksis å sende alle klager på opprettholdt avslag ved RKE til Statsforvalteren. RKE har de siste årene oversendt omlag 100 slike saker per år. Det viste seg også at to av landets øvrige tre regionale vurderingsenheter har gjort tilsvarende feil som RKE. RKE har som følge av overnevnte endret praksis.

RKE oversendte 61 saker i 2020 til Statsforvalteren for vurdering. Fra etableringen av RKE i 2006 og frem til september 2019 har Statsforvalteren vært enig i RKE sine vurderinger, med unntak av to saker i 2019. Statsforvalterens vurderinger er endelige, og kan ikke påklages (forvaltningsloven § 28).

Samarbeid med Fastlegeportalen med mål om å heve kvaliteten på henvisningene, og for å kunne vise vei til kommunale rehabiliteringstilbud

Praksiskonsulentordningen (PKO) ved Sykehuset Østfold har utviklet et samhandlingsverktøy – Fastlegeportalen.no - for medisinsk samhandling for helsepersonell. Fastlegeportalen inneholder blant annet henvisningsmaler som kan benyttes av den som henviser uavhengig av journalsystem. Det ved at maler kopieres over til henviser sitt digitale journalsystem. Det er laget henvisningsmaler for de delytelser/diagnosegrupper som RKE vurderer henvisninger til. Portalen knyttes også til informasjon om aktuelle kommunale tilbud for pasientene.

RKE ønsker ved samarbeidet å undersøke om Fastlegeportalen kan bidra til:

- Bedre henvisninger
- Vise vei til kommunale tilbud via koordinerende enheter
- Utvikling av de koordinerende enhetene i helseforetakene og helsefelleskapene
- Åpne for effektiv dialog mellom helsepersonell og mellom nivåene, samt med NAV
- Vise vei til lokale fritids- og sportsaktiviteter som tilhører frivilligheten

Kontinuerlig fokus på forbedring – utprøving av forbedringsmeldinger i 2021

Enheten har jobbet kontinuerlig med forbedring av alle sider ved det å være en regional vurderingsenhet siden etableringen i 2006. Dette gjennom forbedring av systemene for logistikk ved mottak av henvisninger, systemer for anmodninger om ny vurdering, klager til Statsforvalteren og dialogen med både fastleger, via PKO nettverk, og med brukerorganisasjoner. Alle mennesker kan imidlertid gjøre feil, og av og til svikter også teknologien. Andelen feil som skyldes menneskelig svikt ble betydelig redusert med innføring av digital innkommende og utgående post. For at våre samarbeidspartnere skal kunne melde forslag til forbedringer, vil RKE fra 2021 etablere et skjema for forbedring som skal leveres til RKE via Digipost. Det også for å kunne behandle og følge opp saker med sensitiv informasjon.

Oppfølging av revisjonen

«Konsernrevisjon Rapport 5/2019»

Som beskrevet i årsrapporten til RKE for 2019 ble det medio 2019 gjennomført en revisjon av RKE sine vurderinger av henvisninger til rehabilitering. Revisjonen ble gjennomført av konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF, og ble styrebehandlet i desember 2019. Målet var å undersøke praksis for vurdering av henvisninger til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og hvordan pasientene som tildeles rett til utredning eller behandling kanaliseres til et egnet rehabiliteringstilbud. Revisjonen omfattet henvisninger til rehabilitering innenfor gruppen av pasienter med langvarig muskel- og bløtdelssmerte (delytelse J).

Konsernrevisjonen kom med følgende anbefalinger til RKE:

Vurdere strengere tildelingspraksis

«Vi anbefaler RKE å gjennomgå kriteriene for å tildele rett til henholdsvis kartlegging og vurdering og behandling. Vi mener det er rom for å gi flere avslag, og å øke bruken av kartleggings- og vurderingstilbud. Et mulig tiltak er i større grad å gjøre beslutningsstøtte tilgjengelig for vurderingslegene, samt å innføre krav til å dokumentere vurderingene som tildelingene er basert på».

Vurdere endret praksis for juridisk frist

«Vi anbefaler RKE å vurdere endringer i praksisen sin med å sette juridisk frist langt frem i tid, spesielt for pasienter som har fått rett til en vurdering av behovet for spesialisert rehabilitering».

Bedre ivaretagelse av avslagspasienter

«Vi anbefaler RKE å vurdere sin håndtering av pasienter som kan ha rett til spesialisthelsetjenester, men som ikke passer i et privat tilbud under delytelse J. Tydeligere begrunnelse og veiledning ved avslag eller viderehenvisning til rett instans kan være alternativer».

Justering av internkontrollen

«Dersom RKE velger å gjøre tiltak for å endre praksis i tråd med anbefalingene ovenfor, bør justeringer av internkontrollen vurderes for å sikre at ønskede endringer skjer».

RKEs potensiale kan utnyttes i større grad

Revisjonsteamet anbefalte å utnytte RKE sin kompetanse i enda større grad. Helse Sør-Øst RHF har som RKEs oppdragsgiver ikke vært en del av revisjonen. Konsernrevisjonen har likevel anbefalt det regionale helseforetaket å vurdere, innenfor gjeldende regelverk, mulighetsrommet for at:

1. RKE kan viderehenvise pasienter til et helseforetak i stedet for en privat leverandør, når det private tilbudet ikke er egnet til å ivareta pasientens behov.
2. Tildel en annen leverandør enn den som ønskes i henvisningen.

Endret praksis i RKE som følge av anbefalinger fra Konsernrevisjonen

Konsernrevisjonen etterspurte skriftlig, og gjennom påfølgende dialog mot slutten av 2020, RKE sin oppfølging av revisjonen. Revisjonstemaet konkluderte 22. 12. 2020 med at:

«Etter vår vurdering imøtekommer RKE de iverksatte tiltakene og anbefalingene som fremkom i revisjonsrapporten. Konsernrevisjonen planlegger ikke videre oppfølging av revisjonen».

Ved utgangen av 2020 viser tallene at RKE gir 51 % avslag innen delytelse/diagnosegruppe langvarig muskel- og bløtdelssmerte. Videre ble det gjort endring i journalsystemet DIPS for å kunne skille mellom kartlegging og behandling innen denne delytelsen. Av de pasientene som får rett til helsehjelp, mottok 89 % rett til kartlegging. Det ble også gitt kortere juridisk frist for rettighetspasientene. Det ble videre gitt opplæring av vurderingslegene, samt at vurderingspraksis ble fulgt opp ved uttrekk fra DIPS.

Behov for konsensus i fagmiljøet for å kunne imøtekomme øvrige anbefalinger fra Konsernrevisjonen

Oppfølging og vurdering av mulighetene for gjennomføring av endret praksis knyttet til viderehenvisning til rett instans for de pasienter som ikke passer inn under tilbudene RKE rettighetsvurderer for, måtte gjøres i tett samarbeid med oppdragsgiver. Det som følge av at anbefalingen om viderehenvisning til rette instans fordrer konsensus i fagmiljøet dersom RKE skal kunne rettighetsvurdere for helseforetak, eller at RKE skal kunne videresende henvisninger - og dermed overlate ansvaret for den videre oppfølgingen til helseforetak som pasienten ikke er henvist til. RKE og Helse Sør-Øst RHF startet derfor på dette arbeidet i januar 2020, men på grunn av pandemien måtte arbeidet settes på pause for første behandling i fagråd rehabilitering i Helse Sør-Øst i 2021.



Økt avstand mellom pasientenes forventninger og RKEs tildelingspraksis innen gruppen med langvarig muskel- og bløtdelssmerte

Hvert år mottar RKE om lag 3000 henvisninger på vegne av pasienter med langvarig muskel- og bløtdelssmerte. Dette utgjør 25 % av alle henvisninger RKE mottar per år. Henviser har i disse tilfellene vurdert at pasientene har behov for – og vil ha nytte av spesialisert rehabilitering. I litt over halvparten av tilfellene får ikke pasientene innvilget rett til spesialisert rehabilitering, med begrunnelse i at tilbud til pasientene i hovedsak skal gis i primærhelsetjenesten. Helsepolitiske føringer underbygger dette. Det er imidlertid uklart om disse pasientene har tilbud om kommunal rehabilitering, og hva dette tilbudet eventuelt innebærer. I de tilfeller det eksisterer kommunale rehabiliteringstilbud, kan det ved henvisning synes som fastlegene har varierende grad av kjennskap til de lokale tilbudene.

Med over 50 % avslag er det stor avstand mellom forventningene fra pasientene og henviser, til det tilbudet RKE på vegne av spesialisthelsetjenesten innvilger rett til. Med dette som bakgrunn inviterte regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR) og regional koordinerende enhet (RKE) ved Sunnaas sykehus HF sentrale aktører innen rehabiliteringsfeltet i Helse Sør-Øst til den digitale tankesmien «Avslag på grått papir» 26. november 2020. Hensikten var å samle innspill fra rehabiliteringsfeltet som kan bidra til at rehabilitering inkluderes i pakkeforløpsarbeidet for denne gruppen. Deltakerne i tankesmien inkluderte helsepersonell i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, fastleger, pasientorganisasjoner og forskere. Innspillene ble overlevert Helsedirektoratet ved årsskiftet med følgende utfordringer og anbefalinger:

Følgende syv av utfordringene som ble meldt fikk høyest oppslutning (i rekkefølge etter rangering):

Det er en utfordring at det i rehabiliteringsforløpene er mangel på:

1. Tverrfaglig samarbeid og tidlig nok rehabilitering
2. Kompetanse på komplekse og sammensatte lidelser i kommunene
3. Kunnskap hos fastlegen og i primærhelsetjenesten
4. Kunnskap, forståelse og tillit
5. Tverrfaglig samarbeid mellom NAV og andre samarbeidspartnere
6. Oversikt over tilbud i kommunene
7. Adekvat tilbud i kommunene

Følgende fem av forslagene til grep som vil forbedre rehabiliteringsforløpene fikk høyest oppslutning (i rekkefølge etter rangering):

1. Tidlig innsats med fokus på hele bildet
2. Styrke tverrprofesjonell samhandling og samhandling på tvers av organisasjonsstrukturer
3. Poliklinisk tverrfaglig tilbud i team tidlig i forløpet med fokus på «friske faktorer» fremfor monofaglig tilbud
4. Styrke kompetanse, kunnskap og kulturforståelse om smertemedisin og langvarige smerter
5. Digitale løsninger for elektronisk samhandling

Samarbeid med oppdragsgiver og de private rehabiliteringsinstitusjonene

For at RKE skal kunne løse de oppgaver som ligger til det å være regional vurderingsenhet, er enheten helt avhengig av et tett samarbeid med oppdragsgiver. Det gjennomføres derfor tertialvise samarbeidsmøter mellom Helse Sør-Øst RHF og RKE. Målet med møtene er å diskutere ulike problemstillinger og å komme frem til forbedringer som vil kunne bidra til gode og likeverdige rehabiliteringstjenester til alle pasienter som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi. I samarbeidsmøtene utveksles det blant annet informasjon som er av betydning for oppfølging av de avtaler Helse Sør-Øst RHF har inngått med de private rehabiliteringsinstitusjonene.

Tilsvarende er RKE avhengig av et nært samarbeid med de private rehabiliteringsinstitusjonene og rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene. RKE gjennomfører dialogmøter hvert andre år med alle de private rehabiliteringsinstitusjonene som

RKE rettighetsvurderer for. Målet med møtene er å innhente ny kunnskap om tilbudene - og fasilitetene, samt diskutere eventuell forbedringer ved samarbeidet. Informasjonen om lokale forhold ved behandlings-tilbud - og fasiliteter - benyttes av RKE ved rådgivning via blant annet telefontjenesten. Tilsvarende formaliserte dialog med helseforetakene er et område enheten ønsker å etablere. Per i dag foregår dialogen med de kliniske enhetene i helseforetakene etter behov. RKE har fast dialog med de koordinerende enhetene i alle helseforetakene, både de offentlige og de private ideelle sykehusene.

I 2020 ble det gjennomført dialogmøter med Beitostølen Helsesportssenter, Stiftelsen CatoSenteret, HLF Briskeby Rehabilitering og utadrettede tjenester, Rehabiliteringssenteret AiR, Unicare Bakke, Unicare Landaasen og Unicare Steffensrud.

RKE erfarer samarbeidet med både oppdragsgiver og øvrige samarbeidspartnere som godt.



Informasjonsformidling

Regional koordinerende enhet (RKE) skal ha oversikt over - og formidle informasjon om - offentlige og private rehabiliterings- og habiliteringstilbud og tjenester på nettsider og gjennom den nasjonale telefontjenesten ReHabiliteringstelefonen.

Nettsider

Enhetens viktigste informasjonskanal, i tillegg til ReHabiliteringstelefonen, er våre nettsider www.sunnaas.no/rke.

Her finner du informasjon om offentlige og private rehabiliteringstilbud i helseregion sør-øst. Nettsiden gir også nyttig informasjon om ulike koordinerende tjenester som blant annet individuell plan, koordinator og koordinerende enhet, samt nyhetssaker.



til ambulant digital rehabilitering, i samråd med Helse Sør-Øst RHF. Noen av disse institusjonene hadde tilnærmet normal drift gjennom perioden. Institusjoner som hadde tilbud til de prioriterte pasientgruppene har hatt åpent under hele pandemien, men med noe redusert drift primært på grunn av manglende pasienttilgang som følge av redusert elektiv aktivitet i helseforetakene.

Det har vært fortløpende dialog mellom behandlingsstedene/institusjonene og Helse Sør-Øst RHF, med mål om å sikre godt smittevern og samtidig opprettholde forsvarlige rehabiliteringstilbud.

Med bakgrunn i overnevnte vurderte Helse Sør-Øst RHF og RKE det som nødvendig å lage en oversikt over tilgjengelige regionale rehabiliteringstilbud og tjenester spesielt i denne perioden. Det ble derfor opprettet en egen side med informasjon om tilgjengelige tilbud og tjenester under korona-pandemien. Denne informasjonen er fortsatt gjeldende i 2021 og oppdateres fortløpende.

Rehabiliteringstilbud til pasienter med covid-19

Personer som etter covid-19 sykdom vurderes å ha et rehabiliteringsbehov i spesialisthelsetjenesten skal henvises på vanlig måte via fastlegen til aktuelt helseforetak eller til en privat rehabiliteringsinstitusjon som har tilbud om rehabilitering til denne pasientgruppen. Henvisning sendes til regional koordinerende enhet for vurdering. På nettsiden ble tilbudene samlet under «Covid-19».

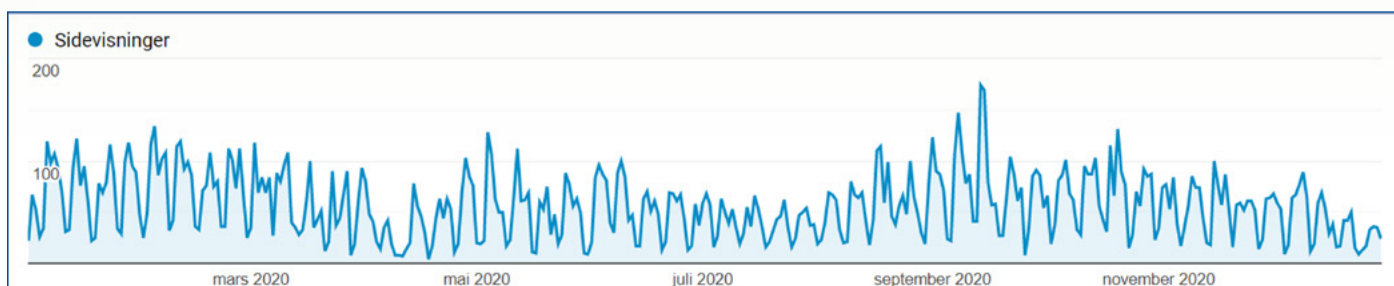
Regionale rehabiliteringstilbud og tjenester under koronapandemien

Som følge av koronapandemien i perioden mars frem til begynnelsen av mai, ble enkelte private institusjoner stengt etter råd og pålegg av blant annet sentrale helsemyndigheter eller av kommuneoverleger. I tillegg var det en reduksjon av kapasitet ved rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene.

Daginstitutionene med tilbud som ikke var omfattet av prioriteringsforskriften, la om store deler av driften

Besøk på nettsidene

Sidene «Rehabiliteringstilbud» og «Henvisning til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten» er de mest besøkte sidene. Totalt sett er RKE sin nettside den tredje mest besøkte nettsiden tilhørende Sunnaas sykehus HF i løpet av 2020, med over 20 000 sidevisninger gjennom året.



Figur 3: Sidehenvisninger på nettsiden til regional koordinerende enhet.



Foto: Bård Gudim, Sunnaas sykehus HF.

Nyheter på web

I samarbeid med regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR) og Sunnaas Sykehus HF, åpnet vi våren 2020 opp for publisering av nyheter på RKE sine nettsider, både egne nyheter og nyheter delt av kollegaer i RKR og Sunnaas. Målet er å nå RKE sine målgrupper med enda bredere informasjon.

ReHabiliteringstelefonen

ReHabiliteringstelefonen 800 300 61 er en landsdekkende telefontjeneste, og drives av RKE i tett samarbeid med de øvrige regionale koordinerende enhetene i landet.



Pandemien har også påvirket ReHabiliteringstelefonen. I den tidlige fasen av pandemien fra mars til begynnelsen av mai, ble enkelte av de private rehabiliteringsinstitusjonene RKE rettighetsvurderer henvisninger til stengt. Dette medførte en del usikkerhet for pasienter, både de som allerede var til rehabilitering, men også for pasienter som ventet på plass. I tillegg var det flere av akuttsykehusene som skrev ut pasienter til hjemmet. Pasienter som normalt sett ville

kunne bli henvist til rehabilitering. Pårørende til disse pasientene tok kontakt på telefon for å søke råd om videre rehabilitering.

Innholdet i henvendelsene på ReHabiliteringstelefonen har ikke avveket markant fra før pandemien rammet landet, men det har naturligvis vært en del spørsmål rundt sikkerheten og smittevernet i institusjonene, og de midlertidige forskriftsendringene som ble innført i mars. Disse medførte blant annet reduserte pasientrettigheter på noen områder.

Mange av telefonsamtalene omhandlet spørsmål om hva som ville skje dersom man reiste hjem, eller at institusjonen stengte ned, og om man da kunne komme tilbake på et senere tidspunkt. Mange kommunale tilbud ble også stengt ned i denne perioden, som for eksempel basseng, «aktiv på dagtid» og fysioterapitilbud. Dette medførte at pasienter med behov for rehabilitering sto uten tilbud, også i primærhelsetjenesten. Flere av disse pasientene tok da kontakt med ReHabiliteringstelefonen med spørsmål om mulighet for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Størst usikkerhet var det i starten av pandemien knyttet til rehabiliteringstilbud til covid-19 pasienter som var sendt hjem uten tilbud om rehabilitering. Rådgiverne i RKE anbefalte i disse tilfellene å ta kontakt med fastlege for å vurdere eventuelle behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Fagråd rehabilitering i Helse Sør-Øst fikk 7. mai 2020 i oppdrag å utarbeide en beskrivelse av et pasientforløp for rehabilitering av pasienter innlagt med covid-19 sykdom i spesialisthelsetjenestene. Denne forløpsbeskrivelsen ble klar i juni 2020, og ligger til grunn for den nasjonale veilederen.

Ut fra antall henviste til rehabilitering etter covid-19 sykdom, kan det se ut som om tilbudene ikke har vært godt nok kjent i andre halvdel av 2020.

ReHabiliteringstelefonen har holdt vanlig åpningstid i hele perioden.

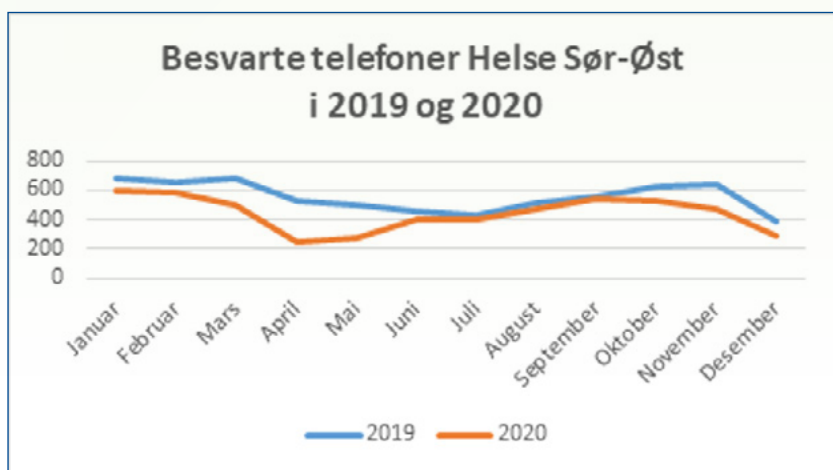
Kurven under viser at det var en tydelig nedgang i antall telefonhenvendelser under den første pande- mibølgen i forhold til «normalåret» 2019. Etter en tilnærmet normalisering i august og september ga starten på bølge to samme effekt, med reduksjon i henvendelser. Kurven over viser samme mønster som kurven for mottatte henvisninger.

Økning i samtaletid

Det var en liten økning i den totale samtaletiden per telefon i 2020, sammenliknet med året før. Noe av forklaringen kan være at rådgiverne hadde noe færre samtaler og dermed noe bedre tid til å stille oppføl- gende spørsmål til pasienten. Kort vurderingstid for henvisninger har medført reduksjon i telefonhenvend- delser med spørsmål om saksgang. En antagelse er at flere pasienter mottar Digipost, og dermed får raskere svar. Samtalene om saksgang er jevnt over kortere enn de mer komplekse samtalene.

Indikatorer	2019	2020
Totalt antall gjennomførte samtaler i Helse Sør-Øst	8477	7587
Gjennomsnittlig samtaletid	4 min 42 sek	5 min 15 sek
Antall samtaler per år per rådgiver	1695	1686

Tabell 2: Aktivitet ReHabiliteringstelefonen i Helse Sør-Øst.



Figur 4: Besvarte henvendelser på ReHabiliteringstelefonen i Helse Sør-Øst.

Bemanning og kompetanse

Bemanning av telefontjenesten har høy prioritet. For å imøtekomme pasientenes utfordringer og spørsmål på en faglig forsvarlig måte, er ReHabiliteringstelefonen bemannet med helsepersonell med høyskoleutdanning innen sykepleie. Alle med flere års erfaring fra rehabiliteringsfeltet, og med kompetanse som er nødvendig for å kunne veilede pasientene til rette tilbud, på rette nivå. Ytelsesavtalene, kunnskap etter besøk og dialogmøter ved de private rehabiliteringsinstitusjonene og ved helseforetakene benyttes aktivt i telefonveiledningene. Hver av de fem rådgiverne betjente nær 1700 samtaler hver i 2020, hvor gjennomsnittlig samtaletid i 2020 var 5 minutter og 15 sekunder.

Rådgivning om rehabiliteringstilbud – Fastlegeportalen

Det er stor variasjon i hva det spørres om på ReHabiliteringstelefonen, og rådgiverne bruker mye tid på å søke opp kommunale tilbud via ulike søkemotorer.

Praksiskonsulentordningen (PKO) ved Sykehuset Østfold har utviklet et samhandlingsverktøy, en plattform, og et nettsted for medisinsk samhandling; Fastlegeportalen (FLP). FLP inneholder funksjonaliteter som også vil kunne løse flere av de utfordringer som regional koordinerende enhet erfarer ved operasjonalisering av sitt mandat, herunder spesielt veilederfunksjonen mot kommunale tilbud.

RKE inngikk derfor en avtale med FLP om å ta en rolle som en utviklende part i prosjektet med å utvikle FLP til et samhandlingsverktøy, med mål om å bidra til bedre henvisninger og å vise vei til kommunale tilbud for fastleger og helsepersonell.

Rådgiverne i RKE har innhentet og lagt inn informasjon om kommunale tilbud tilhørende helseforetak i Helse Sør-Øst, i tillegg til at RKE ved en av vurderingslegene har bidratt med innhold til henvisningsmalene. RKE ønsker med dette å bidra til en felles gevinst i bedre henvisninger, samt en samlet oversikt over kommunale tilbud i regionen.

RKE skal i løpet av første halvdel av 2021 avklare videre samarbeid, og eventuell utvikling av Fastlegeportalen.

Webinar om behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

I desember deltok RKE på LHL sitt webinar om behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, med utgangspunkt i veiledning som gis via ReHabiliteringstelefonen. Temaene var ved hvilke tilstander og utfordringer bør slagrammede bli henvist til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, hvordan få oversikt over de spesialiserte rehabiliteringstilbudene og hvordan fastlege kan henvise. I tillegg hadde RKE en presentasjon om hva RKE er, hva enheten kan bidra med, og om ReHabiliteringstelefonen.

Nyhetsbrev

Regional koordinerende enhet (RKE) er - i likhet med regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR) – en regional funksjon organisert i avdeling for samhandling og internasjonal aktivitet ved Sunnaas sykehus HF.

Kollegaer i RKR publiserer nyhetsbrev 3-4 ganger i året, og høsten 2020 opprettet RKR en fast spalte for RKE i sitt nyhetsbrev. I denne spalten informerte vi blant annet i 2020 om status på antall henvisninger, om ReHabiliteringstelefonen under koronapandemien, omlegging fra fysiske til digitale møter, undersøkelse om individuell plan og om RKE sitt brukerråd.

Film om henvisning

RKE opplever å motta mangelfulle henvisninger til rehabilitering ved private institusjoner som enheten skal rettighetsvurdere, og ønsker å bidra til fullstendige henvisninger, og ved det øke kvaliteten på henvisningene. Enheten ønsker også å bidra til at pasientene skal få et «eierskap» til sine henvisninger, blant annet ved å kjenne til innholdet. Pasientene skal læres til selv å skaffe innsyn i, og oversikt over egne henvisninger. Det er pasientene selv som skal tenke gjennom eller sette sine mål for rehabilitering, spesielt før og etter et opphold.

Høsten 2020 igangsatte derfor RKE produksjon av en informasjonsfilm om henvisninger, med den hensikt å informere samt opplyse om hvordan oppnå fullstendige henvisninger, rettet både mot pasienter og fastleger. Filmen publiseres første kvartal 2021.

Nettverk og dialogmøter

Regional koordinerende enhet har ansvar for regionalt nettverk av koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten i helseregion sør-øst. Enheten har også medansvar for nasjonalt nettverk av regionale koordinerende enheter. Formålet er å utveksle erfaringer og samarbeide for å bidra til videreutvikling innen rehabilitering, med spesielt fokus på å fremme funksjonen koordinerende enhet og tjenestene individuell plan og koordinator.

Regionalt nettverk av koordinerende enheter i spesialisthelsetjenesten

RKE leder regionalt nettverk av koordinerende enheter i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. Formålet med nettverket er å utveksle erfaringer for å bidra til videreutvikling av koordinerende enheter til det beste for tjenestemottakere og samarbeidspartnere på tvers av helseforetakene i regionen.

Nettverket består av representanter fra alle koordinerende enheter i helseforetakene i helseregion sør-øst, fra private ideelle sykehus som har avtale med det regionale helseforetaket og representanter fra Helse Sør-Øst RHF.

Vanligvis arrangeres det to dialogmøter i nettverket i året, og det sirkuleres mellom helseforetakene hvor møtene arrangeres. På grunn av koronapandemien ble det planlagte vårmøtet avlyst.

Det ble arrangert et digitalt nettverksmøte 14. september 2020 hvor samhandlingserfaringer relatert til koronapandemien var tema. Alle helseforetakene og de private ideelle sykehusene var representert, med unntak av et helseforetak.

Gro E. Aasland, klinikkjef ved klinikk fysikalsk medisin og rehabilitering ved Sykehuset i Vestfold la fram rapporten «Pasientforløp for rehabilitering av pasienter innlagt med covid-19 sykdom i spesialisthelsetjenesten». Fagråd rehabilitering i Helse Sør-Øst fikk i oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF å utarbeide en beskrivelse av pasientforløp for pasienter med covid-19, og Gro E. Aasland ledet dette arbeidet.

Bjørn Magne Eggen, fagdirektør ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, holdt innlegg om erfaringer med koronapandemien ved sykehuset. Både om utfordringer, men også om hvordan pandemien har bidratt til nye samhandlingsmuligheter. Det kom blant annet fram at økt bruk av digitale plattformer har ført til tettere dialog mellom enheter i bydel/kommune og sykehuset.

I diskusjonen og erfaringsutvekslingen etter innleggene på nettverksmøte kom det fram flere eksempler på at situasjonen med koronavirus har bidratt til bedre samhandling mellom helsetjenestene. Blant annet ved økt bruk av PLO meldinger og dialogmeldinger, godt samarbeid med kommunene rundt smittesporing, Diakonhjemmet Sykehus har laget egen Facebook-gruppe som brukes mye av fastleger som henviser til sykehuset og nye rutiner innen forskjellige områder er utviklet og implementert. Dette er imponerende når helseforetakene og de private ideelle sykehusene samtidig skal opprettholde vanlig drift og være i beredskap.

Tilbakemelding fra deltakere på nettverkets første digitale møte var at det fungerte godt, men at nettverket i framtiden bør veksle mellom fysiske møter hvor det er rom for den uformelle praten mellom innleggene, og digitale møter.



Foto: Simon Sandoval

Nasjonalt nettverk av regionale koordinerende enheter

Formålet med nasjonalt nettverk av regionale koordinerende enheter er å utveksle erfaringer og samarbeide for å bidra til videreutvikling av koordinerende enheter til det beste for tjenestemottakere og samarbeidspartnere nasjonalt. Nettverket har som mål å bidra til større grad av likhet i tjenester og funksjoner mellom helseregionene innen habilitering og rehabilitering, koordinerende enhet, individuell plan og koordinator.

Nettverket består av representanter fra de fire regionale koordinerende enhetene i landet.

Arrangør- og møteledelsesansvar i nettverket går på rundgang mellom helseregionene, og i 2020 var det regional koordinerende enhet (RKE) i Helse Vest som hadde dette ansvaret. All møtevirkosomhet i nettverket foregikk via Skype på grunn av den pågående koronapandemien.

Samarbeid med Helsedirektoratet om nytt nasjonalt erfaringsmøte

Hovedaktiviteten i nettverket var planlegging av et nasjonalt møte for spesialist- og primærhelsetjenesten. Møtet var en videreføring av nasjonalt erfaringsmøte for spesialisthelsetjenesten om sykehusenes koordinering omkring pasienter med behov for langvarige og komplekse tjenester, som nettverket arrangerte i august 2018 i Helsedirektoratets lokaler. Temaet for møtet i 2020 skulle være koordineringsordninger og helhetlige forløp med innlegg som satte fokus på brukerforventninger, gode koordineringsløsninger, tjenestenes forpliktelser, jus og forløpsarbeid. Nettverket samarbeidet med Helsedirektoratet, og møtet skulle foregå i Helsedirektoratets auditorium 3. september. Det nasjonale møtet ble avlyst på grunn av pandemien.

Hovedfokus i nettverkets aktivitet høsten 2020 var derfor å tenke nytt rundt det nasjonale møtet. Nettverket samarbeidet tett med Helsedirektoratet om justeringer av programmet gjennom høsten, og det ble besluttet å avholde møtet digitalt, i form av to webinarer våren 2021.

Blant nettverkets øvrige oppgaver i løpet av året har vært utarbeiding av hørings svar på «Høring - bedre velferdstjenester for barn og unge som har behov for et sammensatt tjenestetilbud. (Samarbeid, samordning og barnekoordinator.)».

Nettverkets medlemmer deltok også i en digital workshop 12. oktober - arrangert av Helsedirektoratet - om evaluering av «Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019».

Dialogmøter med private rehabiliteringsinstitusjoner

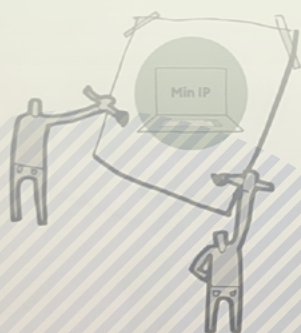
For at RKE skal kunne løse enhetens oppgaver knyttet til rettighetsvurderinger av henvisninger til private rehabiliteringsinstitusjoner og for å besvare og veilede pasienter og pårørende via henvendelser via ReHabiliteringstelefonen, er enheten avhengig av god kunnskap om - og et godt samarbeid med - de private rehabiliteringsinstitusjonene. For å bidra til dette gjennomfører RKE dialogmøter hvert andre år med alle institusjonene som har avtale med det regionale helseforetaket i helseregion sør-øst.

Målet med møtene er å innhente ny kunnskap om rehabiliteringstilbudene - og fasilitetene - ved institusjonene, ha dialog om samarbeidet og å diskutere eventuelle forbedringsområder.

RKE har tidligere ved behov reist til den aktuelle rehabiliteringsinstitusjonen, men på grunn av den pågående koronapandemien ble dialogmøtene i 2020 gjennomført digitalt.

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. Lovdata.
2. Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemd (prioriteringsforskriften)*. Lovdata.
3. Justis- og beredskapsdepartementet (1970). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker*. Lovdata.
4. Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Lovdata.
5. Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Lovdata.
6. Helsedirektoratet (2015) *Prioriteringsveileder habilitering av barn- og unge i spesialisthelsetjenesten*. (Hentet 20. 02. 2121)
7. Helsedirektoratet (2015). *Prioriteringsveileder fysisk medisin og rehabilitering*. (Hentet 29. 01. 2021)
8. Helsedirektoratet. *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. (Hentet 29. 01. 2021.)
9. *Vurdering av henvisning - helsenorge.no* (Hentet 03. 02. 2021)
10. Helsedirektoratet. *Koronavirus – beslutninger og anbefalinger. Nasjonal veileder*. (Hentet 03. 02. 2021)
11. Justis- og beredskapsdepartementet (2020). *Midlertidig lov om forskriftshjemmel for å avhjelpe konsekvenser av utbrudd av Covid-19 mv. (koronaloven)*. Lovdata. (Hentet 03. 02. 2021)
12. Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Lovdata.
13. Riksrevisjonen. *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten*. Dokument 3:4 (2017-2018). (Hentet 04. 02. 2021)
14. Helsedirektoratet. *Pakkeforløp hjerneslag*. (Hentet 10. 02. 2021)
15. Helsedirektoratet. *Befolkningens bruk av rehabiliteringstjenester*. (Hentet 10. 02. 2021)



Fremtidens digitale IP verktøy

1702

Konklusjon
bør ha et
egen samlings
dokument

FLEKSIBELT
SYSTEM

SYSTEM
FOR SAM-
HANDLING
(SYNCRONISERT
BIDEL/ROB)

Både
komune-
spesialist og
private klinikker
bør delta
i elektronisk pr

Denne er
sammenheng
- funksjon
Og har
oppnådd
fartstet
"INNKALLING"

Melding
funksjon
- kommunikasjon
- delta funksjon

Innkalle møte
elektronisk

Melding funksjon,
delt funksjon for
å forbedre dialog mellom
samarbeidspartnere og
brukere.

MÅL +
KORREKT
FUNKSJON
(OVERSIKT OVER
MØTER,
INNLEGGELSE
OSV)

Overblikk
over neste
møte.

En "layout" som
bør ha et
"tilpasset" miljø

FLEKSIBEL MÅL
BRUKER SKAL IKKE
"TILPASSE SEG" MÅLET.

EN "LAYOUT" SOM
IKKE SER UT SOM
ET SAMMENDRAG

En layout som ikke
ser ut som et saks-
dokument.
Brukere er menneske - ikke sek.

Mål
Tiltale

Systemet bør bnr med
SS enklit ut koordinatør
ikke med gi opplærings
til usagnen.

Enkel opplegg
med sammenheng
mellom "kinesis"
mål og tiltak

ATT
ATT KOORDINATOR IKKE
MÅ GI OPPLÆRING
TIL ANSVARSGRUPPEN

Ansatte i regional koordinerende enhet (RKE)



Grete Brun,
helsesekretær



Lisbeth Haugseth,
rehabiliteringsrådgiver/
sykepleier



Else Hoft,
rehabiliteringsrådgiver/
sykepleier



**Kari Mette
Dukefoss Holte,**
spesialsykepleier
og rådgiver



Marianne Sværd Larsen,
rehabiliteringsrådgiver/
sykepleier



**Ingvild Ross
Magnussen,**
kommunikasjons-
rådgiver



Lars Nysether,
overlege og
medisinskfaglig
seniorrådgiver



**Inger-Lise Lie
Syvertsen,**
spesialsykepleier/
rådgiver



Jon Ivar Sørland,
enhetsleder



Brit Øverland,
rehabiliteringsrådgiver/
sykepleier

Kontakt oss

Besøksadresse: Bjørnemyrveien 11, 1453 Bjørnemyr.

Telefon: 800 300 61

E-post: RKE@Sunnaas.no

Nettside: www.sunnaas.no/rke

Digipost: regional.koordinerende.enhet#V12C