

«Rehabiliteringstjenestens plass i norsk helsevesen»



Oslo Vest Rotary klubb 31. oktober 2018

Liggetiden i norske sykehus er mer enn halvert de siste 10 år!
Kommunene skal bygge ut sine tilbud.

Mister vi stafettspinnen i vekslingen mellom statlig og kommunal helseforvaltning?

Lillanna Lindeman Engzelius

Setter pris på
anledningen
fordi



Oslo Vest
Rotary
Klubb



Oslo Vest Rotary Klubb
Distrikt 2310

20 gode grunner



«En utfordrende verden»...
Nettverk –ulike ståsted – sammen hjelpe andre
En organisasjon for ledere –samfunnsmessig
påvirkning
Borgerskap og kommune

Godthaab Helse og Rehabilitering Sterkest mulig tilbake



Godthaabs historie



Godthaab Helse og Rehabilitering (GHR) er en ideell stiftelse etablert i 1918. Grunnlegger Anna Holck. Huset stod ferdig i 1925.

Rekonvalesens → rehabiliteringsvirksomhet.

Lebensborn under 2. verdenskrig. Tyskerne tok huset, og det ble brukt som barnehjem for barn med ugift norsk mor og tysk far.

Påbygg ferdig i 2005. Finansiert ved tomtesalg.

Mange pasientrom har de siste årene blitt omdisponert til treningsarealer.

- Bygningsmassen er på 5500 m².
- Gammel del er oppført i 1925. Ny del er oppført i 2005.
- Eiendommen er på 28 000 m² og grenser til flotte friluftsområder.
- Det stor terrasse med direkte tilgang til hage på baksiden av bygget.
- Hagen brukes flittig både sommer og vinter – levende musikk, grilling, bålkos etc.
- Det er stor parkeringsplass med gratis parkering på eiendommen



Godthaabs plass i norsk helsetjeneste



Gjennom en driftsavtale med Helse Sør Øst er Godthaab en del av spesialisthelsetjenesten. **Gjeldene avtale trådte i kraft 1.1 2015.** Dette er en løpende avtale som kan sies opp med 2 års varsel. Godthaab får 95% av sine driftsinntekter gjennom HSØ avtalen.

Vi kan ta imot pasienter som ikke har fått innvilget rehabilitering av det offentlige, og derfor ønsker å betale for dette selv.

Pasienter kan søke om opphold på Godthaab via fastlegen. Henvising til Regional koordinerende enhet (RKE) på Sunnaas. 35% avslag på søknader

Til Godthaab kommer 80% fra sykehus- 20% fra kommunen via fastlegen

Sterkest mulig tilbake!



Våre tjenester



Godthaab har avtale med Helse Sør-Øst for følgende diagnosegrupper:

- Brudd- og slitasjeskader i skjelett (dag- og døgnopphold)
- Revmatologiske sykdommer (dag- og døgnopphold)
- Hjertesykdommer (dag- og døgnopphold)
- S sammensatt/komplekst sykdomsbilde (kun døgnopphold)

Helsepersonell



- Leger
- Sykepleiere
- Helsefagarbeidere
- Fysioterapeuter
- Idrettspedagog
- Ergoterapeut
- Klinisk ernæringsfysiolog
- Samtale terapeut/ helseveileder.
- Psykolog

Human kapital- immaterielle versus materiell ressurser.

Det er såre enkelt å bryte/bygge ned kompetente fagmiljøer, og det tar år å bygge de opp igjen.

Fagressursene gjør det mulig for oss å tilby et intensivt rehabiliteringsopphold med tverrfaglig innhold – som er individuelt tilpasset

Andre tilbud ved Godthaab Helse og Rehabilitering



Terapibasseng og badstue



Bassenget er 4m x 5m og 1,4 m dypt. Det holder en konstant temperatur på 34 grader og har motstrømanlegg for svømming.

Cafe Godt, kunstutstillinger med vernissage hver 3 mnd, musikk og underholdning, hud og fotpleier, frisør.....

Definisjon av habilitering og rehabilitering fra 1 mai 2018,

jfr forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator §3



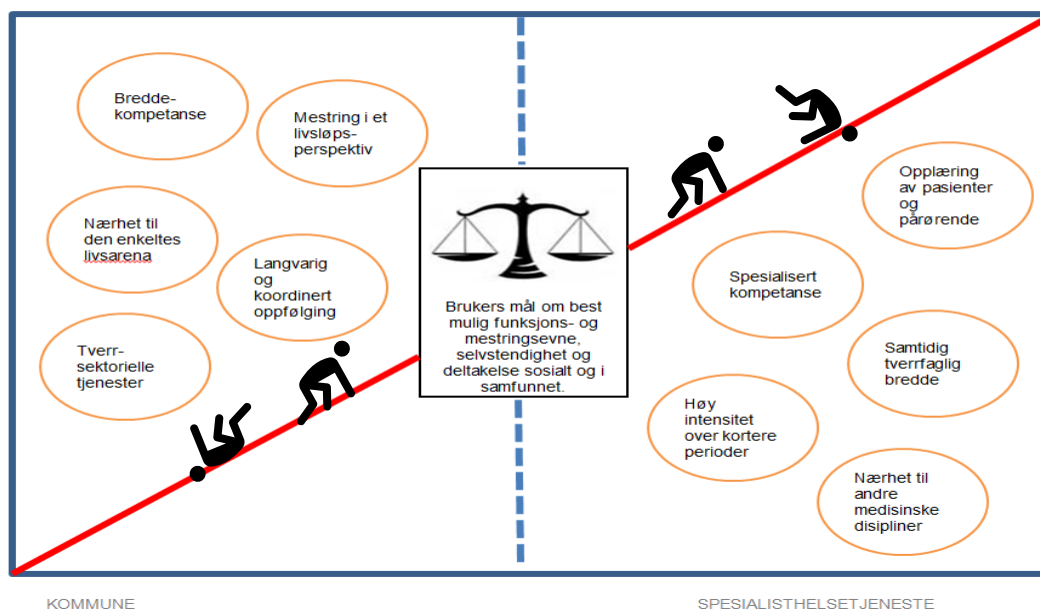
- Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål.
- Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.
- Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet."

En helsepolitisk overordnet målsetting:



- Habilitering og rehabilitering skal styrkes i kommunene og videreutvikles i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenestens tilbud må spisses og tilpasses pasientgrupper som trenger tjenester på dette nivået.
- Som en følge av dette bør noen tilbud som i dag gis som spesialisthelsetjenester i fremtiden ytes i kommunene. Utvikling og endring av tilbud bør skje i nær dialog mellom kommuner og helseforetak slik at pasienter og brukere ikke mister nødvendige tjenester.
- **Refleksjoner:**
- Formulert allerede i 2012.....Hvor langt har vi kommet?
- Intensjoner- handling
- Vi må bry oss /respekt/ ansvar)for utnyttelsen av samfunnets felles ressurser, til helse BNP 350-400 milliarder kroner
- Et fantastisk utgangspunkt – men er vi på riktig kurs?

Ansvars og oppgavefordeling



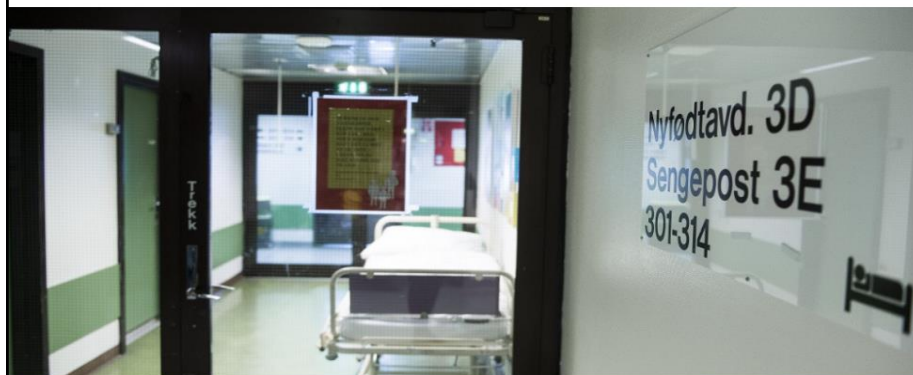
«Faller mellom tjenestestolene»



Rehabilitering -store utfordringer knyttet til oppgavedeling innenfor rehabiliteringsfeltet. Det er uklare grenseoppganger mellom spesialisthelsetjenestens og primærhelsetjenestens ansvar og mellom bydeler, etater og ulike tjenestesteder i kommunene. Avklaring av oppgavedeling innen rehabiliteringsfeltet er et viktig utviklingsområde.

Staten vil belønne sykehus som sender pasienter hjem

Ved Stavanger universitetssjukehus har de funnet en metode som gjør det enklere å sende pasienter hjem. Nå vil staten belønne sykehus som reduserer innleggelse.



Økningen av pasienter til norske sykehus har økt kraftig de siste årene. Derfor vil Helsedirektoratet ha flest mulig pasienter raskest mulig hjem. Her fra Stavanger universitetssjukehus.

TO: CARINA IOHANSEN / NTR SCANDIX

Professor: - Det er ikke forsvarlig å bygge ned sykehusene mer nå

Nye norske sykehus bygges med færre senger, og pasientenes liggetid har gått kraftig ned. - Pasienter med flere og diffuse symptomer blir taperne, mener professor Torgeir Bruun Wyller.



Legeforeningen advarer

Likevel advarer Legeforeningen mot å kaste ut flere. Grensen er nådd, mener de:

– Jeg synes de jager veldig på dette med å redusere liggetid. De aller fleste som jobber på sykehus i dag, ser at de er veldig presset på sengeplasser, det øker både risikoen i pasientbehandlingen, men det gjør det også veldig vanskelig å jobbe effektivt i sykehusene, sier Christian Grimsgaard, styremedlem, Norsk overlegeforening:

Han advarer også mot å bruke modellen på alle pasienter:

– For en del eldre pasienter er ikke dette den mest egnede tilnærmingen, for man skal sortere ut hvilke sykdommer og plager de har, og de trenger noe mer tid til å bli informert og veiledet rundt sin egen sykdom, sier Grimsgaard.



Christian Grimsgaard, styremedlem i Norsk overlegeforening.

FOTO: THOMAS BARSTAD ECKHOFF / LEGEFORENINGEN



« Kart og terreng » stemmer ikke lengre overens.....



«Helseverden» på kort tid -endret betydelig – rekordfart inn i fremtiden.

- Avtalen fra 2015 svarer ikke ut pasientenes -samfunnets behov
- Den knalltøffe sannhet/paradokset: I pasientens helsetjeneste – taper pasienten?



Rehabilitering er ikke bare rehabilitering , men vet alle det?



Rehabilitering: Planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi bistand til pasientenes og brukernes egen innsats for å oppnå best mulig funksjon- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Rehabilitering i intermedieær fasen: rehabilitering av intensivpasienter, som utføres i samarbeid mellom intensivavdeling og regional rehabiliteringsavdeling.

Rehabilitering i tidlig subakutt fase: Så tidlig som mulig oppstart av rehabiliteringen med fokus på diagnostisering og funksjonskartlegging, behandling av behandlingsbare tilstander, optimalisering av sekundærprofylakse, initiering av terapi og kompenserende strategier.

Primærrehabilitering: Samlebetegnelse for den første rehabiliteringsfasen.

Sekundærrehabilitering: rehabilitering etter primær. Tilbyes oftest til utvalgte kronikergrupper med langvarig eller livslangt forløp.

Spesialisert rehabilitering: Finnes ikke almen definisjon. Forutsetter minimum 4 spesialiserte faggrupper. Utredning og behandling hos pasienter som har omfattende funksjonsutfall eller sammensatte lidelser, med behov for kompetanse, utstyr og kapasitet som kun kan gis på spesialisthelsetjeneste nivå. Kan inndeles i en kompleks og til en vanlig grad av rehabilitering.

Kompleks rehabilitering: forutsetter minimum 6 ulike spesialiserte faggrupper i tverrfaglig team ledet av spesialist i fysisk medisin og rehabilitering, geriatri, pediatri, eller neurologi. Kompleks rehabilitering innebærer målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan og samarbeid mellom relevante enheter i og utenfor institusjon.

Pasientperspektivet ? - oppsummering



- Fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (politisk mål)
- Kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten?(tilstrekkelig?)
- Hvem- hvilke pasienter snakker vi om?
- **Case: Pasienter med sykdommer i muskel og skjelett / ortopediske pasienter skal i størst mulig utstrekning rehabiliteres i kommunen, det samme gjelder rehabilitering av revmatikkere. Nye medisinske metoder, nye operasjonsteknikker, bedre proteser, nye biologiske legemidler = endret behov for rehabilitering.**

Ja, for mange, men ikke for alle.....En ortopedisk pasient ofte med flere medisinske

problemstillinger, høy alder, alene, redd, immobil, isolertHelhetlig omsorg? ser vi nyansene , evner vi å tilby tjenester som fører til: rett pasient, på rett sted til rett tid. Pasientenes helsetjeneste.

Det mangler en faglig diskusjon; hvilke pasienter skal hvor og **rehabilitering** har på sett og vis blitt en «sekkepost»

Utvikling av helsetjenesten.



Planlegging av sykehusdriften må foruten oppdatering og forbedring av dagens situasjon, også ta høyde for fremtidige behov. Viktige forhold som vil være avgjørende for behovet for sengeplasser i sykehusene i årene fremover er

- demografisk utvikling
- sykkeligheten i befolkningen
- medisinsk-teknologisk utvikling
- etterspørsel etter helsetjenester
- organisering av helsetjenesten og fordeling av oppgaver mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten
- prioritering.

- Antall eldre øker
- Endringer i sykdomsutviklingen
- Bruk av helsetjenester øker raskt

(mer enn hva som blir mulig å tilby innenfor et offentlig finansiert helsevesen)

- Medisinsk kunnskap og teknologi – rask utvikling
- Farmasøytisk industri
- Økonomisk motivert markedsføring

(lokker med effektiv behandling)

- **Legen helbreder oss- modernitetens tidsånd – troen på fremskrittet.**

FAKTA



Fremtiden



Fremtiden – eldrebølgen

2040:
Antall over 80 vil dobles
Antall over 90 tidobles



Godthaab Helse og Rehabilitering | 1356 Bekkestua | www.godthaab.no |

Budstikka, desember 2017 - en pasienthistorie



– Hjelpen jeg har fått både på Bærum- og Drammen sykehus, men ikke minst tiden på Godthaab, har vært fantastisk. Jeg hadde aldri turt å ta en løpetur igjen, hadde det ikke vært for hjelpen jeg fikk på Godthaab, sier Tveiten.

Redningsmannen Dag Henriksen har bestemt seg for at han vil tilbake til ambulansesarbeidet.

– Så fort de lyser ut lærlingeplass igjen, skal jeg søke.

Dag Tveiten ser frem til julefeiring på Sjusjøen, med skitur sammen med kona og de seks barna.

– Det blir en annerledes jul i år. Jeg har tenkt mye på det: Det var nok meningen at jeg skulle fortsette å leve. Takket være Dag.



Mister vi stafettspinnen i vekslingen mellom statlig og kommunal helseforvaltning?

Behandlingsforløp – fra hjem til hjem
Rehabiliteringstjenestenes plass - synlig i behandlingslinjen
Individuell og helhetlig tilpasset behandling og omsorg

Videre utvikling av Godthaab og eiendommen mot nye 100 år



- Godthaab ønsker å iverksette et helse –og omsorgsprosjekt basert på befolkningens behov for tjenester i nærmeste fremtid.
- Godthaab ønsker å bidra til å realisere politiske mål der mennesker kan bo i sine hjem og avslutte livet på en verdig måte fordi både bolig og bistand legger til rette for dette.
- Godthaab ønsker å bygge boliger for utleie og salg for å kunne tilby helse og rehabiliteringstjenester til flere med utgangspunkt i dagens driftsorganisasjon og etablerte infrastruktur:
 - Dette vil være med å sikre videre drift for GHR på Godthaab
 - Større volum av leverte tjenester sikrer utvikling og bedre tilgang på kompetanse
 - Godthaab som institusjon vil bli en del av et større miljø som vil føre til mer aktivitet og til positive synergier og samarbeid. Samhandling på tvers av tjenestenivåer, mellom ulike helse og omsorgsprofesjoner og ikke minst et bomiljø hvor det er tilrettelagt for sosial omgang og samspill med andre mennesker.

TAKK FOR MEG

