

Faggruppe leger
Organisering av rehabilitering
Definisjon av behov: hvilken
pasient på hvilket nivå?

Olav Kåre Refvem
Spesialist lungemedisin/indremedisin
Glittreklinikken

Samhandlingsreformen

- Etablering av enkle rehabiliteringstilbud i kommunehelsetjenesten
- Kompliserte tilfeller tas i spes. helsetjenesten
- Målet er et bedre tilbud totalt

Organisering – tilbud på ulike nivåer

- I dag skjer lungerehabilitering i hovedsak innen spesialisthelsetjenesten.
- Liten eller ingen slik aktivitet innen primærhelsetjenesten.
- Rehabiliteringen skjer i miljøer med lungemedisinsk kompetanse og tverrfaglige team.
- Et tilpasset tilbud på riktig nivå i kjeden til rett tidspunkt anses som viktig.
- Det er store mangler og lite samhandling mellom nivåene.

Anbefalinger (Retningslinjer for kols)

- Tidlig diagnostikk, behandling og rehabilitering i primær/kommunehelsetjenesten må ses i sammenheng.
- Tidlig starte med pasientopplæring og livsstilsendring
- bygge opp rehabiliteringstilbud i kommunene slik at man kan opprettholde og eventuelt forsterke effekten av det initiale, formaliserte rehabiliteringstilbud.
- Allmennlege, sykepleier og fysioterapeut bør delta aktivt i det kommunale rehabiliteringsarbeid.
- Et bredt/avansert rehabiliteringstilbud bør skje ut fra en bred funksjonsvurdering.
- Lungerehabilitering bør skje i alle helseforetak med lungespesialist
- Tilbud om rehabilitering i tilslutning til forverring av kols som krevde innleggelse på sykehus bør etableres ved alle sykehus som mottar pasienter med kols-forverring.
- Nasjonale og/eller regionale sentre må bevares for kompleks og arbeidsrettet rehabilitering.

Institusjonsbasert rehabilitering

- To spesialsykehus som driver institusjonsbasert lungerehabilitering.
- Gir tilbud til pasienter med behov for et bredt tverrfaglig tilbud eller spesialkompetanse innen rehabiliteringsfeltet, samt de som ikke kan delta på et dagtilbud. (langkommet lungesykdom, stor komorbiditet eller spesielle problemstillinger, tilpasning av oksygenbehandling og arbeidsrettet lungerehabilitering.)
- Det er også enkelte vanlige rehabiliteringsinstitusjoner som tilbyr lungerehabilitering. Tilbudet er beregnet for ukompliserte forløp med behov for mindre grad av spesialkompetanse.

Poliklinisk rehabilitering/dagtilbud

- Enkelte helseforetak tilbyr poliklinisk rehabilitering i tilknytning til klinikk for rehabilitering, medisinske eller lungemedisinske poliklinikker.
- Tilbudet innebærer møter 2-4 ganger per uke over 4-7 uker.
- Poliklinisk rehabilitering må inneholde flere elementer som fysisk aktivitet, røykeslutt, oppfølging av ernærings- og vektproblemer, mestring av daglige aktiviteter samt pasientopplæring for å kunne regnes som rehabilitering.
- Noen steder tilbys mestringskurs for personer med kols.
- Noen helseforetak tilbyr opp til 10 dager poliklinisk dagrehabilitering fordelt på for eksempel 3 uker og deretter trening poliklinisk 3 dager per uke i fire uker. Deretter oppfølging hos privatpraktiserende fysioterapeut for videre trening 2 ganger per uke som fast oppfølging.

Ambulante team/”Hospital at home”

- Kan følge opp de mest alvorlige pasientene i hjemmet som et alternativ til sykehusbehandling (7). (Akershus Universitetssykehus (AHUS), Lillestrøm og St. Olavs hospital, Trondheim.
- Kan inngå i en sammensatt rehabiliteringsinnsats, i samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenste.
- Aktuelt der det er behov for langtids oksygenbehandling.
- Er knyttet til medisinsk avdeling/poliklinikk i spesialisthelsetjenesten.
- Ønske om oppbygging av mer lokale ambulante team
- Involvere primærhelsetjenesten i de ambulante team med tanke på kompetanseoverføring og oppbygging av tilbud utenfor sykehus.

Lærings- og mestringssentra (LMS)

- Alle sykehusområder har ett eller flere LMS.
- Ivaretar et opplæringsbehov, men representerer ikke en helhet som kan betegnes som rehabilitering.
- Virksomheten ved LMS varierer i de ulike sykehusområdene, og ikke alle har tilbud til mennesker med kols.
- Noen tilbud er definert inn i pasientforløp, andre opererer uavhengig.
- LMS organiseres fra spesialisthelsetjenesten.

Telemedisin

- Et felt under utvikling, blant annet i nordfylkene, under ledelse av Senter for telemedisin i Tromsø.
- Kan tilrettelegge for oppfølging og veiledning for eksempel fra sykepleier og fysioterapeut for pasienter med lang reisevei til behandlingsinstitusjoner.

Rehabilitering i kommunehelsetjenesten

- Mange pasienter vil kunne ivaretas av primærhelsetjenesten (primærrehabilitering og vedlikehold) hvis dette blir etablert.
- Finnes i dag *enkelttiltak* som trening, røykeslutt, opplæring og erfaringsutveksling. LHL driver noen av tiltakene. Regnes ikke som fullverdige rehabiliteringstilbud.
- Forutsetter utvikling og etablering av både kompetanse og kapasitet. Allmennlege, sykepleier og fysioterapeut bør delta aktivt i det kommunale rehabiliteringsarbeidet. Kommunal ergoterapitjeneste, psykologtjeneste og NAV kan også være viktige samarbeidspartnere.

Rehabiliteringsfaser

Primærrehabilitering

- Riktig diagnose, optimal medikamentell behandling og bred funksjonsvurdering viktige forutsetninger for oppstart av primær rehabilitering.
- Målet er at pasient og pårørende kan orientere seg i og mestre en ny livssituasjon, samt ivareta sekundærforebygging.
- Sykdomsforståelse, funksjonstrening, aktivitet og deltagelse (arbeid og sosialt) samt livsstilsendringer inkl. røykeslutt er sentralt innhold.
- Deler av tilbudet kan innebære individuell tverrfaglig veiledning/konsultasjon, mens mye bør kunne ivaretas på gruppenivå.

Akuttrehabilitering ved alvorlig kols

- Hyppige forverrelser øker sykkelighet og dødelighet.
- Ved forverrelser behov for tidlig fysisk trening, ernæringsovervåking og støtte/omsorg.
- Skal motvirke tap av muskelmasse, alvorlig funksjonsnedsettelse og stadige reinnleggelser ("svingdørspasienter").
- Tilbud som knyttes særlig til sykehusinnleggelse for kolsforverring.

Kompleks rehabilitering

- Bredt tverrfaglig tilbud for å møte spesielle utfordringer i forhold til aktivitet og deltakelse.
- Ved store funksjonstap, komorbiditet og ulike tilleggsbelastninger som sammensatte psykososiale problemstillinger.
- Noen har behov for kompleks rehabilitering uten langt fremskreden medisinsk sykdom.
- Oksygentilpasning kan være indisert.

Arbeidsrettet rehabilitering.

- Muligheten for å opprettholde yrkesdeltagelse er en motiverende faktor i rehabiliteringen.
- Spesialtilbud for lungesyke med hyppige eller lengre sykmeldinger og de som står i fare for å falle ut av arbeidslivet.
- Nyttig å sette inn større ressurser tidlig slik at pasienten kan holde seg i arbeidslivet så lenge som mulig.
- Krever bred tilnærming og kontakt med arbeidsplass, NAV eller Arbeidslivssenteret i kommunen (er tilknyttet NAV og tilbyr assistanse til inkluderende arbeidslivs (IA)-virksomheter).

Yngre lungesyke

- Ofte en ressurskrevende gruppe
- Spesielle problemstillinger (mestring, skole/utdanning, arbeidsliv)
- Ikke så stor gruppe på landsbasis

Vedlikehold

- Vedlikehold er et lavterskeltilbud
- Bør foregå nær pasientens bosted.
- Mål å opprettholde langtidseffekt av både primærrehabilitering, akuttrehabilitering og kompleks rehabilitering.
- Livsstilsendringer følges opp med motivering og tilbud om fortsatt trening, evt. kontakt og trening i selvhjelpsgrupper.
- Ved røykeslutt må pasienten følges tett over lengre tid for at motivasjon og røykfrihet skal opprettholdes.
- Oppfølgingen bør skje hos fastlegen eller annen helsearbeider med kompetanse innen røykesluttarbeid.

Kompetanseutvikling

Stort behov for kunnskapsutvikling

- Optimal organisering av rehabiliteringsvirksomheten,
- Arbeidsrettet rehabilitering,
- Hvilken rehabilitering som skal tilbys ved ulike grader av kols,
- Utprøving av ulike samhandlingsmodeller mellom første- og annenlinjetjenesten.

”Fordelingsnøkkel”

- Hva er problemstillingen?
- Hvor kompleks er tilstanden?
- Hvilken kompetanse kreves?
- Kan pasienten ta seg frem og tilbake til det lokale tilbudet?