

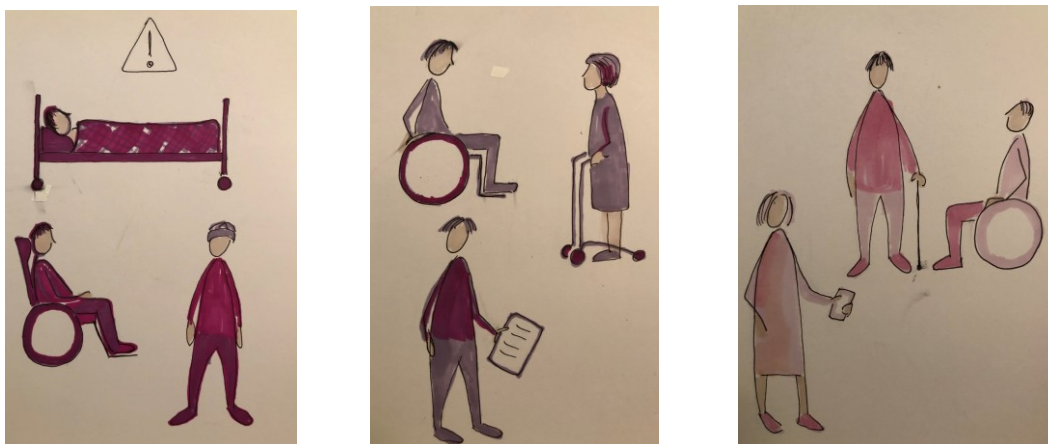
Innovasjonspartnerskap Sunnaas sykehus og Indre Østfold kommune

Hva ønsker vi å løse?

Hensikten med dette prosjektet er å finne en løsning som sikrer at pasienter med hjerneslag fortsetter sin rehabilitering og bedrer funksjon også i overgangene mellom institusjonsbasert rehabilitering og hjemme, og følger pasienten i den videre rehabiliteringen. I dag ser det ut til at funksjonsnivået faller for mange pasienter i denne overgangen. Det er også ønskelig at løsningen også skal ha overføringsverdi for andre tilsvarende/lignende diagnosegrupper.

Løsningen skal redusere behovet for kompenserende tjenester. Tjenesteinnovasjon for hvordan rehabiliteringstjenester ytes skal understøtte at mer rehabilitering kan skje i eget hjem og myndiggjøre personen i eget rehabiliteringsforløp. Prosjektet ønsker å adressere behov for å sikre kontinuitet, kvalitet og intensitet i rehabilitering til pasienten.

Av de om lag 12 000 personene i Norge som hvert år innlegges for hjerneslag, vil om lag en tredjedel gjenfinne full eller tilnærmet full funksjon i løpet av det første året og en tredjedel vil dø. Dødeligheten er nedadgående og tall i den senere tid, tyder på under 25% dødelighet det første året (Riksstroke årsrapport 2015). Den siste tredjedelen vil ha en varig funksjonshemming, som påvirker dagliglivets aktiviteter, og kan medføre avhengighet av andre.

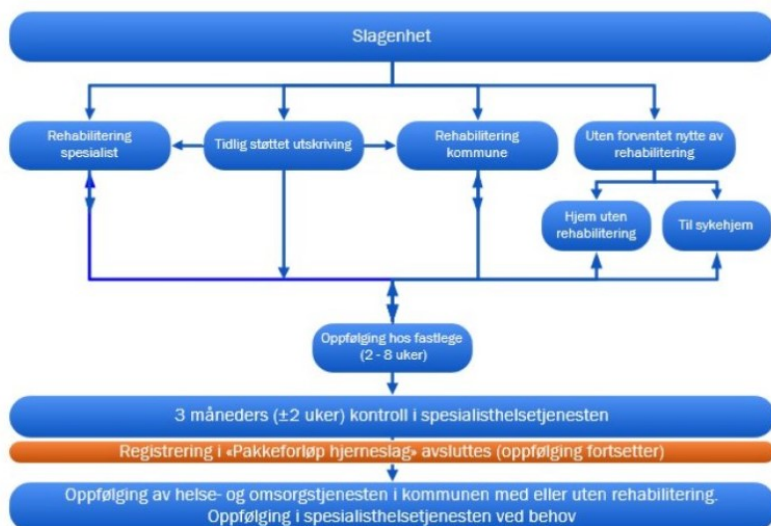


Tre ulike personas av pasienter med hjerneslag (Illustrasjon Anne Karine Dihle)

Hovedgrupper av hjerneslagpasienter; store alvorlige fysiske og kognitive utfall og behov for hjelp i alle dagliglivs situasjoner til venstre. I midten «den vanlige hjerneslagpasienten» med moderate følgevirkninger og som kan gjøre store deler av daglige oppgaver hjemme selv. Den siste gruppen med mindre til moderate følgevirkninger forventes å kjøre oppgaver i hjemmet på egenhånd, men kognitive utfordringer gir problemer i sosiale sammenhenger, i jobbutførelse eller i samarbeid med et fragmentert hjelpeapparat.

Mange av de som overlever et hjerneslag, vil derfor trenge rehabilitering, og mange vil være avhengige av hjelp og støtte av andre mennesker og av samfunnet. (kilde Nasjonal retningslinje for hjerneslag).

Etter et hjerneslag kan pasienten ha funksjonsfall av både fysisk og kognitiv karakter. Tverrfaglig rehabilitering skal igangsettes på slagenhet i akuttsykehuset, og fortsette i det videre forløpet slik at pasienten sikres best mulighet til å gjenvinne funksjoner. Et forløp for en pasient med hjerneslag vil



Skjematisert fremstilling av oppfølging og rehabiliteringsfasen i pakkeforløp hjerneslag

innebære at pasienten får sitt behandlings-/rehabiliteringsstilbud fra flere aktører i helsetjenesten både i sykehus, private institusjoner og hos kommunen. Mange erfarer at overganger mellom ulike tjenestenivå/enheter innebærer et brudd i rehabiliteringsprosessen som for mange pasienter medfører fall eller stillstand i funksjonsnivå. I pakkeforløp for hjerneslag er det beskrevet en skjematisert oversikt over forløpet. Link: [Hjerneslag - Helsedirektoratet](#)

Hvordan er en rehabiliteringsprosess

Når sykdom eller skade påvirker hva den enkelte klarer i sin hverdag, vil det ha betydning for mange sider av livet, - det betyr noe for familien, for de nære man lever sammen med, for jobb eller skole, for fritidsaktiviteter og i stor grad påvirker det selvbilde den enkelte har.

Kjernen i rehabilitering er å øke funksjonsnivå. Dette oppnås over tid ved en systematisk innsats både av pasienten og det tverrfaglige teamet rundt pasienten. Pasienten setter sine mål, hva vil han/hun jobbe mot, og hva er viktigst å starte med? Tverrfaglig kartlegging av funksjon er starten på prosessen. Pasienten og det tverrfaglige teamet jobber systematisk mot det målet pasienten har. Dette oppleves for de fleste pasienter som hardt arbeid, -det krever motivasjon og vilje for å komme seg videre i prosessen.



Å se fremgang er en vesentlig motivasjonsfaktor. Hvis pasienten har et mål som innebærer mange ferdigheter, som for eksempel å komme tilbake i jobb, vil rehabiliteringsprosessen bestå av mange delmål, som å kunne stå opp selv, kunne snakke, ta bussen osv. Det er vesentlig å feire/markere fremgang som kommer etter hardt arbeid. Med måleverktøy kan man på ulike måter vise fremgang ved kurver eller farger eller video. Fagpersonene skal ha god kjennskap til de gode metodene for å

øke funksjon, og sammen med pasienten må det kontinuerlig evalueres om man gjør rette tiltakene. Det er av verdi at familie og nære venner får følge og motivere i det arbeidet pasienten gjør.

Går over tid, hva betyr det?

I helsetjenesten benyttes ord som *forløp* for å beskrive hvordan de ulike deler av helsetjenesten skal bistå den enkelte med å få gode helsetjenester. For pasienter med hjerneslag begynner dette forløpet straks det tas kontakt med akuttmedisinske tjenester og man innlegges på sykehus. På sykehuset er standard tilnærming på hvordan pasienter med mistanke om hjerneslag skal kartlegges og behandling. Etter 1-2 dager skal pasienten til en slagenhet hvor personalet er trent i oppstart av rehabilitering ved bruk av tverrfaglig mobilisering. Hvis pasienten har behov for videre rehabilitering i spesialisthelsetjenesten vil overføring skje i løpet av 4-7 dager etter hjerneslaget, så snart pasienten er medisinsk stabil. Noen pasienter skrives ut til hjemmet, mens andre trenger større hjelpetiltak hvor sykehjem kan være et alternativ. I dette prosjektet følger vi de pasientene som primært går videre til rehabilitering enten i institusjon eller i hjemmet.



Når pasienten kommer til et rehabiliteringsavdeling/senter igangsettes arbeidet som er beskrevet over. På Sunnaas sykehus hadde pasienter med hjerneslag i 2019 i gjennomsnitt 37 døgn på sykehuset. I overgangen til hjemmet vil pasientene fortsette å trene for å bli bedre. De vil også møte nye, utfordringer enn de har på en avdeling hvor alt er tilrettelagt. Da skal et nytt hverdagsliv etableres og mål skal settes sammen med det tverrfaglige teamet i kommunen, med utgangspunkt i hva er viktig for pasienten.

Gjennom de siste tiårene har kunnskap om hjernens plastisitet gitt optimisme på at man kan oppnå funksjonsøkning i lang tid etter en hjerneskade. Mange pasienter vil oppleve at de har fremgang de første årene etter hjerneslaget, og det stopper ikke det der. Flere studier viser at intensiv trening kan ha effekt mange år etter selve hjerneslaget. Da er det vesentlig å identifisere hva og når det er mulig for den enkelte pasient å få hjelp til å utnytte det potensiale de har.

Særskilte utfordringer, hvor vil vi at det blir annerledes

Pasientene har behov for kontinuitet i rehabiliteringsprosessen, og i dag opplever mange pasienter brudd i denne kontinuiteten. Prosjektet vil peke på åtte utfordringer i rehabiliteringsprosessen for pasienter med hjerneslag

- Rehabiliteringen må være tilpasset den enkelt med god faglig kvalitet og høy nok intensitet
- At alle aktørene får samme informasjon, både fagpersoner og familie
- Pasienten trenger å se fremgang for å beholde motivasjonen
- Behov for tiltakene endres i tråd med pasientens utvikles gjennom hele forløpet
- At pasienten får oversikt over ulike hjelpere og hva som skjer fremover
- Bruk av fremtidsrede løsninger, gjerne teknologiske/digitale løsninger
- Tilgjengelig hjelp gir trygghet, både økonomisk, enkel grenseflater, lett å få support
- Andre pasientgrupper har behov som ligner dette

Dette vil utdypes på markedsdialogen.

Hva vil vi?

Innovasjonspartnerskapet leter etter en ide til en løsning for å sikre de behovene som er beskrevet over. Det viktigste målet er å sikre pasienter med hjerneslag muligheten til å fortsette å bli bedre uavhengig hvem som bistår.

Hvis pasienter med hjerneslag øker sin funksjon, vil en gevinst være at pasienten vil trenge mindre helsetjenester fra det offentlige. Videre setter prosjektet fokus på en av helsetjenestens største utfordringer, nemlig kontinuitet mellom nivåene i helsetjenesten. Det er behov for en løsning hvor aktørene som hjelper pasienten, kan følge pasienten uavhengig av teknologiske løsninger i helsetjenesten. Kontinuitet i overganger mellom helsetjenesten, er en utfordring i en så stor pasientgruppe som hjerneslagpasienter, men også behov i andre pasientgrupper. Innholdet kan endres, men behovet for kontinuitet opprettholdes.

Prosjektet gjennomføres som et innovativt partnerskap. Mer informasjon kan finnes her:

<https://www.innovasjon Norge.no/innovasjonspartnerskap>

<https://www.anskaffelser.no/avtaler-og-regelverk/anskaffelsesprosedyrer/innovasjonspartnerskap>

Digitaliseringsdirektoratets definisjon på en innovasjon er:

Innovasjon er å fornye eller lage noko nytt som skapar verdi for verksemd, samfunn eller innbyggjarar. Forma er eksperimentierende og løysinga er ikkje kjend på førehand.

Prosjektgruppen har tatt utgangspunkt i definisjonen på en innovasjon som «nytt, nyttig og nyttiggjort».

Videre er innovasjon et begrep som prosjektet forstår som

- et eller flere nye produkter/ tjenester/ organisering som er helt nytt og ukjent eller
- kjent fra egen tjeneste eller andre bransjer, men satt sammen eller tatt i bruk på en ny måte.

Vi ser etter ideer som understøttet de strategiske satsningene i Indre Østfold kommune og Sunnaas sykehus.

<https://pub.framsikt.net/2021/io/bm-2021-test/#/home>

[Mål og strategier - Sunnaas sykehus](#)