



Direktøren

Styresak 26-2014

Høringsuttalelse - Regional handlingsplan for somatisk rehabilitering i Helse Nord 2014-2017

Saksbehandler:

Anne Kristine Fagerheim

Saksnr.:

2013/2428

Dato:

12.03.2014

Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg: Regional handlingsplan for somatisk rehabilitering i Helse Nord 2014-2017

BAKGRUNN

Den første handlingsplanen for habilitering og rehabilitering i Helse Nord ble laget i 2004. Handlingsplanen spesifiserte tiltak fram til 2010 og anses fortsatt gjeldende som basisdokument for rehabiliteringstjenestene i landsdelen. Dette nye planutkastet er en revidering av status, utfordringer og tiltak for rehabiliteringstilbudene i de spesialiserte rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene og rehabiliteringsinstitusjoner som Helse Nord har avtale med.

Planutkastet er utarbeidet av Helse Nord's Fagråd for habilitering og rehabilitering, som ble gitt i oppdrag å utarbeide en revisjon av handlingsplan for habilitering og rehabilitering 2004-2010 fra fagdirektør i Helse Nord RHF;

- Fagrådet skal foreslå strategier for helhetlige behandlingsløp, med vekt på tidlig intervensjon, poliklinisk behandling og pasientopplæring
- Helseforetakenes, de private rehabiliteringsinstitusjonenes og kommunehelsetjenestens roller og ansvar i pasientbehandlingen bør tydeliggjøres
- Fagrådet bes samarbeide med Helse Nord's fagmiljø i geriatri for å utarbeide strategier for rehabilitering av de geriatriske pasientene
- Helseforetakenes fagsjefer/fagdirektører vil fungere som referansegruppe for planarbeidet

Planen ble først overlevert Helse Nord RHF høsten 2012. Den er deretter bearbeidet videre av Helse Nord RHF på grunnlag av ulike høringsinnspill og i dialog med fagrådet for rehabilitering

SAMMENDRAG AV HOVEDMOMENTER I PLANUTKASTET

Planutkastet har hovedvekt på rehabiliteringstilbudet som forutsettes ivaretatt ved avdelingene for fysikalsk medisin og rehabilitering.

1. Beskrevne utfordringer i Helse Nord og foreslåtte tiltak

- Redusert antall døgnplasser innen avdelingene for fysikalsk medisin og rehabilitering de siste årene.
 - Dette skyldes til dels en ønsket utvikling innen fagområdet fra døgn til dag, men samtidig er det i dag et kritisk lavt nivå ved flere av disse avdelingene.
 - I planen anbefales at alle foretak har avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering med sengepost, poliklinikk og ambulante rehabiliteringsteam.
 - Dimensjonering av heldøgnsenger bør skje etter felles norm for å sikre likeverdige tilbud i landsdelen.
- For å sikre robuste fagmiljø bør alle avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering ha minimum 2 overlegehjemer.
- Alle rehabiliteringsavdelinger i sykehus bør fylle kriteriene for å kunne tilby kompleks rehabilitering.
 - Forutsetningen er at rehabiliteringsvirksomheten er ledet av spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering eller annen relevant spesialist i egen enhet hvor det finnes minst 6 ulike faggrupper som samarbeider systematisk.
 - Det må vurderes i hvilken grad også de private institusjonene må tilfredsstille kravene til kompleks rehabilitering.
- Regionale rehabiliteringstilbud for utvalgte pasientgrupper skal gis ved UNN Tromsø. Antall regionale heldøgns plasser bør økes fra 7 til 10.
- Rehabiliteringsmedisinske poliklinikker er mangelfullt utbygget og må styrkes i planperioden.
- Det er behov for styrking av utredningskapasitet for pasienter med CSF/ME.

2. Konkrete anbefalinger og ressursbehov for hvert helseforetak

Det er utarbeidet konkrete forslag på tiltak knyttet til følgende områder;

- Kvalitet, dimensjoner og funksjonsdeling
 - Det regionale rehabiliteringstilbudet
 - Døgnplasser i foretakene
 - Poliklinisk virksomhet
 - Ambulant virksomhet
 - Faglige krav til behandlingstilbudene
 - Lærings- og mestringssentrene
 - Private rehabiliteringsinstitusjoner

- Tiltak for pasientgrupper som er særskilt omtalt i planen (Kap. 7 i planutkastet)
 - Pasienter med spinalskade
 - Kreftpasienter
 - Pasienter med kognitiv svikt
 - Pasienter med ervervet hjerneskade og rus-/psykiske tilleggsproblemer
 - Pasienter med CFS/ME
 - Tilbud til barn som trenger langsiktig rehabilitering
- Samhandlingsreformen (Kap. 8 i planutkastet)
- Brukermedvirkning og pasientrettigheter (Kap. 9 i planutkastet)
- Fagutvikling og forskning (Kap. 10 i planutkastet)
 - Fagnettverk
 - Spesialkompetanse og tilleggsutdanning
 - Forskning
 - Regionale funksjoner

For hvert foreslåtte tiltak er det estimert en tidslinje for gjennomføring og en kostnad, det vises til planutkastet for detaljer.

NORDLANDSSYKEHUSET HF SIN VURDERING AV PLANUTKASTET

Planutkastet synes godt gjennomarbeidet og er et godt utgangspunkt for videre arbeid innenfor dette fagområdet. Det er likevel noen momenter som Nordlandssykehuset vil påpeke.

- Samhandlingsreformen har som mål at mer rehabilitering skal skje i kommunene. Grenseoppgangen mellom rehabilitering som må skje i kommunene og den som skal ivaretas av spesialisthelsetjenesten fremstår ikke tydelige nok i planutkastet. Det bør vurderes gjennomført en bredere regional prosess for å klargjøre ansvars- og oppgavedeling med deltakelse fra kommunal sektor, spesialisthelsetjenesten og private rehabiliteringsinstitusjoner tilsvarende den som har vært gjennomført i Helse Midt. Viktigheten av å etablere lokale pasientforløpsprosjekt og ulike samhandlingsarenaer kunne i større grad vært vektlagt og beskrevet.
- Planutkastet kunne vært mer tydelig på hvor mange senger man bør ha i Helse Nord for å tilby spesialisert rehabilitering i regionen og hvor bør disse være.
- Det hadde vært ønskelig at man i større grad hadde beskrevet ønsket utvikling knyttet til poliklinisk virksomhet
- Kostnadsoverslagene knyttet til de ulike tiltakene er ikke tilstrekkelig beskrevet
- Endring i funksjonsdeling mellom Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset er ikke tilstrekkelig beskrevet i planutkastet.
- Evaluering og tiltak knyttet til etablering av samarbeid mellom helseforetak – og gjerne også kommunehelsetjenesten og private rehabilitering institusjoner - om etablering av rekrutteringsplaner for ulike faggrupper kunne med fordel vært omtalt i planen
- Handlingsplanen beskriver i liten grad hvordan pasientenes behov for støtte og tiltak innenfor det sosialfaglige feltet skal ivaretas

DIREKTØRENS VURDERING

Utkastet til regional handlingsplan for somatisk rehabilitering gir et godt utgangspunkt for det videre arbeidet innenfor dette viktige og komplekse fagområdet. Det er kun i Bodø man har den nødvendige kompetansen til å drive døgnbasert kompleks rehabilitering. Den pågående byggeprosessen gjør at flere døgnplasser for rehabilitering her ikke kan realiseres før i 2018. Behovet for senger i regionen i planperioden og gjerne de første årene etter, kunne likevel med fordel vært bedre beskrevet med tanke på planlegging av virksomheten. Direktøren anser det som avgjørende for en god utvikling innenfor dette fagområdet at grenseoppgangen mellom hvilke tjenester som skal tilbys i spesialisthelsetjenesten og hva som skal ivaretas av kommunehelsetjenesten må tydeliggjøres og avklares i samarbeid med relevante aktører. Skal planen gjennomføres som skissert, forutsettes det at Helse Nord RHF tilfører tilstrekkelig økonomiske ressurser.

Innstilling til vedtak:

1. Styret viser til høringsnotatet og ber Helse Nord RHF ivareta de momentene om fremkommer her
2. Styret vil spesielt påpeke betydningen av at grenseoppgangen mellom rehabilitering som må skje i kommunene og den som skal ivaretas av spesialisthelsetjenesten må være tydelig
3. Styret forutsetter at den endelig vedtatte planen finansieres fullt ut fra Helse Nord RHF

Avstemming:

Vedtak:

Regional handlingsplan for somatisk rehabilitering i Helse Nord

2014-2017

Forord

Fagråd for rehabilitering takker for oppdraget med å revidere Regional plan for habilitering og rehabilitering.

Vi har etter beste evne forsøkt å analysere utviklingstrekk og identifisere utfordringer for fagområdet. Vi har lagt verdier som likhet og kvalitet til grunn. På dette grunnlaget gir vi våre anbefalinger om prioriteringer og tiltak.

Det er vårt håp at planen kan bidra til å fremme god faglighet, til det beste for pasienter, ansatte og pårørende i Helse Nord.

Innholdsfortegnelse

1. Ordliste/forkortelser.....	5
2. Sammendrag.....	7
3. Innledning og bakgrunn.....	9
3.1 Innledning.....	9
3.2 Arbeidsgruppens mandat.....	9
4. Status for Helse Nord.....	10
4.1 Demografi og forekomst av rehabiliteringsbehov.....	10
4.2 Tjenestetilbudene ved helseforetakene.....	11
4.2.1 Regionalt tilbud.....	11
4.2.2 Basistilbud i helseforetak.....	11
4.3 Tjenestetilbudene ved de private rehabiliteringsinstitusjonene.....	14
5. Rehabiliteringsbehov som framkommer i andre fagplaner.....	18
5.1 Habilitering.....	18
5.2 Lungesykdommer.....	19
5.3 Diabetes.....	20
5.4 Revmatiske sykdommer.....	21
5.5 Geriatri.....	22
5.6 Nyresykdommer.....	23
6. Kvalitet, dimensjonering og funksjonsdeling.....	24
6.1 Det regionale rehabiliteringstilbudet.....	25
6.2 Døgnplasser i foretakene.....	25
6.3 Poliklinisk virksomhet.....	26
6.4 Ambulant virksomhet.....	27
6.5 Faglige krav til behandlingstilbudene.....	27
6.6 Lærings- og mestringsentrene.....	29
6.7 Private rehabiliteringsinstitusjoner.....	29
7. Tiltak for pasientgrupper som er særlig omtalt i planen.....	31
7.1 Pasienter med spinalskade.....	31
7.2 Kreftpasienter.....	32
7.3 Pasienter med kognitiv svikt.....	33
7.4 Pasienter med ervervet hjerneskade og rus- / psykiske tilleggsproblemer.....	34
7.5 Pasienter med CFS/ME.....	35

7.6	Tilbud til barn som trenger langsiktig rehabilitering.....	36
8.	Samhandlingsreformen	38
8.1	Ansvars- og oppgavedelingen mellom Helse Nord, rehabiliteringsinstitusjonene og kommunene	38
8.1.1	Helseforetak - private institusjoner	39
8.1.2	Private institusjoner - kommunehelsetjenesten.....	39
8.2	Utfordringer i Samhandlingsreformen	39
9.	Brukermedvirkning og pasientrettigheter.....	42
10.	Fagutvikling og forskning.....	44
10.1	Fagnettverk.....	44
10.2	Spesialkompetanse og tilleggsutdanning.....	44
10.3	Forskning.....	45
10.4	Regionale funksjoner	46
10.4.1	Regionalt fagråd	46
10.4.2	Regional koordinerende enhet / koordinerende enhet i foretak.....	46
10.4.3	Regional Vurderingsenhet (RVE)	46
11.	Skjematisk oversikt over tiltak	47
12.	Referanser.....	50
13.	Vedlegg.....	52
13.1	Vedlegg 1: Mandat for revisjon av handlingsplan for habilitering og rehabilitering.....	52
13.2	Vedlegg 2: Status for hvert helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjoner pr januar 2012	53
13.3	Vedlegg 3: Rehabiliteringsbegrep i ISF	59

1. Ordliste/forkortelser

Rehabilitering: Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet

Habilitering: Habilitering har samme definisjon som rehabilitering. Målgruppen er barn, unge og voksne som har behov for habilitering på grunn av medfødt eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom. Habilitering særpreges av en kompleks og tverrfaglig innsats. Mange har funksjonsnedsettelse som gjør at de vil ha behov for habiliteringsbistand hele livet.

Rehabilitering i intermediær fase: Rehabilitering av intensivpasienter, som utføres i samarbeid mellom intensivavdeling og regional rehabiliteringsavdeling.

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

Primærrehabilitering: Samlebetegnelse for den første rehabiliteringsfasen.

Sekundærrehabilitering: Rehabilitering etter primærrehabilitering. Tilbys oftest til utvalgte kronikergrupper med langvarig eller livslangt forløp.

Det gjøres oppmerksom på at begrepet primær og sekundær rehabilitering har andre definisjoner når det gjelder koding og finansiering av rehabilitering. Jf vedlegg 3.

Spesialisert rehabilitering: Det finnes ikke en allmenn definisjon av dette begrepet. Konvensjonelt omfatter spesialisert rehabilitering utredning og behandling hos pasienter som har så omfattende funksjonsutfall eller sammensatte lidelser at det er behov for kompetanse, utstyr og kapasitet som kun kan gis på spesialisthelsetjenestenivå. Den spesialiserte rehabilitering kan inndeles i en kompleks og en vanlig grad av rehabilitering.

Kompleks rehabilitering: Rehabilitering som forutsetter minimum 6 ulike spesialiserte faggrupper i eget tverrfaglig team ledet av spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, geriatri, pediatri eller nevrologi. Kompleks rehabilitering innebærer målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan og samarbeid med relevante enheter og etater utenfor institusjonen.

Vanlig rehabilitering: Rehabilitering som definert overfor og som omfatter minimum 4 helsefaggrupper i tverrfaglige team.

Ambulant rehabilitering: Rehabilitering som ytes ved at tverrfaglige team i spesialiserte sykehusavdelinger reiser ut til pasienters hjemkommune og bidrar til at kommunehelsetjenesten får nødvendig kunnskap og kompetanse til å ivareta den komplekse rehabiliteringspasienten. Teamene tilrettelegger for utskriving og oppfølging av rehabiliteringspasienter som trenger lang og omfattende bistand fra kommunehelsetjenesten. Overføring av kompetanse og veiledning er sentrale verktøy i den ambulante arbeidsformen. Utredning som ikke krever sykehusinnleggelse eller utstyr/lokaler i sykehus kan gjennomføres ambulant, dersom dette er hensiktsmessig.

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, FMR: Organisatorisk enhet på helseforetaksnivå som oftest består av sengepost, poliklinikk og ambulante tjenester.

Forholdet mellom begrepene rehabilitering og opptrening: Rehabilitering er definert ovenfor. Opptrening oppfattes som enkeltstående treningstiltak, og er funksjonstrening som ikke krever koordinert oppfølging. En enkelt tjeneste, selv om denne har som mål å gjenvinne funksjon, er dermed ikke å anse som rehabilitering. Samtidig er likevel målrettede treningstiltak elementer i et rehabiliteringsforløp på linje med for eksempel medisinsk behandling.

2. Sammendrag

Stortinget har vedtatt at rehabilitering skal styrkes, og være det neste store satsingsområdet innen helsetjenesten. Riksrevisjonen har gjennomgått utviklingen i perioden 2005-2010, og konkluderer med at det ikke er mulig å dokumentere at en slik satsing har funnet sted.¹ Helse Nord har hatt en langsiktig satsing på å styrke rehabiliteringstjenesten, med grunnlag i handlingsplan for habilitering og rehabilitering 2004 – 2010, og det er behov for ny gjennomgang av habilitering og rehabilitering i Helse Nord.

Denne planen har hovedvekt på rehabiliteringstilbudet som forutsettes ivaretatt ved avdelingene for fysikalsk medisin og rehabilitering. I tillegg gjennomgås (kap. 5) utfordringer innen habilitering og rehabilitering slik disse framkommer i regionale fagplaner.

I Helse Nord er antall døgnplasser innen avdelingene for fysikalsk medisin og rehabilitering redusert de siste årene. Dette skyldes til dels en ønsket utvikling innen fagområdet fra døgn til dag, men samtidig er det i dag et kritisk lavt nivå ved flere av disse avdelingene.

I planen anbefales at alle foretak har avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering med sengepost, poliklinikk og ambulante rehabiliteringsteam. Dimensjonering av heldøgnsenger bør skje etter felles norm for å sikre likeverdige tilbud i landsdelen. For å sikre robuste fagmiljø bør alle avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering ha minimum 2 overlegehjemer.

Alle rehabiliteringsavdelinger i sykehus bør fylle kriteriene for å kunne tilby kompleks rehabilitering. Forutsetningen er at rehabiliteringsvirksomheten er ledet av spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering eller annen relevant spesialist i egen enhet hvor det finnes minst 6 ulike faggrupper som samarbeider systematisk. Helse Nord må vurdere i hvilken grad også de private institusjonene må tilfredsstille kravene til kompleks rehabilitering.

Regionale rehabiliteringstilbud for utvalgte pasientgrupper skal gis ved UNN Tromsø. Antall regionale heldøgnsplasser bør økes fra 7 til 10.

Rehabiliteringsmedisinske poliklinikker er mangelfullt utbygget og må styrkes i planperioden. Det er behov for styrking av utredningskapasitet for pasienter med CSF/ME.

¹ Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten, Dok. 3:11 (2011-2012)

Samhandlingsreformen vil kreve styrking av ambulante team, som bør tilføres flere stillinger. Det foreslås en fast sum til drift av regionale nettverk, for å sikre likeverdige betingelser.

For å sikre gode og kvalitative tjenester ved de private rehabiliteringsinstitusjonene er det viktig å inngå langsiktige avtaler som gir forutsigbarhet for pasienter og fagpersonell. Avtalene må også gi rom for fleksibilitet om det oppstår misforhold mellom behov og tilbud. I inneværende avtaleperiode mellom RHF og private institusjoner er det underkapasitet på nevrologisk rehabilitering. Kreftrehabilitering bør bygges opp og hovedsakelig gis som gruppetilbud ved private institusjoner. Helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjoner bør utvikle felles utvalgte prosedyrer og normer for kvalitet.

Det foreslås etablering av enhet for regional forskerstøtte for rehabilitering ved UNN Tromsø. Enheten bør ha forskerkompetent koordinator og frie midler for å stimulere til tverrfaglig forskning i HF og private rehabiliteringsinstitusjoner.

3. Innledning og bakgrunn

3.1 Innledning

Den første handlingsplanen for habilitering og rehabilitering i Helse Nord ble laget i 2004. Handlingsplanen spesifiserte tiltak fram til 2010 og er fortsatt gjeldende som basisdokument for rehabiliteringstjenestene i landsdelen.

Denne planen er en revidering av status, utfordringer og tiltak for rehabiliteringstilbudene i de spesialiserte rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene og rehabiliteringsinstitusjoner som Helse Nord har avtale med.

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten foregår både i sykehusavdelingene for fysikalsk medisin og rehabilitering og ved rehabiliteringsinstitusjoner, og som et ledd i pasientforløpet for pasienter som behandles innen geriatri, ved medisinske avdelinger, i habiliteringstjenesten, hjerte- og lungeklinikker m.v. i helseforetakene. Planen omtaler derfor også rehabilitering av pasientgrupper som er omfattet av andre handlingsplaner i Helse Nord. Videre omtales utfordringer innen samhandling og brukermedvirkning i egne kapitler.

Handlingsplanens mål er å bidra til god kvalitet, tilstrekkelig kapasitet og likeverdige tilbud for pasientene med behov for rehabiliteringstjenester fra spesialisthelsetjenesten i Helse Nord. Rehabiliteringspasienten skal møte en helsetjeneste med spesialisert kompetanse, evne til å mestre faglig kompleksitet og med ressurser til å tilby intensitet i behandling. Et godt rehabiliteringsforløp forutsetter også vår vilje og evne til forpliktende samspill med kommunehelsetjenesten, bygget på anerkjennelse av førstelinjens styrke.

3.2 Arbeidsgruppens mandat

Fagråd for habilitering og rehabilitering fikk i oppdrag fra fagdirektør i Helse Nord RHF å utarbeide en revisjon av handlingsplan for habilitering og rehabilitering 2004-2010:

- Fagrådet skal foreslå strategier for helhetlige behandlingsløp, med vekt på tidlig intervensjon, poliklinisk behandling og pasientopplæring
- Helseforetakenes, de private rehabiliteringsinstitusjonenes og kommunehelsetjenestens roller og ansvar i pasientbehandlingen bør tydeliggjøres
- Fagrådet bes samarbeide med Helse Nord's fagmiljø i geriatri for å utarbeide strategier for rehabilitering av de geriatriske pasientene
- Helseforetakenes fagsjefer/fagdirektører vil fungere som referansegruppe for planarbeidet

Planen ble først overlevert Helse Nord RHF høsten 2012. Den er bearbeidet videre av Helse Nord RHF på grunnlag av ulike høringsinnspill, i dialog med fagrådet for rehabilitering. Arbeidsgruppens medlemmer framgår av vedlegg nr 1.

4. Status for Helse Nord

4.1 Demografi og forekomst av rehabiliteringsbehov

Antall innbyggere i Helse Nord ved utgangen av 2011 var 468 251. Disse er fordelt mellom fylkene:

Nordland	237280	årlig tilvekst ca 1000 innbyggere
Troms	157554	årlig tilvekst ca 1060 innbyggere
Finnmark	73417	årlig tilvekst ca 560 innbyggere

Tabell 1. Befolknings sammensetning i fylkene i 2011 (Statistisk Sentralbyrå (SSB))

Aldersgrupper	Nordland	Troms	Finnmark
15-24 år	13,6 %	13,7 %	13,7 %
24-64 år	51,1 %	52,8 %	53 %
65-79 år	12,3 %	10,9 %	11 %
> 80 år	5,2 %	4,1 %	3,7 %
I yrkesaktiv alder	65,5 %	67,3 %	67,2 %

Verdens Helseorganisasjon anslår at 1,5 % av befolkningen til enhver tid vil ha behov for habilitering og rehabilitering. Omregnet til vår helseregion betyr det at er ca 7000 personer som til enhver tid er i et rehabiliteringsforløp (antallet inkluderer også førstelinjetjenesten).

Hyppest målgropper for spesialisert rehabilitering er pasienter med behov for nevrologisk rehabilitering, og pasienter med komplisert forløp av alvorlig somatisk lidelse. I poliklinikkene behandles pasienter med fysikalsk- og rehabiliteringsmedisinske problemstillinger. Pasienter med muskel-skjelettlidelser (fysikalsk medisinske pasienter) er dominerende. Det gis polikliniske gruppebaserte behandlingstilbud til personer med ryggplager og generaliserte muskelskjelettplager i regi av poliklinikkene.

Nedgang i gjennomsnittlig liggetid på akuttavdelinger, vil medføre økende behov for tidlig subakutt rehabilitering.

Tall fra Samdata-rapporten (Helsedirektoratet 2012, s. 191) viser at befolkningen i Helse Nord hadde den laveste pasientraten for dag- og poliklinisk rehabilitering i 2012, med 1,7 pasienter per 1 000 innbyggere. Regionen hadde en nedgang i raten for denne gruppen fra 2010 til 2012. Det var spesielt befolkningen i Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset som hadde lave rater i denne gruppen, mens Helse Finnmark lå noe over det nasjonale nivået.

For primær døgnrehabilitering var Helse Nord tett opp mot det nasjonale nivået i pasientrate, mens regionen lå noe over den nasjonale pasientraten for sekundær døgnrehabilitering.

Samdata-rapporten viser også at befolkningen i Helse Nord hadde den høyeste pasientraten for private rehabiliteringsinstitusjoner med 8,1 pasienter per 1 000 innbyggere i 2012. Det var spesielt befolkningsområdene til Nordlandssykehuset og Helse Finnmark som hadde høye pasientrater ved private rehabiliteringsinstitusjoner.

4.2 Tjenestetilbudene ved helseforetakene

4.2.1 Regionalt tilbud

UNN Tromsø har regionalt ansvar for rehabilitering i Helse Nord. Avdelingen har 7 senger normert til regionale pasienter på Rehabiliteringsmedisinsk døgnenhet. Målgrupper som skal ha regionalt rehabiliteringstilbud er pasienter med alvorlig grad av traumatisk hjerneskade, subaracnoidalblødning², multitraume, multippel sclerose (MS) og følgetilstand etter poliomyelitt. Det gis også tilbud om vurderingsopphold for pasienter med cerebral parese og voksne muskelsyke.

Det foreligger konkrete planer om økning med 4 døgnplasser og etablering av intermediaær enhet for rehabilitering av pasienter ved UNN Tromsø fra 2019.

Av regionale polikliniske tilbud har Fysikalsk medisinsk poliklinikk ved UNN Tromsø tilbud om tverrfaglig poliklinisk utredning for personer med CFS/ME og hypermobilitet³. Det er etablert et LMS-tilbud for personer med CFS/ME. I tillegg finnes et regionalt tilbud om interdisiplinær utredning av personer med komplekse ryggglidelser i samarbeid med det nevrokirurgiske miljøet.

4.2.2 Basistilbud i helseforetak

Alle senger er for pasienter som har behov for subakutt rehabilitering, det vil si rehabilitering i tidlig fase etter akutt sykdom eller skade.

UNN Tromsø har en avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (FMR) med 8 senger til lokalsykehusrehabilitering. UNN Harstad har en FMR-avdeling med 13 senger. UNN har ambulante team i Tromsø og Narvik.

² Subaraknoidalblødning, blødning som gir blodansamling i subaraknoidalrommet.

Subaraknoidalblødning kan oppstå etter hjerneskader eller spontant ved at det oppstår en brist i en utposning av en blodåre ([aneurisme](#)).

³ EDS er en arvelig bindevevsskdom. Et utslag er avvikende mengde eller struktur på kollagenet, som er en viktig bestanddel av bindevevet. Det karakteristiske ved EDS er økt strekkbarhet av hud, overbevegelse i ledd (*hypermobilitet*) og skjøre vev. Indre organer kan være påvirket i større eller mindre grad.

Finnmark HF har FMR-avdeling med 6 senger, ambulant team og poliklinikk. Helse Finnmark skal øke med 3 døgnplasser i nytt sykehus fra 2018.

I Nordlandssykehuset er det ingen FMR-avdeling ved noen av sykehusene. Lødingen rehabiliteringssenter er lagt ned høsthalvåret 2013 i forbindelse med at det ved NLSH Vesterålen etableres nye døgnplasser for vanlig rehabilitering. Det planlegges også 8 rehabiliteringsplasser i Bodø i forbindelse med utbyggingen der, disse vil bli integrert i akuttavdeling. Det er ambulante team i Bodø, Lofoten og Vesterålen.

I Helgelandssykehuset er det 8-10 senger for pasienter med muskel og skjelettlidelser og avgrenset hjelpebehov på 5 dagers post. I Sømna er det 6 rehabiliteringssenger for primær- og sekundærrehabilitering. Foretaket har et ambulant team.

Spesial- og spisskompetanse er en fortsetning for å drive spesialiserte rehabiliteringssenger. Alle avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Nord har dekket sine behov for sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og logopeder. Derimot mangler det legespesialister, nevropsykologer og synspedagog/optiker for å kunne utvikle de tverrfaglige tilbudene ved flere av avdelingene.

I fysikalsk medisin gjøres tverrfaglig utrednings- og behandling poliklinisk. Det er gruppebaserte behandlingstilbud til rygg- og muskelskjelettpasienter på UNN Tromsø, ved Nordlandssykehuset Bodø og Helgelandssykehuset Sandnessjøen.

Innen fysikalsk medisin er det også et lavterskeltilbud som består av utredning- og gruppebehandling til muskelskjelettpasienter i Raskere Tilbake på UNN (2013). I Bedrift som er et prosjekt innen Raskere Tilbake i UNN har et forebyggende perspektiv i forhold til sykefraværarbeid. Det meste av arbeidet her er på systemnivå (helsetjenesten, NAV, arbeidsliv).

I tabell 2 vises utviklingen for noen av disse faggruppene i regionen fra 2004 til 2012. Rehabiliteringstjenestene er ikke med i tabellen:

Tabell 2 Utviklingen av tilbudene, og kritisk kompetanse ved foretakene i perioden 2004-2012

Døgnplasser, 2004-2012	HF Kirkene s	UNN Tromsø	UNN Harstad	UNN Narvik	NLSH Bodø	NLSH Vesterålen og Lofoten	HLS S.sjøen	Sum
Døgnplasser FMR 2004	6	20	9		4+13a)	0	18	51 + 13a)
Døgnplasser FMR 2012	6	15 c)	13		0 + 10a)	0	8	42 b) + 13 a)
Døgnplasser geriatrisk rehab 2004 d)	-	11+ 12 e)	-		-	-	-	23
Døgnplasser geriatrisk rehab 2012 d)	-	7+12 e)	-			-	-	19
Bemanning 2004-2012	HF Kirkene s	UNN Tromsø	UNN Harstad	UNN Narvik	NLSH Bodø	NLSH Vesterålen og Lofoten	HLS S.sjøen	Sum
Ambulant team 2004	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	
Ambulant team 2012	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	
Overlegehjemler FMR 2004	1	4	2		3	0	3	13
Overlegehjemler FMR 2012	1	6	1		2	0	4	14
LIS-hjemler 2004	0	2	0		1	0	1	4
LIS-hjemler 2012	1	5	2		0	0	2	10
Nevrpsykolog 2004	0	1	1		0	0	0	2
Nevropsykolog 2012	1,0 f)	1,6	1		1	0	0	4,6
Synspedagog 2004	1	0	1		0	0	0	2
Synspedagog 2012	1	0	1		0	0	0	2
Logoped 2004	1	1	0,5		2	1		5,5
Logoped 2012	1	2,6+1,5 e)	1		2	1	0,6	9,7

a) Lødingen rehabilitering (ikke spesialisert rehabilitering)

b) Ved Helgeland rehabilitering i Sømna

c) Av sengene ved UNN HF beregnes 1/3 av sengene ved UNN Tromsø som regionale plasser, de øvrige sengene inkludert

d) 7 geriatriske rehabiliteringssenger er lokalsykehusplasser

e) Senger tilknyttet OGT Lenvik og OGT Nordreisa, lege er allmennpraktiker

f) Psykolog Kirkenes er under spesialisering (2013)

Antall hjemler for overleger er stabilt, men det er endringer innad i foretakene. Antall utdanningshjemler for leger har økt fra 4 til 10. Det har vært en markant økning i antall logopeder og en svak økning i antall nevropsykologer. All økning av fagkompetanse har funnet sted ved UNN HF og Helse Finnmark. Synspedagog finnes fremdeles bare to steder i regionen.

Handlingsplanens vedlegg 2 beskrivertilbudene og utfordringene ved hvert av foretakene.

I perioden fra 2004 til 2012 er det etablert et regionalt rekrutteringsprogram for leger som skal spesialisere seg innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Dette er av stor betydning for å sikre tilgang på leger. Det er etablert en egen forskningsenhet for rehabilitering ved UNN og det finnes regionale fagnettverk som har fokus på utvikling og kvalitetssikring av tilbudene. Slagenheter og rutiner for anbefalt slagrehabilitering er etablert i alle foretakene, og det tilbys et bredt spekter av lærings- og mestringstilbud til rehabiliteringspasienter.

4.3 Tjenestetilbudene ved de private rehabiliteringsinstitusjonene

De private rehabiliteringsinstitusjoner har opp gjennom årene vært driftet over ulike finansieringssystemer og hatt ulikt eierskap, som har medført ulikhet i kapasitet, kvalitet, bemanning kompetanse og pasientgrupper.

Fra 2006 overførte Helse- og omsorgsdepartementet bestiller- og finansieringsansvaret for opptreningsinstitusjonene og de spesielle helseinstitusjonene/helsesportssentrene til de regionale helseforetakene. Institusjonene skal være et supplement til offentlig helsetjenester. Etter 2006 har de private rehabiliteringsinstitusjonene konkurrert om å tilby spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester til Helse Nord RHF. Alle tilbydere blir vurdert opp mot konkurransegrunnlagets krav, og vurderes i forhold til kvalitet, pris og tilgjengelighet. Avtalene mellom partene omfatter en rammeavtale (overordnede vilkår) og en ytelsesavtale (spesifikk på pasientgrupper knyttet til volum/pris). Alle som har avtale med Helse Nord leverer ytelser som er definert som spesialisthelsetjenester. Det har siden 2006 blitt færre plasser i de private institusjonene.

Status

Dagens avtaler mellom Helse Nord RHF og 7 private rehabiliteringsinstitusjoner (6 i helseregion nord og 1 i helseregion sørøst) gjelder for perioden 2011-2013 med mulighet for prolongering også i 2014. Helse Nord har bare avtaler om døgnbasert rehabilitering. Totalt omfatter avtalene 30 ulike ytelser og totalt 71 136 døgn. Dette tilsvarer ca 216 døgnplasser beregnet ut fra 330 døgn/år. Alle institusjoner tilbyr opphold for hjelpetrequende pasienter, men det er ulikt tak på antall døgn ved hver institusjon.

Definisjonen av hva som er hjelpetrequende varierer fra institusjon til institusjon.

Tabell 3 Døgnplasser ved avtaleinstitusjonene

Opptrenings-senteret i Finnmark Alta	Rehabiliterings-senteret Nord-Norges Kurbad Tromsø	Skibotn Rehabilitering	Valnesfjord Helseportssenter	Nordtun Meløy	Helgeland Rehabilitering Sømna	Evjeklinikken Kristiansand
42	65	20	38	38	8	4
50	106	24	92	56	14	

Tabellens første linje angir antall oppholdsdøgn /330 dager som Helse Nord RHF i innværende periode har avtale om.

Tabellens andre linje er antall døgnplasser ved institusjonene.

Tabell 4 Pasientgrupper som får tilbud ved rehabiliteringsinstitusjonene som har avtale med Helse Nord, 2013

	Opptrenings-senteret i Finnmark	RNNK Tromsø	Skibotn-senteret	VHSS Valnesfjord	Nordtun Meløy	Helgeland Rehab. Sømna	Evje klinikken
Amputasjoner		x			x		
Barn med revmatiske lidelser				x			
CP barn (multifunksj.h)				x			
CP voksne og barn (barn)		x					
CP voksne og barn (voksne)		x					
Epilepsi, Huntington og andre nevrologiske lidelser		x					
Generelle brudd	x	x			x	x	
Habilitering - intensiv trening barn				x			
Habilitering - intensiv trening voksne				x			
Habilitering - intensiv gangtrening		x					
Hjerneskode etter sykdom og traume		x					
Hjerneslag i kronisk fase	x	x		x	x	x	
Hjerneslag i subakutt fase		x					
Hjerte- karsykdommer - voksne			x	x			
KOLS			x	x		x	
Langvarig behandling etter kreft - voksne		x					
Luftveislidelser andre			x			x	
Mestringsopphold for unge	x						
MS - kompleks		x					
Multipel sklerose yngre				x			
Muskel-skjelettlidelser	x	x		x		x	
Muskelsyke barn		x					
Muskelsyke voksne		x					
Operasjon etter kreft og bløtdelskirurgi		x			x		
Orto - geriatriske lidelser	x	x			x		
Overvekt barn og unge				x			
Overvekt voksne	x						x
Overvektsoopererte				x			

Parkinsons sykdom		x					
Post polio				x			
Protesekirurgi	x	x			x	x	
Rehabilitering arbeid/utd.- tverrfaglig funksjonsvurdering							
Rehabilitering med arbeid/utd som mål	x	x		x			
Revmatiske lidelser - Ikke inflammatoriske	x	x		x	x		
Revmatiske lidelser voksne inflammatoriske	x	x		x	x		
Ryggkirurgi		x			x		
Tinnitus - Morbus Meniere					x		
Utømmelse CFS/ME		x					

Kompetanse

Krav til kvalitet og kompetanse er nøye beskrevet i konkurransegrunnlaget. Institusjonenes kompetanseprofil vil ha sammenheng med hvilke ytelser som leveres de ulike stedene, noe som kan variere fra avtaleperiode til avtaleperiode. Private rehabiliteringsinstitusjoner har mange faggrupper som for eksempel fysioterapeuter, ergoterapeuter, barnevernspedagoger, attføringskonsulenter, rideinstruktører/rideterapi, sykepleiere, vernepleiere, ernæringskonsulenter/ernæringsfysiologer. Noen institusjoner har også logoped, psykolog, nevropsykolog, sosionom og andre faggrupper. Mange av disse har videreutdanninger innen relevante områder som livsstyrke, mestring, veiledning, helsepedagogikk, psykiatri, nevrologi, barn, diabetes, arbeidsrettet rehabilitering, fysisk aktivitet og funksjonshemming.

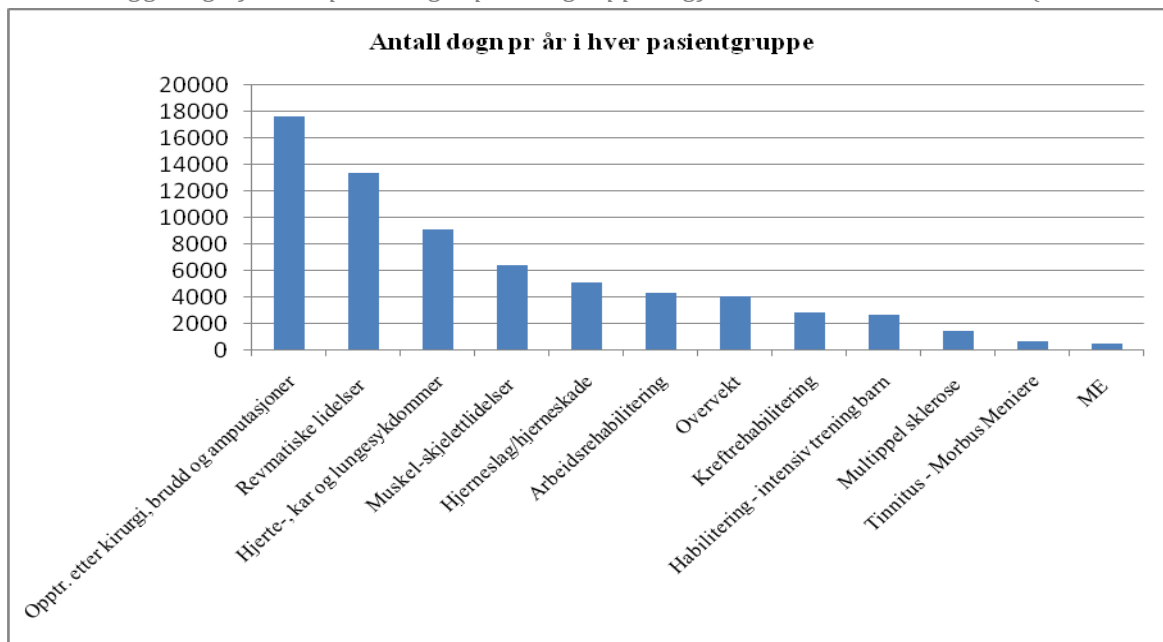
Faglig profil ved private rehabiliteringsinstitusjoner er ulik den som ønskes i helseforetakene og mer rettet mot sekundær rehabilitering ift deltakelse i arbeidsliv, sosiale aktiviteter og opprettholdelse av funksjonsnivå for personer med kronisk og livslang sykdom.

Utfordringer

Ved evaluering av avtalene for 2011 fremkommer utfordringer på flere områder:

- Funksjonsfordeling i regionen
- Sammenhengen mellom behov og kapasitet
- Endring i avtaler uten nye anbudsrunder
- Noen pasientgrupper opplever redusert tilbud

Tabell 5 Liggedøgn fordelt på utvalgte pasientgrupper i gjeldende avtale 2011-2014 (Helse Nord)



I avtaleperioden 2011-2014 er det rehabiliteringsopphold etter kirurgiske inngrep, brudd og amputasjoner som har flest liggedøgn (figur 1 over). Deretter kommer reumatiske lidelser og muskel-/skjelettlidelser.

Det erfares at for gruppene hjerneslag i seinfase, utmattelsestilstand (ME), ryggmargsskade og hodeskade er etterspørselen større enn tilbudet i regionen. Fokuset på diagnoserettede ytelser gjør at flere pasienter med sammensatte tilstander, men med klare rehabiliteringsbehov ikke ivaretas godt nok.

Det er behov for tilbud for barn som har gjennomgått store skader og som trenger rehabilitering over tid. Det er behov for mer differensierte tilbud til pasienter som har vært gjennom omfattende kreftbehandling eller annen somatisk sykdom som har medført funksjonsnedsettelse.

Helse Nord kjøper stadig færre plasser hos de private institusjonene, og alle drifter med ledig kapasitet, jfr tabell 4 ovenfor. Avtalehorisonten er relativt kortsiktig, med 3 år + 1 år som siste inngåtte avtale. Dette kan gi dyre løsninger, og medfører lite forutsigbarhet for institusjonene.

5. Rehabiliteringsbehov som framkommer i andre fagplaner

Helse Nord har utarbeidet en rekke fagplaner som også omtaler rehabiliteringsbehov. Samtidig er det også pasientgrupper som ikke har blitt omfattet av slike planer, for eksempel pasienter med hjertesykdommer og pasienter med nevrologiske lidelser (som MS, Parkinson mv). I 2013 utarbeides regionale handlingsplaner for øre-nese-halssykdommer, syn, geriatri, diabetes og revmatologi. I 2011 ble det utarbeidet regionale handlingsplaner for lungesykdommer og for nyreerstattende behandling.

Oversikten bidrar til bedre samlet oversikt over pasienters rehabiliteringsbehov i Helse Nord. Dette er blant annet relevant for videre planlegging i Samhandlingsreformen. For tiltak vises til de aktuelle planene.

Det er fortsatt behov for bedre planlegging og konkret vurdering av ulike pasientgruppers rehabiliteringsbehov i Helse Nord. En slik manglende oversikt er også et nasjonalt problem. Helse Midt-Norge RHF har i samarbeid med KS i Midt-Norge startet et langsiktig regionalt prosjekt for å klargjøre behovet for rehabilitering og avklare ansvars- og oppgavedeling mellom kommuner, rehabiliteringsinstitusjoner og sykehus.

Denne oversikten for Helse Nord er ikke fullstendig, det mangler for eksempel planer for nevrologi og hjertesykdommer. Innen ortopedi er det også store endringer i faglig praksis som har innvirkning blant annet på rehabiliteringsforløpet etter operasjon. *Fagplan for øyesykdommer* er under utarbeidelse. Rehabiliteringsbehov vil bli behandlet i planen. *Fagplan for øre-nese-hals sykdommer* er under utarbeidelse, den vil også omfatte rehabiliteringstilbud for hørselshemmende.

Regionen mangler også kompetanse innen rehabilitering av pasienter med annen kulturell bakgrunn. I den forbindelse er det viktig at det er økonomiske rammer som sikrer forutsigbarhet for tolketjenester.

5.1 Habilitering

Regional handlingsplan for habilitering er lagt fram høsten 2013. I mandatet for rehabiliteringsplanen var det opprinnelig forutsatt at den skulle omfatte både habilitering og rehabilitering, men dette viste seg å ikke være gjennomførbart. Det regionale fagnettverket for habilitering har på oppdrag fra Helse Nord RHF utarbeidet foreliggende regionale plan for habilitering, levert til Helse Nord RHF høsten 2013.

Planen foreslår at Helse Nord RHF etablerer et fagråd for habilitering, knyttet til Regionalt nettverk for habilitering. Det vises til at andre helseregioner har etablert en slik struktur.

Plangruppen har kartlagt diagnoser og aktivitetstall for habiliteringstjenester i Helse Nord. Tallgrunnlaget pr. nå er mangelfullt. Regionalt fagnettverk for habilitering vurderer at de kan videreutvikle fremstillingen til årlige rapporteringer for aktivitet (jf kap. 5.2.1.).

Det anbefales at Helse Nord utvikler felles prosedyrer for utredning og oppfølging for å sikre faglig kvalitet på tilbudet, samt oppretter en regional enhet for forskning og fagutvikling.

Det foreslås også å styrke regionalt kontornettverk for habilitering for å sikre god opplæring i koding og registrering, samt riktig bruk av prosedyrekodeverket (kap. 5.3.).

Det vises i planen til at Helse Nord RHF vurderer å styrke legebemanningen i habiliteringstjenesten i budsjett 2014. Planen viser til at dette forslaget er meget viktig å få gjennomført. Det er også krav fra HOD i oppdragsdokument for 2012 til Helse Nord RHF om å styrke legebemanningen i habiliteringstjenesten. Helse Nord RHF rapporterte i årlig melding for 2012 til HOD dette kravet som ikke gjennomført, og at vi vil følge dette opp i 2013.

Habiliteringsplanen foreslår å styrke regionale funksjoner for pasienter med utviklingshemming/ utviklingsforstyrrelse med store adferdsforstyrrelser og/eller psykiske lidelser. Det foreslås videre tiltak som skal styrke samarbeidet med fylkesmannsembetene om bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede, og tiltak for å forbedre samarbeidet mellom UNN HF og NLSH HF om utviklingshemmede som begår lovbrudd samt risikovurderinger.

5.2 Lungesykdommer

Det vises til handlingsplanen "Status og utfordringer innen lungemedisin i Helse Nord", (2011). Lungesykdommer har hatt vekst over de siste 10 år og særlig innen følgende områder: KOLS, lungekreft, fedmeepidemien, nevromuskulære sykdommer (MS, ALS), tuberkulose blant flyktninger /asylsøkere og eldre pasienter.

Astma behandles hovedsakelig i kommunen, men de med alvorlig og komplisert astma behandles i sykehusene. Flere av sykehusene har etablert lærings- og mestringskurs (astmaskole). Kursene bør arrangeres etter alder med barn, ungdoms og voksne kurs.

Lungerehabilitering har vist seg å være effektiv for pasienter med ulik grad av tungpustethet, og regelen er at lungerehabilitering bør vurderes for alle pasienter med symptomgivende kroniske lungesykdommer. Fagsammensetning i teamet varierer pga tilgjengelige ressurser.

Rehabiliteringsprogrammene for lungepasienter i Helse Nord er ved Helgeland Rehabilitering, Valnesfjord Helseportssenter og Skiboten Rehabiliteringssenter og har en varighet på 2-4 uker.

Lokalsykehusene bør kunne tilby kurs til astma og KOLS-pasienter og gjerne i samhandling med kommunene. Det må være tilbud om lungerehabilitering innenfor hvert helseforetak.

Kommunen bør ivareta LMS-kurs for astma og KOLS samt dagrehabiliteringstilbud. Det er et ønske fra spesialisthelsetjenesten om å kunne delta mer i veiledning og oppbygging av kommunale rehabiliteringstiltak, men pr. i dag er det ikke kapasitet til det. Økt samhandling med kommunen vil kunne minske presset på spesialisthelsetjenesten (KOLS-skole, tilrettelagt fysioterapi, ernæringsintervensjon mv).

5.3 Diabetes

Det foreligger pr. desember 2013 en revisjon av Helse Nords handlingsplan for diabetes 2008-2013. Planen har vært på høring, og er nylig oversendt Helse Nord RHF til videre behandling.

Fagråd for diabetes har evaluert handlingsplan for diabetes 2008-2013. Bortsett fra en ubesatt psykologstilling i Bodø er alle mål for bemanningsøkning nådd.

Målet for blodsukkerkontroll (HbA1c) er ikke nådd, blodtrykksbehandlingen ved diabetes type 1 vurderes som meget god, ved diabetes type 2 er den fortsatt ikke optimal. For noen prosessmål som undersøkelse av føtter og urin-albumin, er det akseptable resultat ved diabetes type 1, men ikke ved type 2. Opplysninger om undersøkelse hos øyelege er også mangelfulle, særlig ved diabetes type 2.

Måloppnåelsen for barn er meget god bortsett fra HbA1c-nivået. Når det gjelder kvaliteten på behandlingen i kommunehelsetjenesten er datagrunnlaget for dårlig til at man kan si noe sikkert om det. Det var heller ikke med noen målsetting for det i den opprinnelige planen.

Nye mål og strategier for diabetestilbudet i Helse Nord

Diabetesbehandlingen på sykehusene i Helse Nord er blitt bedre, men ikke optimal. Den store utfordringen ligger imidlertid i samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Kartlegging av kvaliteten på og omfanget av diabetesbehandlingen hos fastlegene er viktig for å vurdere hvilke forbedringstiltak som er nødvendige og hvor problemene er størst. Kvalitetsdata vil også gi kunnskap om i hvilken grad fordelingen av pasienter mellom nivåene er optimal. En av hovedutfordringene framover blir derfor å sette inn tiltak med tanke på dette. Fagrådet foreslår derfor blant annet opprettelse av to nye sykepleierstillinger som skal ha ansvar

for utarbeidelse og tilrettelegging av kurs i kommunene og for implementering av Noklus diabetesskjema på fastlegekontorene.

For å få mer utadrettet virksomhet og sikre tilstrekkelig bemanning ved diabetespoliklinikkken ved medisinsk avdeling NLSH foreslås en ny endokrinologstilling.

5.4 Revmatiske sykdommer

Det vises til Handlingsplan i Revmatologi 2008-2013 samt "Revmatologisk rehabilitering 2010 (oppfølging av Handlingsplan i Revmatologi 2008-2013, Helse Nord)

Fra Handlingsplanen: "Rehabilitering er en helt nødvendig del av behandlingen for pasienter med revmatisk sykdom, men tilbys kun til 6 % av regionens pasienter med inflammatorisk sykdom og i enda mindre grad til pasienter med artrose og bløtdelsrevmatisme. Alle private rehabiliteringsinstitusjoner angir ledig kapasitet. Dette må utnyttes slik at det gis et tilfredsstillende og differensiert rehabiliteringstilbud basert på dokumentert effekt i alle tre fylker i Nord-Norge."

I Norge er det 300.000 personer med revmatisk sykdom. Disse har behov for rehabilitering gjennom ulike faser av sykdomsforløpet. De store hovedgruppene er: Inflammatoriske revmatiske sykdommer (RA, JRA, bektrevs, psoriasis), ikke inflammatoriske sykdommer (artrose) og bløtdelsrevmatiske (fibromyalgi) som alle har fortsatt behov for rehabilitering. De siste årene har farmakologisk behandling av de inflammatoriske sykdommene påvirket behandlingen, men flertallet av pasientene med revmatisk sykdom vil ikke dra nytte av den biologiske behandlingen.

Rehabiliteringstilbudet har endret seg i Helse Nord ved at tilbudet er redusert i sykehus og bygd opp i de private rehabiliteringsinstitusjonene og spesialsykehus.

Valnesfjord Helsesportssenter er den eneste institusjonen i Helse Nord som tilbyr opphold for *barn med leddgikt*. De har ikke diagnosespesifikke opphold. Oppholdene har fokus på mestring av fysisk aktivitet. Disse barna kan også delta på temakurs som ridning, svømming med mer. Det er ønskelig at det tilbys egne kurs for barn med leddgikt da det er viktig å kunne møte andre i samme situasjon.

I forrige planperiode har det vært spesielt fokus på å tilby rehabiliteringsopphold for pasienter med inflammatoriske revmatiske sykdommer, og det finnes mange tilbud både i sykehus og i private rehabiliteringsinstitusjoner. En ser nå at gruppen ikke inflammatoriske og bløtdelsrevmatisme har et mangelfullt tilbud og bør prioriteres i neste planperiode. Pasienter med systemiske sykdommer som SLE, sclerodermi, vaskulitter og Sjøgren har også et mangelfullt rehabiliteringstilbud i dag. Noen pasienter får tilbud fra NRRK (Nasjonalt Revmatologisk Rehabiliterings- og Kompetansesenter). Dette gjelder pasienter med svært aggressiv sykdom med behov for

intensiv rehabilitering. Videre får ca 300 personer fra Nord-Norge innvilget behandlingsreise i utlandet pr år.

5.5 Geriatri

Antall eldre vil øke i årene fremover. For eksempel vil befolkningen i UNNs nedslagsfelt som er 75 år og eldre øke med 20 % de neste 10 årene. Frem til 2020 vil den største økningen komme i aldersgruppa 75-79 år. Sentralisering av yngre til byene bidrar til at andelen eldre i utkantstrøk øker.

Det antas at mer enn 50 % av de som får hjerneslag vil være over 80 år, forekomsten av ulike krefttyper øker blant eldre mens behandlingsmulighetene bedres, bedre seleksjonskriterier for kirurgisk behandling pga hjertesykdom vil øke etterspørselen mv. De eldres sykdomspanorama endres og vil sammen med demografisk utvikling medføre et økt behov for tilrettelagte geriatrike helsetilbud. Den medisinske og teknologiske utviklingen vil også spille en rolle.

Dagens situasjon

I Helse Nord har følgende enheter døgnerhabilitering innen geriatri: UNN Tromsø 7 senger, Områdegeriatrik team - Midt Troms (OGT-MT) 8 senger og Områdegeriatrik team Nord-Troms (OGT-NT) 6 senger.

UNN Harstad har rehabiliteringstilbud til alle uavhengig av alder. UNN (Tromsø, Harstad og Narvik), OGT MT og Nordlandssykehuset i Bodø har et poliklinisk tilbud.

Ambulerende team finnes i UNN Tromsø, Harstad og Narvik, samt OGT MT og OGT NT. De private rehabiliteringsinstitusjonene tilbyr diagnosespesifikke rehabiliteringstilbud til eldre pasienter.

Spesialisert geriatrik rehabilitering: Et fullverdig akuttgeriatrik behandlingstilbud krever tverrfaglig rehabilitering integrert i behandling både i tidlig sykdomsfase og senere i forløpet. Fagområdet spesialisert geriatrik rehabilitering trenger derfor nye avklaringer av arbeidsoppgaver, kompetansenivå, omfang og organisering.

Områdegeriatrike tjenester: Det drives i dag døgnerhabilitering, poliklinikk og ambulerende virksomhet, kompetanseoverføring, veiledning og rådgivning. OGT-ene samsvarer godt med føringene i samhandlingsreformen. Tverrfaglighet er geriatriens varemerke. Geriatrik spesialisthelsetjeneste har fokus på hele spektret av aldringssykdommer og funksjonssvikt til forskjell fra sammenlignbare spesialisttilbud som er mer organorientert.

Lærings- og mestringstilbud tilbys både i sykehus og i kommunen. Sykehusene bidrar faglig til pårørende skoler i kommunal regi og det bør videreutvikles innen demens og hjerneslag.

Fremover bør det være fokus på hvem som tilbyr hva på de ulike nivå, jf Samhandlingsreformen. For eksempel gir reformen føringer på at "vanlig rehabilitering" gradvis skal overtas av kommunene. Utvalgte pasienter vil kreve geriatrisk kompetanse utover det som kan tilbys i kommunehelsetjenesten, eksempler er personer m/atypisk demens, demens med vanskelig psykisk sykdom og eldre med spesielle behov for rehabilitering. Det bør sees på hvorvidt de områdegeriatriske teamene kan utvikles til også å kunne gi kompleks rehabilitering.

Den eldre pasient får tilbud om rehabilitering i sykehus enten i en geriatrisk avdeling, FMR-avdeling eller i private rehabiliteringsinstitusjoner, alt ettersom hva problemstillingen og funksjonsnivå er. I tillegg kommer det som kommunene tilbyr.

For mer utfyllende informasjon henvises til Regional handlingsplan for geriatri i spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge, som pr. desember 2013 er under behandling i Helse Nord RHF.

5.6 Nyresykdommer

Det vises til fagplanen "Nyreerstattende behandling i Helse Nord", (2011). Om lag 10 % av den norske befolkningen har kronisk nyresykdom. Noen av disse vil utvikle total nyresvikt og få behov for nyreerstattende behandling. Det kan gjennomføres enten som nyretransplantasjon eller dialysebehandling. Det er alminnelig godtatt at pasienten selv skal ha vesentlig innflytelse på valg av behandlingsform.

Antall pasienter med behov for nyretransplantasjon eller dialysebehandling øker kraftig. Dersom utviklingen fortsetter som nå vil antallet øke med ca 30 % fra 2010 – 2020. Behovet for dialysebehandling vil øke mest, ca 35 %. Fordi en er usikker på effekten av eldrebølgen er estimatene usikre.

Pasienter med behov for nyreerstattende behandling blir enten behandlet i sykehus eller hjemme, hvor oppfølging også kan foregå ved hjelp av telemedisinske løsninger. Det gjennomføres lærings- og mestringskurs eller skoler i forbindelse med oppstart av dialyse. Pasienter som får transplantert nyre behandles i all hovedsak ved Rikshospitalet. Det er ikke etablert egne rehabiliteringstilbud til denne gruppen verken i sykehus er eller ved private rehabiliteringsinstitusjoner.

Det er behov for LMS-tilbud i 3 ulike faser for denne gruppen. LMS-tilbud er etablert i Tromsø og Bodø, det er ønskelig å ha lokale LMS-kurs, nært pasienten. Det er viktig å tilrettelegge for rehabiliteringstilbud mens pasienten går i dialyse, dette har stor betydning for bedret livskvalitet.

6. Kvalitet, dimensjonering og funksjonsdeling

Faglig praksis både i helseforetak og ved de private institusjonene skal bygge på føringer i internasjonale og nasjonale kvalitetsdokumenter som "White Book on physical and rehabilitation medicine"⁴ og anerkjente retningslinjer som nasjonale retningslinjer for behandling av hjerneslag⁵.

For at tilbudene ved de private rehabiliteringsinstitusjonene skal bli et naturlig supplement til og påbygging av primærrehabilitering som er startet i sykehus, er det viktig at man sammen utvikler normer for kvalitet og er omforent om noen felles prosedyrer. Dette arbeidet bør ledes av fagråd for rehabilitering, i samarbeid med den regionale vurderingsenheten for rehabilitering - som vurderer og prioriterer henvisningene til de private rehabiliteringsinstitusjonene. Det bør være 2 møter hvert halvår hvor representanter fra avtaleinstitusjoner, avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering i foretakene og fagavdelingen i Helse Nord RHF deltar. Sentrale tema vil være rekruttering/kompetanse, volum på tjenester og behov for justeringer, endring/forbedring av henvisningsrutiner og venteliste. Den regionale vurderingsenheten bør også besøke alle avtaleinstitusjoner 1 gang pr år for å gå gjennom utfordringer i relasjon til ventelister og for å skaffe seg oppdatert kunnskap om lokale forhold som påvirker dette.

Helse Nord RHF har et etablert system for interne revisjoner. Interne revisjoner kan ved hjelp av spesielt tilpasset revisjonsteam gjennomgå både systemrettede og faglige forhold. På grunn av anbudssystemet og konkurranseforholdene må fagpersoner som skal delta i slike revisjoner komme fra andre regioner. Revisjonene bør gjennomføres av samme revisjonsteam både i sykehusavdelingene og på avtaleinstitusjonene.

Det er etablert et Nasjonalt nakke- og ryggregister ved de fysikalsk medisinske poliklinikkene i helseforetakene. Fysikalsk og rehabiliteringsmedisinsk poliklinikk ved UNN vil være i gang med å bruke registeret vinteren 2014.

Helseforetakene bør vurdere akkreditering av rehabiliteringsområdet.

FORSLAG TIL TILTAK

Tiltak	Tidslinje	Kostnad
Interne system- og fagrevisjoner gjennomføres både i helseforetak og ved de private rehabiliteringsinstitusjonene	2014 og 2016	Inngå i drift
Vurdere akkreditering av rehabiliteringsavdelinger i helseforetakene	2014-2016	Inngå i drift

⁴ <http://www.medicaljournals.se/jrm/content/?doi=10.2340/16501977-0028>

⁵ www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Hjerneslag

6.1 Det regionale rehabiliteringstilbudet

Etter plangrubbens oppfatning er tilstrekkelig kapasitet og høyspesialisert faglig kompetanse de viktigste forutsetninger for kvalitet innen spesialisert rehabilitering.

Økende andel svært komplekse pasienter og behov for en regional kompetanseoppbygging når det gjelder pasienter med spinalskader, gjør imidlertid at behovet for regionale senger estimeres til 10 svarende til 1 seng pr /50000 innbyggere. Den planlagte intermediære enhet vil dekke 4 av disse senger. Det anbefales for øvrig ingen endringer i eksisterende funksjonsfordeling mellom regionalt- og helseforetaksnivå.

Regionalt poliklinisk tilbud for CFS/ME er underdimensjonert i forhold til behov for tverrfaglig utredning. I 2012 og 2013 har det vært lange ventetider for pasientgruppen.

6.2 Døgnplasser i foretakene

Ved analyse av dagens situasjon fremkommer store variasjoner i antall døgnplasser mellom foretakene. Nordland, som har halvdel av befolkningen i Helse Nord, har langt færre rehabiliteringssenger enn Troms. Finnmark har også lavere dekningsgrad enn Troms.

I handlingsplan for rehabilitering fra 2004 anslås et behov for en lokalsykehusseng til rehabilitering pr 5000 innbyggere. Dette tilsvarer 94 senger i regionen, mot de 64 senger som da var etablert

I perioden fra 2004 til 2012 er antall døgnplasser ikke økt slik handlingsplanen anbefalte, derimot er 9 døgnplasser lagt ned. Dette skyldes følgende forhold:

- Ved UNN HF ble 5 senger nedlagt i 2009 da aktiviteten ved Mellomveien Bo og rehabilitering flyttet sin virksomhet inn i sykehuset i Breivika. Det ble i stedet åpnet 4 nye senger ved UNN Harstad (- 1 seng)
- Ved NLSH Bodø var det i 2004 4 senger. Disse er ikke i drift i 2012 (-4 senger)
- Ved Helgelandssykehuset er det en endring fra 12 til 6 senger. Disse sengene ligger ikke i sykehuset, men i Sømna, noe som begrenser bruken i subakutt fase.

De geriatriske rehabiliteringssengene ved UNN Tromsø er redusert fra 11 til 7. Selv om flere av foretakene har konkrete planer om økt antall døgnplasser, ligger dette fra 4 -8 år fram i tid.

Tabell 6. Innbyggere pr. døgnplass i de ulike HF fram til 2018. Tabellen er korrigert for forventet befolkningsvekst i perioden.

	Befolkning	Døgnplass 2012	Innbyggere/ døgnplass 2012	Planlagt økning døgnplass fram til 2018	Innbyggere /døgnplass 2018
Helse Finnmark	73417	6	12236	3	8406
UNN basistilbud	185000	23	7826	0	7956
Nordlandssykehuset	133645	13	10280	3	8602
Helgelandssykehuset	76189	6	9523	0	9523
Gjennomsnitt basistilbud			10760		8621
Regionalt tilbud UNN	468251	5	93651	4	53061

Det bemerkes at i dette overslag ikke er korrigert for stengning i jul og sommerferie, hvilket medfører at den reelle tilgjengelighet for rehabilitering / innbygger er lavere enn hva som framgår av tabell. Kun regionalt tilbud på UNN er åpent hele året. For alle øvrige avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Nord, vil feriestegning redusere kapasiteten med omlag 10 %.

Det er ingen nasjonal norm for antall døgnplasser til spesialisert rehabilitering pr innbygger. Forslag i denne handlingsplanen er basert på erfaringstall fra de etablerte avdelingene i regionen. Det foreslås at man som minstestandard tilstreber 1 døgnplass pr 7000 innbyggere i lokalsykehusområdet for foretakene. Foreslått reduksjon i norm sammenlignet med anbefaling fra 2004 er en følge av økning av kommunalt ansvar for rehabilitering.

Sammenlignet med plantall fra 2004 innebærer bruk av denne norm en nedgang fra den gang beregnet behov på 94 plasser til 68 døgnrehabiliteringsplasser i sykehus i Helse Nord.

I 2012 er det 53 døgnplasser på helseforetaksnivå. I tillegg til økningen på 4 senger på regionalt nivå er det planlagt 6 nye rehabiliteringsplasser de neste 6 år. Av disse er kun 3 er i en avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering. Utviklingen framover med økende befolkning, nye diagnosegrupper med rehabiliteringsforventninger og behov og flere eldre tilsier en videre økning av døgnplasser etter 2018

Døgnplasser i sykehus skal i all hovedsak forbeholdes primærrehabilitering som bør initieres så tidlig som mulig.

6.3 Poliklinisk virksomhet

Det bør være et rehabiliteringsmedisinsk poliklinisk tilbud i alle foretak. Tilbudet bør organiseres som en tverrfaglig poliklinikk hvor relevante legespesialister (FMR, nevrolog, geriater), nevropsykolog og tverrfaglig personell (for eksempel fysio- og ergoterapeut, rehabiliteringssykepleier, vernepleier) arbeider tett sammen om

kartlegging og iverksetting/oppfølging av tiltak. Både pasienter som lever med følgetilstander etter traumatiske hodeskader, hjerneslag, amputasjoner og andre komplekse funksjonsutfall bør jevnlig få tilbud om kontroll og evt. korrigerende tiltak. Det vil bidra til at kvaliteten på det tilbud kommunehelsetjenesten gir sikres og heves. Rehabiliteringspoliklinikken bør, evt. sammen med ambulante rehabiliteringsteam også organisere avtalefestet veiledning til kommunene i lokalsykehusområdet i henhold til krav i Samhandlingsreformen.

6.4 Ambulant virksomhet

Overføring av kompetanse og veiledning er sentrale momenter i den ambulante arbeidsformen. Kravet til samhandling og ønsket overføring av oppgaver fra sykehus til kommuner vil i kommende år øke behovet for at spesialisthelsetjenesten reiser ut til pasienters hjemkommune. De ambulante teamene bidrar i å tilrettelegge for utskriving og følge opp rehabiliteringspasienter som trenger lang og omfattende bistand fra kommunehelsetjenesten. Nye utredninger og kartlegging for korrigerende tiltak kan gjennomføres ambulant der hvor det ikke er hensiktsmessig med sykehusinnleggelse eller poliklinisk konsultasjon. Ambulante team må finnes i alle foretak og være dimensjonert for å møte krav om økende ambulant tjeneste. Teamene må ha tilstrekkelig komplementær kompetanse og bestå av minimum 4 faggrupper med relevant helsefaglig høyskoleutdanning, og familie-/nettverkskompetanse samt arbeidsrelatert kompetanse. Det må også være fast organisatorisk tilknytning til relevant legespesialist og nevropsykolog. Foretak med høyt befolkningsgrunnlag, og/eller som dekker store geografiske områder, bør bemanne teamene utover minimumsnivå.

Tabell 7. Ambulante team. Antall stillinger på foretaksnivå og befolkningsgrunnlag

Helseforetak	Antall team	Stillinger totalt	Befolkningsgrunnlag	Innbygger pr stilling
Helse Finnmark HF	1	4	73 417	18345
UNN HF	2	6+3	185 000	20555
Nordlandssykehuset HF	3	8,75	133 645	15273
Helgelandssykehuset HF	1	2	76 189	15237

6.5 Faglige krav til behandlingstilbudene

Team med 6 faggrupper er særlig hensiktsmessig i nevrorehabilitering, hvor faglig bredde øker kvalitet både i utredning og behandling.

UNN HF i Harstad og Tromsø fyller kravene for å kunne gi kompleks rehabilitering. Helse Finnmark har fått ansatt spesialist høsten 2013, og kan nå tilby kompleks rehabilitering.

Helgelandssykehuset har 2 legespesialister, men ikke øvrig tverrfaglig bemanning eller struktur på døgntilbudet for kompleks rehabilitering. Planlegger etablering av både vanlig og kompleks rehabilitering.

Nordlandssykehuset har p.t. lavest dekning av rehabiliteringssenger. NLSH har ansatt 2 fysikalskmedisinere ved FMR, Bodø. FMR drives i form av tverrfaglig poliklinikk og dagtilbud.

FMR har tverrfaglig team med 6 faggrupper. Nordlandssykehuset, Vesterålen, planlegger rehabilitering av slagpasienter og evt. andre i medisinsk sengepost i Vesterålen fra 2014. Det ligger 8 rehabiliteringssenger i planene for sykehuset i Bodø fra 2017/2018. Disse vil være samorganisert med nevrologi og revmatologi og slik ikke definisjonsmessig være egen sengeavdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering.

Plangruppen anbefaler en avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering i alle helseforetak.

Organiseringen bør sikre optimal tverrfaglig samhandling med eksempelvis felles ledelse og faste møtepunkter. Lokaliseringen bør være i geografisk avgrenset område inne i lokalsykehuset, samt ha utstyr og størrelse utover standard pasientrom som tilsvarer pasientgruppens kompleksitet, ref SINTEF's standard. Ved bygging av nye arealer for døgnbasert rehabilitering bør det sikres at treningskjøkken, arealer for ergo- og fysioterapi og behandlingsrom for logoped er i umiddelbar nærhet.

For å sikre robuste fagmiljø bør alle avdelinger, også på lokalsykehus, ha minimum 2 overlegehjemler. Det bør også stilles krav om at avdelingene har en gitt andel av øvrige tilsatte med spesialutdannelse.

Når det gjelder døgntilbud har arbeidsgruppen valgt å legge minimumstall fra nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag til grunn. Her anbefales det: 1,5-2 sykepleiere pr seng, 1 legespesialist pr 5 senger, 1 ergoterapeut og 1 fysioterapeut pr 5 senger, 1 nevropsykolog og 1 logoped pr 10 senger. Avhengig av pasientgruppens kompleksitet, vil det imidlertid kunne være nødvendig å øke enkelte normtall, særlig for sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut.

Anbefalt fagsammensetning i basistilbud

- Turnuspersonell – pga økende kompleksitet tilrås sykepleiere døgkontinuerlig i denne type stillinger
- Legespesialister (FRM, nevrolog, geriater)
- Leger I Spesialisering (LIS)
- Ergoterapeut
- Fysioterapeut
- Logoped
- Nevropsykolog
- Synspedagog

I tillegg bør det være avtale om tilgang på tjenester fra sosionom, vernepleier og klinisk ernæringsfysiolog.

Basistilbudet innen rehabilitering på lokalsykehusnivå ytes som døgntilbud, polikliniske konsultasjoner, ambulante tjenester, og lærings- og mestringstilbud.

Alle avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering skal kunne tilby følgende tjenester:

- Diagnostisering og utredning av medisinske problemstillinger, fysisk funksjon, kognitiv funksjon, språk/kommunikasjon, nevrologiske synsvansker, svelgfunksjon, emosjonelle vansker, spastisitet.
- Komplekse førerkortvurderinger
- Spesialisert trening, oppøving av funksjon og ulike individuelle ferdigheter
- Intensiv trening
- Tilrettelagt opplæring
- Bearbeiding av endret livssituasjon og krisearbeid
- Oppfølging av pårørende
- Tilpasning av tekniske hjelpemidler, boligendringer
- Råd, veiledning og samhandling med kommunen
- Bistå ved utarbeidelse av individuell plan og etablering av koordinatorfunksjon

6.6 Lærings- og mestringssentrene

Styret i Helse Nord RHF godkjente i møte 27.9. 2012 Strategisk plan for pasient- og pårørendeopplæring i Helse Nord. Pasient- og pårørendeopplæringen skal inngå i pasientforløpet til rehabiliteringspasienter, og er sentralt i samhandlingen med kommunene. Målet er å bidra til at pasienter og pårørende får hjelp til å mestre hverdagen. Planen inneholder tiltak innen områdene pasientforløp, samhandling, brukermedvirkning, helsepedagogisk kompetanse og kvalitet.

Planen omhandler primært virksomheten i lærings- og mestringssentrene (LMSene). Den samlede virksomheten i Helse Nord innen pasient- og pårørendeopplæring er langt mer omfattende.

Den største pasientgruppen for LMS-ene er diabetes. Andre store fagområder er blant annet kreftsykdommer, astma/allergi, mage-/tarmsykdommer, nevrologiske lidelser, revmatisme, KOLS, hjertesykdommer og sykkelig overvekt.

6.7 Private rehabiliteringsinstitusjoner

For å sikre fremtidig gode og kvalitative tjenester ved de private institusjonene er det viktig å inngå langsiktige avtaler som gir forutsigbarhet for pasienter og fagpersonell. Dagens lengde på avtalene er problematisk i forhold til å sikre forutsigbarhet og betingelser som gjør det mulig å både utvikle bygg og anlegg, sikre rekruttering og god kompetanse, etablere gode samhandlingsstrukturer og gi forutsigbare og helhetlige pasientforløp. For korte avtaleperioder gir utfordringer med tanke på rekruttering av viktig kompetanse og lånemuligheter ved behov for investeringer.

Lengre avtaleperioder må ikke hemme fleksibilitet i fagfeltet, men inngås på slik måte at regionen til enhver tid får dekket sine behov for rehabiliteringstjenester. Denne fleksibiliteten vil være ekstra viktig fremover, i en periode der kommunene skal bygge opp kompetanse på rehabiliteringsfeltet. Reformen vil kunne endre behovet for tilbud til ulike pasientgrupper, noe spesialisthelsetjenesten må sørge for å tilpasse seg.

For å sikre gode og robuste fagmiljøer ved de private institusjonene, må kapasiteten utnyttes. Redusert kapasitetsutnyttelse gir dyre døgnpriser ved at faste kostnader skal fordeles på færre døgn, uhensiktsmessige drift og reduserer muligheten for utvikling av institusjonene. Øket volum på avtalene vil bidra til mer robuste og sterke fagmiljø, bedre rekruttering og vil styrke kvaliteten på tjenestene. Full utnyttelse av kapasiteten ved dagens institusjoner vil hindre gjestepasienter ut av regionen og medfører god pasientbehandling i nærheten av der folk bor og reduserte kostnader for Helse Nord.

De private institusjonene er positive til "fritt rehabiliteringsvalg" knyttet til de private institusjoner. I en slik ordning må institusjonene opparbeide seg omdømme basert på kvalitetsvurdering fra øvrig helsevesen, pasientenes opplevde kvalitet, nytte/effekt, service, miljø m.m. Dette vil stimulere til øket konkurranse og bidra til ytterligere kvalitets- og omdømmesatsning og til gode pasienttilbud.

FORSLAG TIL TILTAK

Tiltak	Tidslinje	Kostnad
	2014-2020	
Sikre bemanningsprofil og kompetanse i døgnhetene Overleger: 1 pr 5 senger LIS: 1 pr 7 senger Fysioterapeuter: 1 pr 5 senger Ergoterapeuter: 1 pr 5 senger Logoped: 1 pr 10 senger Nevropsykologer: 1 pr 10 senger Sykepleiere minimum 1,5 pr seng	2014 2016 2018	I overlegestilling i Harstad Overlegestilling intermedier enhet Overlegestilling Kirkenes
Rehabiliteringsmedisinske poliklinikker i alle foretak	2014/2015	500.000
Øke omfanget av ambulant rehabilitering	2014-2016	3 stillinger i Helse Nord
Minimum å opprettholde kapasiteten i de private rehabiliteringsinstitusjonene i regionen, og utnytte ledig kapasitet i dagens døgnbaserte rehabiliteringstilbud.	2014	Reduserte gjestepasientutgifter
Etablere langsiktige avtaler med de private rehabiliteringsinstitusjonene som legger vekt på fleksibilitet i tilbud. Nye avtaler må følge opp nasjonale og regionale føringer i forhold til pasientgrupper som skal styrkes i spesialisthelsetjenesten	2015	
Flere av de private rehabiliteringsinstitusjoner må kunne tilby "kompleks rehabilitering" og det må settes krav til kompetanse og systemer for å sikre dette.	2015	
Ved utlysning av nye anbud bør faglig kvalitet ses på i en helhetsvurdering, der også de private kan bidra med kompetanse på områder som utredning/funksjonsvurdering, poliklinikk, dagtilbud, døgntilbud og veiledningsoppgaver.	2015	
Samarbeid mellom RHF og de private rehabiliteringsinstitusjonene på områder som kan utvikles ved hjelp av nasjonale og regionale stimuleringsmidler	2014-2016	

7. Tiltak for pasientgrupper som er særlig omtalt i planen

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten foregår både i sykehusavdelingene for fysikalsk medisin og rehabilitering og ved rehabiliteringsinstitusjoner. Rehabilitering er også et viktig ledd i pasientforløpet for pasienter som behandles innen geriatri, ved medisinske avdelinger, i habiliteringstjenesten, hjerte- og lungeklinikker, revmatologi m.v. i helseforetakene. Rehabilitering av disse pasientgrupper blir omtalt i kapittel 4.

I dette kapitlet omtales tiltak for pasientgrupper som primært ivaretas av avdelingene for fysikalsk medisin og rehabilitering. Dette er kjernekompetansen i fagråd for rehabilitering, som har utarbeidet denne handlingsplanen.

Rehabilitering for kreftpasienter er også omtalt i dette kapitlet. Rehabilitering for denne pasientgruppen ivaretas ved mange ulike avdelinger i sykehusene/foretakene.

7.1 Pasienter med spinalskade

Spinalskader skyldes traume eller sykdom. Primærrehabiliteringen skjer ved St. Olavs Hospital i Helse Midt. Tendensen over tid er at andelen unge med traumatisk skade avtar, mens forekomsten hos eldre øker. Tverrsnittslesjoner som følge av maligne lidelser øker. Pasientforløpet er komplisert, særlig fordi pasienter ofte må vente på plass for å kunne starte primærrehabilitering i Helse Midt. Noen pasienter, særlig eldre, har annen sykdom som kan vanskeliggjøre overføring til spinalenhet. Det finnes heller ikke noe enhetlig etablert system for oppfølging av pasienter etter primærrehabilitering.

For å forbedre tilbudet til denne pasientgruppen, foreslår plangruppen at UNN Tromsø får i oppdrag å bygge opp kompetanse vedrørende spinalskader. Kompetansen bør forefinnes både på døgnenhet og i ambulante team. Hospitalisering av akutte spinalskader i overgangsfase bør fortrinnsvis finne sted i Tromsø.

Pasienter med spinalskader er fåtallige, men har komplekse pasientforløp som krever god organisering på alle nivå i helsetjenesten.

Det har tidligere vært tilbud til denne pasientgruppen ved de private rehabiliteringsinstitusjonene, dette vil bli vurdert tatt inn igjen i neste avtaleperiode fra 1.1.15.

FORSLAG TIL TILTAK

Tiltak	Tidslinje	Kostnad
Bygge opp kompetanse om spinalskader på regionalt nivå	2016	Inngå i drift
Etablere tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner	2015	Inngå i drift

7.2 Kreftpasienter

Hver tredje nordmann rammes av kreft. Høyere forekomst, forbedret diagnostikk og bedre behandlingsalternativer har ført til at flere blir friske eller lever lenge med sin kreftsykdom.

Kreftforeningen har gjennomført en kartlegging blant pasienter behandlet for kreft, og ca 25 % av disse anga et stort behov for flere typer rehabilitering. Det foreligger imidlertid ingen retningslinjer for hvilke kreftpasienter som bør få tilbud om rehabilitering i Norge. Rehabiliteringsmiljøene mangler også kompetanse på følgetilstander etter kreftbehandling og langtidsvirkninger, og det mangler kartlegging av hvilke typer tilbud som bør etableres, og på hvilket nivå. Det mangler også dokumentasjon for hvilke typer tilbud som har effekt. Dagens system for avtaleforløp mellom Helse Nord og de private rehabiliteringsinstitusjoner gir liten mulighet for en langsiktig satsning for å bygge kompetanse og utvikle gode tilbud. Det er heller ikke lik geografisk adgang til etablerte tilbud i regionen. Kreftrehabilitering må organiseres på nye måter og i langt større skala enn i dag.

I Tyskland er det lovfestet rett til rehabilitering etter behandling for kreftsykdom. I England har Nasjonal Cancer Survivorship initiativ (NCSI) i 2010 delt pasienter i tre grupper:

- Pasienter med begrenset behov for enkelte støttetiltak 70 %
- Pasienter med behov for utredning, rehabilitering og oppfølging i spesialisthelsetjeneste eller kommunehelsetjeneste 25 %
- Pasienter med komplekse og sammensatte rehabiliteringsbehov som krever tverrfaglig rehabiliteringsinnsats i spesialisthelsetjeneste 5 %

Ved å bryte ned nasjonale tall for kreftforekomst og kreftoverlevelse er det ca 2700 personer i regionen som årlig får en kreftdiagnose og ca 20 000 personer har eller har hatt kreftdiagnose. Dersom man legger de engelske beregninger av rehabiliteringsbehov til grunn, vil ca 6000 personer ha behov for rehabilitering. Av disse vil om lag 1000 personer i Helse Nord årlig ha behov for tverrfaglig rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Tidlig rehabilitering av kreftpasienter skal fortsatt foregå i spesialisthelsetjenesten, men mye av den senere rehabiliteringen skal skje i kommunehelsetjenesten. Rehabilitering av kreftpasienter starter ved diagnosetidspunktet, involverer flere aktører og er en prosess som kan gå over år. Dette gjør samarbeid på tvers av nivå og etat er spesielt viktig. Fysisk aktivitet spiller en viktig rolle i hele forløpet.

I Helse Nord har kreftrehabilitering vært satsningsområde siden 2008, og det er iverksatt en rekke tiltak siden da. Det gjennomføres regionale tverrfaglige kompetanseprogram innen kreftrehabilitering. De ambulante team har hatt økt fokus på

pasienter med behov for kreftrehabilitering. Det er opprettet regionalt fagnettverk for kreftrehabilitering, som gjennomfører årlig konferanse for fagutvikling innen kreftrehabilitering. Det er gjennomført syv prosjekter innen kreftrehabilitering i eller i samarbeid med de private rehabiliteringsinstitusjoner. Helse Nord har inngått avtale om tilbud om kreftrehabilitering med to private rehabiliteringsinstitusjoner. Det er påbegynt et samarbeid mellom kreftavdelinger, kreftpoliklinikker, barneavdelinger, ambulante rehabiliteringsteam og Kreftforeningen for å få til bedre forløp for barn og unge med kreftdiagnose. Det er gjennomført et prosjekt i regi av Kreftforeningen med fokus på individuell plan som rettighet også for kreftpasienter. Det er også opprettet Vardesenter på UNN og NLSH i samarbeid med kreftforeningen.

FORSLAG TIL TILTAK

Tiltak	Tidslinje	Kostnad
Regionale retningslinjer for behandling av kreft får eget kapittel om rehabilitering av kreftpasienter	Umiddelbart	Ingen
Antall rehabiliteringsplasser for kreftpasienter bør økes i de private institusjonene	Fra 2015	
Det bør avsettes egne midler til informasjonstiltak for kreftrehabilitering	2014- 2017	kr 50 000 pr år
Gjennomføre prosjekt ved hvert HF med deltakelse fra kommuner/fastleger for å integrere og forankre rehabiliteringstiltak i pasientforløp og tiltakskjeder	2014	Inngå i drift
Gjennomføre et regionalt pasientforløpsprosjekt i samarbeid med PRI for å konsolidere/videreføre tilbud som er bygget opp med nødvendig geografisk spredning og fokus på tilpassede tilbud til barn og unge.	2014	Inngå i drift
HF'ene må etablere egne tilbud i LMS-regi for pårørende til kreftpasienter	2014-2015	Inngå i drift
Regionale tverrfaglige kompetanseprogram i kreftrehabilitering skal rulleres med to semestre annet hvert år	2014 – 2017	kr 100 000 pr år
Årlig fagutviklings- og samhandlingskonferanse for kreftrehabilitering for sykehus, kommuner og PRI i regi av regionalt fagnettverk.	2014 – 2017	kr 50 000 pr år

7.3 Pasienter med kognitiv svikt

Mange pasienter har kognitiv svikt som følgetilstand etter traumatisk hodeskade og hjerneslag. Noen har også progredierende kognitiv svikt som følge av nevrodegenerative lidelser eller malignitet. Kognitiv svikt er ofte kombinert nevrologiske utfall som pareser og sansedefekter.

Denne handlingsplanen omhandler ikke pasienter med kognitiv svikt som følge av demens.

Pasienter med alvorlig kognitiv svikt vil få primærrehabilitering på sykehus, gjerne på regionalt nivå. Videre rehabilitering skjer ofte på lokalsykehus og i private rehabiliteringsinstitusjoner.

I Nord-Norge er det omlag 1500 hjerneslag i året. Av disse vil 30 % (450 pasienter) ha behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Frekvensen av hjerneslag forventes å øke med 50 % de kommende 20 årene (Fremtidens helsetjenester, Regjeringen.no)

Det er ca 30 tilfeller av alvorlig traumatisk hodeskade/multitraumer hvert år i vår region. Mange vil få skader som er langvarig eller livslange. Disse pasientene vil ha omfattende behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten i form av innleggelse, polikliniske konsultasjoner og ambulant rehabilitering.

Konsekvensene av ervervet hjerneskade er ofte komplekse og sammensatte og påvirker familieliv, jobb/utdanning og sosiale funksjoner. Erfaringsmessig gis ikke dette nok oppmerksomhet i kontakt med helsevesenet. Pasienter med kognitiv skade mangler et etablert poliklinisk tilbud for fortløpende vurdering av rehabiliteringsbehov.

Kommunene etterspør også veiledning og ambulant oppfølging i seinfase i forhold til denne problematikken. Personer som lever med kognitiv svikt profiterer på mulighet til økt kunnskap og bevisstgjøring gjennom spesialtilpassende lærings- og mestringskurs.

FORSLAG TIL TILTAK

Tiltak	Tidslinje	Kostnad
Pasienter med kognitiv svikt må følges opp med planlagte kontroller på rehabiliteringspoliklinikk i samarbeid med kommunehelsetjenesten	2014-2017	Inngå i drift
Det må utvikles tilstrekkelig omfang av ambulante tjenester i alle helseforetak som skal ha et særlig ansvar for koordinering av tilbud til pasientene	2014-2015	Inngå i drift
Etablering av gruppetilbud for pasienter med kognitive seinskader ved PRI	2014-2015	Inngå i drift

7.4 Pasienter med ervervet hjerneskade og rus- / psykiske tilleggproblemer

Pasienter med ervervet hjerneskade er en gruppe som ofte utvikler psykiske vansker av å leve med sin kroniske sykdom eller skade. Det er stor selvmordsfare knyttet til det å leve med hjerneskade (Leon-Carrion et al., 2001; Oquendo et al., 2004; Teasdale & Engberg, 2001b). Teasdale & Engberg (2001b) viser at selvmordsfaren er til stede i alle år etter skaden.

En prospektiv studie fra Østlandet (Andelic, N, Jerstad, T & al 2010) viser at 47 % av hodetraumepasientene, var ruspåvirket, og 26 % hadde et rusproblem før ulykken. Det er gjensidige relasjoner mellom hodeskader og rusproblematikk, som har vidtrekkende konsekvenser for rehabiliteringsprosessen. Det er også data som tyder på at personer med udiagnostiserte milde hodeskader har høyere risiko for å utvikle atferdsforstyrrelser og rusproblemer.

Det er i dag lite eller ingen samhandling i spesialisthelsetjenesten mellom psykiske og somatisk helse knyttet til pasienter med somatisk sykdom og psykiske vansker/rusproblematikk. Dette er et felt med mange utfordringer, som med fordel kan møtes med kompetanse både fra psykisk helsevern og somatiske helsetjeneste. Ambulante team vil være en viktig medspiller overfor denne pasientgruppen.

FORSLAG TIL TILTAK

Tiltak	Tidslinje	Kostnad
Foretakene oppretter samarbeidsprosjekt mellom rus/psykiatri og somatisk helse for å utvikle samarbeidsformer rundt pasientgrupper med somatiske og psykiske vansker/rusproblemer	2014	Inngå i drift
Etablere et poliklinisk oppfølgingstilbud i samarbeid mellom rehabiliteringstjeneste og rus- og psykiatrisk tjeneste	2014-2015	Inngå i drift
Utarbeide informasjonsbrosjyrer om senskader etter ervervet hjerneskade	2014	

7.5 Pasienter med CFS/ME

Det er oftest unge personer som rammes av CFS/ME. Mange er rettighetspasienter for prioritert utredning i spesialisthelsetjenesten. I Helse Nord er det Rehabiliteringsklinikken ved UNN som har det regionale utredningsansvaret for voksne. Utredningen gjøres etter anerkjente kriterier og metodisk tilnærming. For mange vil utredning hos fastlegen være tilstrekkelig.

Tilfanget av henvisninger til UNN har etter oppstart (2010) vært økende, men har i løpet av 2013 stagnert. Årsaken er at det har skjedd en betydelig kunnskapsøkning hos fastlegene om CFS/ ME, samt systematisk informasjonsarbeid fra poliklinikken i Rehabiliteringsklinikken. Dette har ført til at det nå er de yngste pasientene som prioriteres til utredning i UNN. Det gjelder de pasientene hvor det er diagnostisk usikkerhet og/eller komplekse problemstillinger, etter at utredningen hos fastlegen er avsluttet.

Det er etablert et diagnosespesifikt lærings- og mestringstilbud på UNN. Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad har et gruppetilbud for personer som har fått diagnosen CFS/ME. Nordlandssykehuset har et lærings- og mestringstilbud for barn og unge med kronisk utmattelsessyndrom og deres familier. Valnesfjord Helseportssenter kan ta inn barn og unge med etablert diagnose innen ytelsen "intensiv trening i grupper" sammen med barn/unge med andre problemstilling her. Helgelandsykehuset har etablert et utredningstilbud i prosjekt Raskere Tilbake.

Pasientgruppen bør prioriteres i planperioden gjennom å bevilge mer ressurser til de etablerte utredningstilbud for å kunne redusere ventetid og hindre fristbrudd. Behov for behandlingsplasser må monitoreres. Foreløpig er behovet uavklart.

For noen av de svakeste pasientene kan det være ønskelig med bistand fra ambulante team.

FORSLAG TIL TILTAK

Tiltak	Tidslinje	Kostnad
Sikre tilstrekkelig regional utredningskapasitet	2014-2017	2,5 mill kr årlig
Etablere LMS-tilbud for pas.gruppen ved alle foretak	2014	Inngå i drift
Styrke kompetansen i de ambulante team i foretakene for å bistå kommunehelsetjenesten	2014	Inngå i drift
Øke antall plasser ved Private rehabiliteringsinstitusjoner i særdeleshett for unge/barn	2015	Inngå i avtaleprosessen

7.6 Tilbud til barn som trenger langsiktig rehabilitering

Det er ikke etablert et formelt rehabiliteringstilbud i regionen for barn som har gjennomgått store skader eller omfattende behandling for somatisk sykdom som har medført funksjonsnedsettelse. I praksis kommer disse barna til Barneavdelingen ved UNN via den nevrokirurgiske regionale funksjonen og gjennomgår kompleks rehabilitering, som er meget ressurskrevende både kompetansemessig og økonomisk.

I Helsedirektoratets kartlegging fra 2009 bekreftes det at det også på nasjonalt nivå finnes få tilbud til barn med rehabiliteringsbehov. Det er heller ingen tilgjengelig oversikt over omfang av barn med langsiktige rehabiliteringsbehov.

Erfaringsmessig mottas 4-5 barn med alvorlig hodeskade på UNN pr år og disse gis et tverrfaglig rehabiliteringsopphold med en varighet fra ca 3-6 måneder på Barneavdelingen i subakutt fase. (har skjedd 1 gang og er ingen regel) Disse barna følges opp poliklinisk i alle fall gjennom første år etter utskrivelse. Det er allikevel behov for at det langsiktige rehabiliteringstilbudet til barn blir bedre organisert og mer strukturert og forutsigbart. I dag søkes barn som trenger oppfølgingstilbud og rehabilitering pga kognitiv svikt og fysiske funksjonsnedsettelse til opphold utenfor regionen, selv om det allerede er institusjoner i regionen som har utviklet noen tilbud til barn etter anerkjent pediatriske og pedagogiske prinsipper. Valnesfjord Helse- og rehabiliteringssenter og RNNK er CARF-certifisert for med.rehabilitering til barn og unge. Rehabiliteringsopphold bør også kunne tilbys til barn i alle aldersgrupper og som også har pleiebehov.

Habiliteringstjenestens rolle overfor barn med rehabiliteringsbehov pga ervervet skade/sykdom er pr i dag ikke avklart. Habiliteringsavdelingene har ikke døgnkontinuerlig drift, dette gir noen begrensninger for deres tilbud til denne pasientgruppen.

FORSLAG TIL TILTAK

Tiltak	Tidslinje	Kostnad
Etablere 1-2 differensierte tilbud om langtidsrehabilitering for barn etter alvorlig sykdom/skade ved PRI	2014-2016	Inngå i avtaleprosessen
Avklare habiliteringstjenestens rolle overfor barn med ervervet skade	2014-2016	

8. Samhandlingsreformen


8.1 Ansvars- og oppgavedelingen mellom Helse Nord, rehabiliteringsinstitusjonene og kommunene

IS-1947 "Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet" (Helsedirektoratet, 2012) er faglig premiss for fordeling av rehabiliteringsoppgaver mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er kjennetegnet av at pasienten har behov for spesialisert kompetanse, kompleksitet, og intensitet i rehabiliteringsprosessen i større grad enn det som er mulig for kommunene å tilby. Økende alvorlighetsgrad og funksjonsutfall forutsetter spesialisthelsetjenestens kompetanse. Kompleksitet hos en pasient er ikke diagnosespesifikt og kan innebære ulike tilstander og komplikasjoner som samlet sett gir store utfordringer. Intensitet defineres som behov for oppfølging/funksjonstrening mange timer daglig over mange døgn.. Spesifikk og generell funksjonstrening har best effekt ved intensive og repetitive treningsøkter

IS-1947 anbefaler at spesialisthelsetjenesten/private institusjoner fortsatt skal ivareta nevrologi (hjerneslag, spinalskader, hodeskader, MS, CP), hjerte, lunge, amputasjoner, multitraumer, kreft og sjeldne diagnoser. Plangruppen slutter seg til disse prinsipp om arbeidsfordeling.

Denne figuren er hentet fra IS-1947, og er egnet som vurderingsgrunnlag for hva som er kommunenes og spesialisthelsetjenestens ansvarsområder:

Kommunehelsetjeneste	 Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.	Spesialisthelsetjeneste
Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø?		Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for kompleksitet?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for intensitet?

8.1.1 Helseforetak - private institusjoner

Pasienter i subakutt fase med behov for medisinsk oppfølging, uavklart prognose eller bistandsbehov skal ha rehabilitering på helseforetaksnivå. I særlig grad gjelder dette pasienter som har behov for samtidig oppfølging eller fortsatt diagnostikk fra flere ulike medisinske spesialiteter.

Private rehabiliteringsinstitusjonene har sin betydning etter den akutte fase.

Institusjonene er naturlige samarbeidsparter og representerer nødvendig supplement i forhold til kompetanse, fasiliteter og helhetlige tilbud i rehabiliteringsforløpet.

Ambulante team og rehabiliteringsmedisinske poliklinikker gir faglig tilbud til utvalgte pasienter med komplekse behov i alle faser.

8.1.2 Private institusjoner - kommunehelsetjenesten

De private rehabiliteringsinstitusjoner gir fortrinnsvis tilbud om sekundær rehabilitering, men gir også primærrehabilitering av enkeltstående pasientgrupper som nyopererte ortopediske pasienter, subakutt hjerneslag og etter bløtdelsoperasjoner. For pasienter som profiterer på gruppetilbud er private rehabiliteringsinstitusjoner å foretrekke. Gruppeinntak gir også mulighet for likemannsarbeid og relasjoner utover egen kommune.

I IS-1947 anbefales at kommunene i større grad overtar pasienter med slitasjegikt og livsstilsproblematikk som fedme. De langt fleste slike pasienter vil motta rehabilitering i kommunene. Plangruppen vil imidlertid påpeke at det særlig blant opererte pasienter med overvekt kan foreligge kompliserte metabolske og ernæringsmessige utfordringer som krever spesialisthelsetjenestens kompetanse.

Fasilitetene ved de private institusjoner er utviklet med tanke på å stimulere aktivitet og funksjonstrening både innendørs og utendørs. Helsedirektoratets rapport fremholder at barn og unge med funksjonsnedsettelse skal ha intensive treningsopphold ved private institusjoner. Aktivitet og deltakelse i skole og fritid er vesentlig for barns utvikling, og tilbud rettet mot spesifikk og generell funksjonstrening, tilpasning av hjelpemidler og tilrettelegging for aktivitetsarenaer er viktig spisskompetanse som kommuner i liten grad er forventet å inneha. De private institusjoner kan også tilby familieopphold.

8.2 Utfordringer i Samhandlingsreformen

Landsdelen har til sammen 88 kommuner. Bare 22 kommuner har mer enn 5000 innbyggere, mens 11 kommuner har under 1000 innbyggere.

Pasienter med kroniske lidelser og rehabiliteringsbehov er prioriterte målgrupper i Samhandlingsreformen.

Helse Nord har i oppdragdokumentet til helseforetakene for 2013 følgende krav som er relevant for habilitering og rehabilitering (jfr kap. 5 Samhandlingsreformen):

- Gi økt fokus til personer med sammensatte og/eller kroniske lidelser. Kunnskapen om "The Chronic Care Model"⁶ skal styrkes, og prinsippene i denne modellen skal legges til grunn for behandlingen.
- Bidra til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelse- og omsorgstjeneste, spesielt innen geriatri, nevrologi, habilitering/rehabilitering, psykisk helse og rusmiddelavhengighet.
- I samarbeid med kommunene og brukerne videreføre arbeidet med å utvikle standardiserte pasientforløp for de store pasientgruppene. Dette skal inkludere pasienter med kroniske sykdommer. Nettverkssamarbeidet mellom helseforetakene og mellom helseforetakene og kommunene skal styrkes.
- Drive systematisk opplæring av personell som er nødvendig for å gjennomføre samhandlingsreformen. Et grunnlag for dette er kartlegging av behov og anbefalte tiltak i sluttrapport januar/februar 2013 fra prosjektet Kompetansebehov etter samhandlingsreformen⁷.
- Følge opp samhandlingstiltak i Helse Nord's vedtatte strategiske plan for pasient- og pårørendeopplæring.⁸

For et stort antall pasienter vil overgangen fra sykehus til hjemkommune være en kritisk fase i forhold til å sikre kontinuitet og gode tjenester. I tillegg vil samarbeidet mellom ulike etater, avdelinger, fagområder og faggrupper innad i kommunen og innad i spesialisthelsetjenesten være viktig for at pasienten skal få et helhetlig rehabiliteringstilbud.

Koordinerende enheter for rehabilitering er lovfestet både i foretak og i alle kommuner. I kommunehelsetjenesten har enheten en viktig oppgave i å motta og kanalisere henvendelser om rehabiliteringsbehov. I spesialisthelsetjenesten er en viktig oppgave for enheten å sikre samhandling på systemnivå og bidra til kvalitetsutvikling og nettverksbygging.

Helseforetakene skal ha en koordinerende enhet som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringsbehov i helseregionen, jfr lov om spesialisthelsetjeneste § 2-5b. Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten er ikke etablert ved alle foretakene i Helse Nord. Hvert lokalsykehus i helseforetakene har et antall definerte kommuner i sitt område som det utarbeides samhandlingsrutiner med på rehabiliteringsfeltet. Samhandlingen forutsetter god informasjonsflyt mellom nivåene.

FIKS-prosjektet forventes å forbedre samhandlingen mellom helseforetakene og kommunene, blant annet gjennom rask og sikker meldingsutveksling.

Individuell plan (IP) er hjemlet i lov om helse og omsorgstjenester i kommunene i kapittel 7 og i Lov om spesialisthelsetjenesten § 2-5. Spesialisthelsetjenesten skal i

⁶ The Chronic Care Model - innebærer vektlegging av helhetlige pasientforløp der pasienten medvirker (shared decision making) både i valg og gjennomføring av behandling

⁷ Rapport utarbeidet av Margrete Gaski, 2.5.2013

⁸ "Status og utviklingsmuligheter for pasient- og pårørendeopplæring i Helse Nord", vedtatt i Helse Nord RHF's styre 27.9.12

samarbeid med andre tjenesteytere utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Dersom pasienten har behov for tjenester både i sykehus og kommune skal kommunen sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres. Helseforetakene skal så tidlig som mulig varsle kommunen om behovet for IP og skal samtidig medvirke i utarbeides av planen. Flere kommuner og avdelinger i helseforetak samt rehabiliteringsinstitusjoner har etablert gode rutiner for IP, men dette er fortsatt ikke blitt en godt nok etablert arbeidsform.

Samhandlingsreformens krav til mer helhetlige pasientforløp kan også åpne for nye oppgaver til private rehabiliteringsinstitusjoner. I Helsedirektoratets rapport, "Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet", er kommunene anbefalt å kjøpe tjenester fra de private institusjonene. Denne problemstillingen blir fulgt opp i kommende avtaleinngåelse med de private rehabiliteringsinstitusjonene fra 1.1.2015, og i avtalene innen "Raskere tilbake"-ordningen fra 2014.

Regional vurderingsenhet for rehabilitering (RVE) ivaretar rettighetsvurdering og koordinering av pasienttilbudene ved de private rehabiliteringsinstitusjonene som har avtale med Helse Nord RHF. RVE er etablert som en enhet ved Rehabiliteringsklinikken UNN Tromsø i 2012. Lignende enheter er etablert ved de øvrige regionale foretakene.

I tjenesteavtalene med kommunene i Samhandlingsreformen inngår pasient- og pårørendeopplæring i to av avtalene. I avtalen om folkehelsearbeid står det at partene skal utvikle samarbeid mellom frisklivssentraler og lærings- og mestringssentrene. Samarbeid om lærings- og mestringstilbud er også et sentralt område i tjenesteavtalen om habilitering og rehabilitering.

FORSLAG TIL TILTAK

Tiltak	Tidslinje	Kostnad
Koordinerende enhet i alle helseforetak med tilstrekkelig ressurser	2014	Inngå i drift
Overordnede møtearenaer mellom helseforetak og kommuner, som sikrer gode systemer for overgangen mellom nivåene. Private rehabiliteringsinstitusjoner skal inviteres inn i samarbeidet	2014	Inngå i drift
Etablere kvalitetssikrede rutiner for utarbeidelse av Individuell plan	2014	Inngå i drift
Faste møter mellom fagråd, Regional Vurderingsenhet og avtaleinstitusjoner	2014-2017	Inngå i drift
Nært samarbeid mellom Regional Vurderingsenhet og avtaleinstitusjoner	2014-2017	Inngå i drift
Utvikle samarbeidet mellom frisklivssentraler og lærings- og mestringssentrene, jf LMS-planen	2014-2017	Inngå i drift

9. Brukermedvirkning og pasientrettigheter

Pasienters og pårørendes rettigheter til medvirkning på eget behandlingsforløp er skjerpet de seneste år, bl.a. via rett til IP, rett til koordinator, fritt sykehusvalg, tjenesteavtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, og pålagte krav om brukerundersøkelser. Det finnes brukerutvalg ved alle helseforetak og ved noen av de private rehabiliteringsinstitusjonene. Både fagnettverk og regionale kompetanseprogram innen rehabilitering har med brukerrepresentanter.

Vardesentrene er etablert ved UNN og NLSH som samarbeidstiltak med Kreftforeningen.

<http://www.unn.no/vardesenter/category28321.html>Helseforetakene prøver ut nye modeller for samhandling med brukere og pårørende, blant annet prosjektet "shared decision making" ved UNN.

Økonomi er en utfordring fordi lovfestet rett til brukermedvirkning ikke automatisk gir økonomisk dekning spesielt for tapte arbeidsfortjeneste.

Mangel på metodisk opplæring, oppfølging og veiledning av personalet gjør at pasienter og pårørende sjelden blir likeverdige aktører i eget behandlingsforløp.

Tilgang på frivillige og likemenn kan være vanskelig på grunn av egne belastninger i forskjellige faser av livs/sykdomsforløpet.

Kunnskap om sykdomsforståelse og kulturmønstre hos fremmedspråklige pasienter, og mangelfull forståelse for å arbeide med tolk, kan gjøre at pasienten/pårørende ikke får god medvirkning.

Målet er at pårørendes ressurser blir brukt i likeverdig samarbeid med helsepersonell uten at de blir pålagt unødig belastende oppgaver. Endringer i Lov om helsepersonell og Lov om spesialisthelsetjeneste gir barn av syke/skadde foreldre rett til informasjon og oppfølging. Dette gir helsepersonell forpliktelser til å fange opp barna tidlig, og sette i gang prosesser som gir både barn og foreldre mulighet til å mestre sykdom og konsekvens av denne.

Selv med økende fokus på pasientrettigheter er det stadig meget store utfordringer i forhold å ivareta pårørendes rettigheter og behov. Dette handler blant annet omom:

- Definert tid, og noen ganger egnet areal, for samtale
- Personell som har kompetanse i sorg- og krisehåndtering
- Personell med tilstrekkelig viten om praktisk tilrettelegging i hverdagen for familier i langvarig krise
- Kunnskap om langtidspåvirkninger som pårørende utsettes for når deres behov som pårørende ikke ivaretas

FORSLAG TIL TILTAK

Tiltak brukermidvirkning	Tidslinje	Kostnad
Helse Nord skal ha minst et utviklingsprosjekt ift "Shared decision making" i samarbeid med en pasientforening. Prosjektet skal munne ut i konkrete prosedyrer for samhandling.	2014	Inngå i drift
Styrke kompetansen blant rehabiliteringspersonell om sykdomsforståelse og kulturmønstre hos fremmedspråklige pasienter,	2014-2015	Inngå i drift
Alle rehabiliteringsenheter skal gjennomføre målrettede brukerundersøkelser årlig. Dette må samordnes regionalt.	2014-2015	Inngå i drift
Etablere samarbeid mellom likemenn, pasientforeninger og enheter i sykehusene/institusjonene.	2014	Inngå i drift
Etablere flere møteplasser etter modell av Vardesenter for flere kronikergrupper	2015	Inngå i drift

Tiltak for pårørende	Tidslinje	Kostnad
Stimulere til etter- og videreutdanning i arbeid med pårørende – aktuelle faggrupper er familieterapeuter/klinisk psykolog oa.	2014-2017	Inngå i drift
Kompetanseheving, Barn som pårørende	2014-2017	Inngå i drift
Aktivt bruke eksisterende informasjonsmateriell til ulike grupper pårørende	2014-2017	Inngå i drift
Sette pårørende i kontakt med likemenn og brukerorganisasjoner	2014-2017	Inngå i drift

10. Fagutvikling og forskning

10.1 Fagnettverk

Helse Nord har lang erfaring med regionale fagnettverk som bidrar til tverrfaglig og tverrsektoriell fagutvikling, kompetansebygging, rekruttering, stabilitet og samhandling i fagmiljøene. Nettverkene er også arena for oppsamling og formidling av erfaringsbasert kunnskap, og er en forutsetning for å beholde dyktige fagfolk i små fagmiljøer i et geografisk utfordrende område. Helse Nord øremerker ca 700 000 kr årlig til aktivitet i fagnettverkene.

Både enheter i helseforetakene og de private institusjoner har imidlertid utfordringer med å finansiere deltakelse i nettverkene. Deltageles er avhengig av virksomhetene sin økonomi og prioritering, og planlegging av nettverksamlinger baseres på søknad om midler fra Helse Nord fra år til år.

Brukerrepresentanter oppnevnes oftest via Brukerutvalget i RHF. Brukerutvalget avgjør om de vil finansiere deltakelse. Dette begrenser brukermedvirkningen.

FORSLAG TIL TILTAK

Tiltak	Tidslinje	Kostnad
Helse Nord overfører et fast beløp til aktiviteter for fagnettverk innen rehabilitering til UNN HF som fordeler disse på øvrige foretak og institusjoner og har oppfølgingsansvar over den samlede nettverksaktivitet. Det settes av fast beløp hvert år til felles dialogkonferanse for ledere av regionale fagnettverk	Umiddelbart	250 000 kr årlig (allerede i budsjett)
Alle helseforetakene og private rehabiliteringsinstitusjoner skal være representert i minst et fagnettverk.	Umiddelbart	Inngå i drift
Det regionale brukerutvalg bør finansiere brukerrepresentantenes deltakelse i fagnettverk	Umiddelbart	50 000 kr

10.2 Spesialkompetanse og tilleggsutdanning

Innenfor spesialisthelsetjenesten er det nødvendig med kontinuerlige kompetansehevingstiltak for å opprettholde og forbedre kvaliteten i tjenestene. Det er behov for kompetanseutviklingstiltak som tar sikte på å utvikle de ansattes kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Moderne rehabilitering krever utvikling av tverrfaglig arbeidsform med god formell og komplementær kunnskap. Spesielt gjelder dette prosessarbeid, samhandlingskompetanse, veiledningskompetanse, videreutdanning innen, psykisk helse, kognitiv terapi, familie og nettverkskompetanse, eldreomsorg/geriatri og rehabilitering.

Regionalt nivå har et særskilt ansvar for å sikre at kompetansen er i tråd med internasjonale anbefalinger om beste praksis. Det bør utarbeides kompetanseplaner for hver avdeling for fysisk medisin og rehabilitering, med konkretisering av hvilken basal og hvilken spesifikk kompetanse hver avdeling skal ha innenfor sine målgrupper,

Det anbefales at foretakene setter mål for andel av personell som skal ha relevant etter- og videreutdanning.

FORSLAG TIL TILTAK

Tiltak	Tidslinje	Kostnad
Kompetanseplan med konkrete mål for relevant tilleggskompetanse i alle foretak og PRI	2014	Inngå i drift
Definere krav til basiskompetanse og spesialkompetanse på sykehus og i private rehabiliteringsinstitusjoner	2014-2017	Inngå i drift

10.3 Forskning

Kunnskapskrav til spesialisthelsetjenesten innebærer satsing på forskning og kunnskapsutvikling. Metode- og fagutvikling, kunnskapsformidling og undervisning er essensielt.

Universitetene i regionen har ikke professorstillinger i rehabilitering, og rehabilitering er lite fremtredende i grunnutdanning for helsepersonell. Det er et betydelig behov for å utvikle ny forskningsbasert kunnskap om effekter av faglig, metodisk og organisasjonsmessig karakter i rehabiliteringsmedisin. Fagfeltet framstår i dag som forskningssvakt. For å bøte på dette, foreslås det at det etableres en enhet på UNN Tromsø hvor det tilsettes forskningskompetent koordinator. Det bør tilføres frie midler, som ansatte innen rehabilitering på helseforetak og i private rehabiliteringsinstitusjoner kan søke avgrensede midler til initiering av forskning fra. På den måte kan en liten regional forskningsenhet understøtte en helhetlig regional forskningsstrategi for rehabilitering i Helse Nord.

FORSLAG TIL TILTAK

Tiltak	Tidslinje	Kostnad
Etablere regional enhet med forskerkompetent koordinator og frie midler lokalisert til UNN	2014-2017	1 mill årlig
Etablere forskernettverk i regionen. Være pådriver for utvikling av kvalitetsindikatorer innen fagfeltet. Arrangere forskerkonferanser årlig. Formidle forskning i regionen via Helse Nord sine nettsider	2014-2017	250 000
Utarbeide/stimulere til stillinger/forskningsmiljøer: forskere / phd stillinger	2014-2017	Inngå i drift
Øremerke deler av eksisterende forskningsmidler i Helse Nord til forskningsprosjekter innen rehabilitering – tilgjengelig for alle som driver med rehabilitering	2014-2017	Ingen
Øke antall stillinger i forskermiljøene – stimuleres av forskningsmidler	2014-2017	

10.4 Regionale funksjoner

10.4.1 Regionalt fagråd

Fagråd for habilitering og rehabilitering med tverrfaglig sammensetning bør videreføres med representasjon fra alle 4 foretak og private rehabiliteringsinstitusjoner, kommuner og brukerorganisasjon. Sammensetningen av fagrådet bør sikre best mulig faglig bredde og kompetanse. Inntil nå har fagrådet vært felles både for habilitering og rehabilitering. Helse Nord bør vurderer om modellen skal videreføres, eller om fagfeltene bør ha hvert sitt fagråd, jf også at handlingsplan for habilitering foreslår eget fagråd for habilitering.

FORSLAG TIL TILTAK

Tiltak	Tidslinje	Kostnad
Avklare om habilitering og rehabilitering bør ha felles fagråd	2014	Ingen

10.4.2 Regional koordinerende enhet / koordinerende enhet i foretak

Regional koordinerende enhet ble opprettet i 2007 og har bygd opp en omfattende og god informasjonstjeneste på systemnivå.

Koordinerende enheter er ikke etablert i alle foretakene. Disse enhetene skal i hovedsak arbeide med samhandling mellom sykehusene og kommunene i habiliterings- og rehabiliteringsspørsmål på systemnivå, og sørge for at rutiner for, eksempelvis individuell plan, er kjent og blir utviklet for å sikre best mulig koordinerte pasientforløp.

10.4.3 Regional Vurderingsenhet (RVE)

I 2012 ble det etablert en Regional vurderingsenhet (RVE) som skal ivareta og koordinere alle henvisninger til somatisk rehabilitering ved de private rehabiliteringsinstitusjonene. RVE skal motta, rettighetsvurdere og prioritere alle henvisninger fra fastleger og sykehusavdelinger i regionen.

11. Skjematisk oversikt over tiltak

Kap	Tiltak	2014	2015	2016	2017	2018
6	Interne system- og fagrevisjoner gjennomføres både i helseforetak og ved de private rehabiliteringsinstitusjonene		x		x	
	Vurdere akkreditering av rehabiliteringsavdelinger i helseforetakene	x	X	x	x	
6.1	Sikre bemanningsprofil og kompetanse: Overleger: 1 pr 5 senger LIS: 1 pr 7 senger Fysioterapeuter: 1 pr 5 senger Ergoterapeuter: 1 pr 5 senger Logopeder: 1 pr 10 senger Neuropsykologer: 1 pr 10 senger Sykepleiere 1,5 pr seng					
	Overlegestilling Harstad		x			
	Overlegestilling intermediær enhet			x		
	Overlegestilling Kirkenes					
	Rehabiliteringsmedisinske poliklinikker i alle foretak	x	x	x	X	
	3 stillinger ambulante rehabiliteringsteam	x	x	x	x	
	Minimum opprettholde kapasiteten i de private rehabiliteringsinstitusjonene i regionen, og utnytte ledig kapasitet i dagens døgnbaserte rehabiliteringstilbud.	x				
	Etablere langsiktige avtaler med de private rehabiliteringsinstitusjonene som legger vekt på fleksibilitet i tilbud. Nye avtaler må følge opp nasjonale og regionale føringer i forhold til pasientgrupper som skal styrkes i spesialisthelsetjenesten		x			
	Noen av de private rehabiliteringsinstitusjoner må kunne tilby "kompleks rehabilitering" og det må settes krav til kompetanse og systemer for å sikre dette.		x			
	Ved utlysning av nye anbud bør faglig kvalitet ses på i en helhetsvurdering, der også de private kan bidra med kompetanse på områder som utredning/funksjonsvurdering, poliklinikk, dagtilbud, døgntilbud og veiledningsoppgaver		x			
	Samarbeid mellom RHF og de private rehabiliteringsinstitusjonene på områder som kan utvikles ved hjelp av nasjonale og regionale stimuleringsmidler	x		x	x	
7.1	Bygge opp kompetanse om spinalskader på regionalt nivå			x		
	Etablere tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner		x			
7.2	Regionale retningslinjer for behandling av kreftpasienter får eget kapittel om rehabilitering av kreftpasienter	x				
	Antall rehabiliteringsplasser for kreftpasienter bør økes i de private institusjonene		x			
	Det bør avsettes egne midler til informasjonstiltak for kreftrehabilitering	x	x	x	X	
	Gjennomføre prosjekt ved hvert HF med deltakelse fra kommuner/fastleger for å integrere og forankre rehabiliteringstiltak i pasientforløp og tiltakskjeder	x				
	Gjennomføre et regionalt pasientforløpsprosjekt i samarbeid med PRI for å konsolidere/videreføre tilbud som er bygget opp med nødvendig geografisk spredning og fokus på tilpassede tilbud til barn og unge.	x				
	HF'ene må etablere egne tilbud i LMS-regi for pårørende til kreftpasienter	x	x	x	x	
	Regionale tverrfaglige kompetanseprogram i kreftrehabilitering skal rulleres med to semestre annet hvert år	x	x	x	x	
	Årlig fagutviklings- og samhandlingskonferanse for kreftrehabilitering for sykehus, kommuner og PRI i regi av regionalt fagnettverk.	x	x	x	x	

7.3	Pasienter med kognitiv svikt må følges opp med planlagte kontroller på rehabiliteringspoliklinikk i samarbeid med kommunehelsetjenesten	x	x	x	x	
	Det må utvikles tilstrekkelig omfang av ambulante tjenester i alle helseforetak som skal ha et særlig ansvar for koordinering av tilbud til pasientene	x		x		
	Etablering av gruppetilbud for pasienter med kognitive seinskader ved PRI	x	x			
7.4	Foretakene oppretter samarbeidsprosjekt mellom rus/psykiatri og somatisk helse for å utvikle samarbeidsformer rundt pasientgrupper med somatiske og psykiske vansker/rusproblemer	x				
	Etablere et poliklinisk oppfølgingstilbud i samarbeid mellom rehabiliteringstjeneste og rus- og psykiatrisk tjeneste	x	x			
	Utarbeide informasjonsbrosjyrer om senskader etter ervervet hjerneskode	x				
7.5	Sikre tilstrekkelig utredningskapasitet CFS/ME	x	x	x	x	
	Etablere LMS-tilbud for pas. med CFS/ME ved alle foretak	x				
	Styrke kompetansen om CFS/ME i de ambulante team i foretakene for å bistå kommunehelsetjenesten	x				
	Øke antall plasser ved PRI for rehabiliteringsopphold for pas. med CFS/ME					
7.6	Etablere 1-2 differensierte tilbud om langtidsrehabilitering for barn etter alvorlig sykdom/skade ved PRI	x	x	x	x	
	Avklare habiliteringstjenestens rolle overfor barn med ervervet skade	x	x			
8.2	Koordinerende enhet i alle helseforetak med tilstrekkelig ressurser	x				
	Overordnede møtearenaer mellom helseforetak og kommuner, som sikrer gode systemer for overgangen mellom nivåene. Private rehabiliteringsinstitusjoner skal inviteres inn i samarbeidet	x				
	Etablere kvalitetssikrede rutiner for utarbeidelse av Individuell plan	x				
	Faste møter mellom fagråd, Regional Vurderingsenhet og avtaleinstitusjoner	x	x	x	x	
	Nært samarbeid mellom Regional Vurderingsenhet og avtaleinstitusjoner	x	x	x	x	
9	Tiltak brukervedvirkning					
	Helse Nord skal ha minst et utviklingsprosjekt ift "Shared decision making" i samarbeid med en pasientforening. Prosjektet skal kunne ut i konkrete prosedyrer for samhandling.	x				
	Styrke kompetansen blant rehabiliteringspersonell om sykdomsforståelse og kulturmønstre hos fremmedspråklige pasienter,	x	x			
	Alle rehabiliteringsenheter skal gjennomføre målrettede brukerundersøkelser årlig. Dette må samordnes regionalt.	x	x			
	Etablere samarbeid mellom likemenn, pasientforeninger og enheter i sykehusene/institusjonene.	x				
	Stimulere til etter- og videreutdanning i arbeid med pårørende – aktuelle faggrupper er familierapeuter/klinisk psykolog oa.		x			
9	Tiltak pårørende					
	Kompetanseheving, Barn som pårørende	x	x	x	x	
	Aktivt bruke eksisterende informasjonsmateriell til ulike grupper pårørende	x	x	x	x	
	Sette pårørende i kontakt med likemenn og brukerorganisasjoner	x	x	x	x	
	Aktivt bruke eksisterende informasjonsmateriell til ulike grupper pårørende	x	x	x	x	
	Sette pårørende i kontakt med likemenn og brukerorganisasjoner	x	x	x	x	
10.1	Helse Nord overfører et fast beløp til aktiviteter for fagnettverk innen rehabilitering til UNN HF som fordeler disse på øvrige foretak og institusjoner og har oppfølgingsansvar over den samlede	x			X	

	nettverksaktivitet. Det settes av fast beløp hvert år til felles dialogkonferanse for ledere av regionale fagnettverk					
	Alle helseforetakene og private rehabiliteringsinstitusjoner skal være representert i minst et fagnettverk.	x				
	Det regionale brukerutvalg bør finansiere brukerrepresentantenes deltakelse i fagnettverk	x				
10.2	Kompetanseplan med konkrete mål for relevant tilleggskompetanse i alle foretak og PRI	x				
	Definere krav til basiskompetanse og spesialkompetanse på sykehus og i private rehabiliteringsinstitusjoner.	x	x	x	x	
10.3	Etablere regional enhet med forskerkompetent koordinator og frie midler lokalisert til UNN	x	x	x	x	
	Etablere forskernettverk i regionen. Være pådriver for utvikling av kvalitetsindikatorer innen fagfeltet. Arrangere forskerkonferanser årlig. Formidle forskning i regionen via Helse Nord sine nettsider	x	x	x	x	
	Utarbeide/stimulere til stillinger/forskningsmiljøer: forskere / phd stillinger	x	x	x	x	
	Øremerke deler av eksisterende forskningsmidler i Helse Nord til forskningsprosjekter innen rehabilitering – tilgjengelig for alle som driver med rehabilitering.	x	x	x	x	
	Øke antall stillinger i forskermiljøene – stimuleres av forskningsmidler	x	x	x	x	
10.4	Avklare om habilitering og rehabilitering bør ha felles fagråd	x				

12.Referanser

Lov om spesialisthelsetjenesten.

http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-061.html&emne=SPESIALISTHELSETJENESTELOV*&&

Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator.

<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20111216-1256.html>

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011, HOD. Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007–2008) kapittel 9,

<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/Særtrykk%20av%20St.prp.nr.1%20kapittel%2009.pdf>

IS-1947 Rapport. Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/avklaring-av-ansvars--og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet/Sider/default.aspx>

IS-1945 Regelverk. Innsatsstyrt finansiering 2012

Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten. Dokument 3:11 (2011-2012)

[http://www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Documents/2011-2012/Dokumentbase 3 11 2011 2012.pdf](http://www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Documents/2011-2012/Dokumentbase%203%2011%202011%202012.pdf)

Samdata 2012 <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samdata-2012/Sider/default.aspx>

Rapport fra Helsedirektoratet til Helse og omsorgsdept mars 2012: "Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling på rehabiliteringsområdet"

<http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/avklaring-av-ansvars--og-oppgavefordeling-pa-rehabiliteringsområdet.aspx>

Rapport fra Helsedirektoratet "Privat i offentlig sektor"

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/privat-i-offentlig-sektor->
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/regelverk-innsatsstyrt-finansiering-2012/Sider/default.aspx>

Handlingsplan for habilitering og rehabilitering 2004-2010 (Helse Nord rapport 2004)

<http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Fagutvikling/Dokumenter/Handlingsplan%20habilitering%200og%20rehabilitering%20Helse%20Nord%20mai%202004.pdf>

Nettside: Regional Koordinerende Enhet, RKE

<http://www.helse-nord.no/rehabilitering/category18272.html>

Rapport fra Helse Nord 2012: "Status og utviklingsmuligheter for pasient- og pårørendeopplæring i Helse Nord."

13. Vedlegg

13.1 Vedlegg 1: Mandat for revisjon av handlingsplan for habilitering og rehabilitering

Fagråd for habilitering og rehabilitering har fått i oppdrag fra fagdirektør Helse Nord RHF å utarbeide en revisjon av handlingsplan for habilitering og rehabilitering 2004 – 2010.

- Fagrådet skal foreslå strategier for helhetlige behandlingsløp, med vekt på tidlig intervensjon, poliklinisk behandling og pasientopplæring, jf faglige føringer i Nasjonal strategi for rehabilitering 2008-2011.
- Helseforetakenes, de private rehabiliteringsinstitusjonenes og kommunehelsetjenestens roller og ansvar i pasientbehandlingen bør tydeliggjøres
- Fagrådet bes samarbeide med Helse Nord's fagmiljø i geriatri for å utarbeide strategier for rehabilitering av de geriatiske pasientene
- Helseforetakenes fagsjefer/fagdirektører vil fungere som referansegruppe for planarbeidet

Arbeidsgruppen:

Berit Malmo, Helse Finnmark HF - leder av arbeidsgruppen

Trude Hartviksen, Nordlandssykehuset HF

Einar Einarsen, Helgelandssykehuset HF

Janne Kvalfors, Helgelandssykehuset HF

Sverre Monsen, Nordtun HelseRehab

Iselin Marstrander, Valnesfjord Helseportssenter

Guri Heiberg, UNN HF

Gruppen vil bli supplert med representant fra Det regionale brukerutvalg og fra KS

Styringsgruppe:

Regionalt fagråd for habilitering og rehabilitering

Referansegruppe:

Helseforetakenes fagsjefer/fagdirektører

Dialogmøter:

Det vil bli avholdt dialogmøter med relevante brukerorganisasjoner og sentrale aktører innen habilitering og rehabilitering

13.2 Vedlegg 2: Status for hvert helseforetak og private rehabiliteringsinstitusjoner pr januar 2012

Helse Finnmark HF

Helse Finnmark HF (73 000 innbyggere) har sykehus i Hammerfest og Kirkenes, hvorav Kirkenes har Avdeling for spesialisert habilitering og rehabilitering. Avdelingen består av 3 enheter: Fysikalsk medisin og rehabilitering, FMR, med 6 senger, Ambulant rehabiliteringsteam, ART, og Habiliteringstjenesten for voksne.

Avdelingen er godkjent som utdanningsinstitusjon gruppe 2 for leger i spesialistutdanning innen fysikalsk medisin og rehabilitering.

FMR utfører utredning av svelgfunksjon i samarbeid med røntgenavdelingen, og har synspedagog for utredning av komplekse nevrologisk betingede synsproblemer. De ambulante tjenestene for voksne ytes gjennom Habiliteringstjenesten for voksne og Ambulant Rehabiliteringsteam. Avdelingen er i oppstartfase av etablering av tverrfaglig rehabiliteringspoliklinikk, og dette gjennomføres med personell fra alle 3 enheter. Avdelingen vurderer egnethet for bilkjøring i samarbeid med kjøreskole.

Lærings- og mestringstilbud til noen pasientgrupper tilbys gjennom de medisinske poliklinikkene ved begge sykehusene.

Helse Finnmark har mange av sine tilbud i de samiske kjerneområdene, og foretaket har en målsetting om å tilpasse tilbudet til samiske brukere. Det stilles krav om at institusjoner som betjener den samiske befolkningen sikrer at samelovens språkregler følges.

Foretaket opplever rekrutteringsutfordringer innen alle faggrupper til de små fagmiljøene. Det foreligger planer om å styrke området yrkesrettet rehabilitering.

Foretaket har i 2012 en rehabiliteringsdøgnplass pr 12 200 innb.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

UNN HF (186 000 innbyggere) har sykehus i Tromsø, Harstad og Narvik. Fysikalsk og rehabiliteringsmedisinsk avdeling har døgnplasser i Tromsø (15) og Harstad (13). Seksjonen i Tromsø er godkjent som utdanningsinstitusjon gruppe 1 og Harstad som gruppe 2 for leger i spesialistutdanning innen fysikalsk og rehabiliteringsmedisin.

Det finnes spisskompetanse innen utredning av svelgfunksjon med videofluoroskopi i Tromsø og seksjonen i Harstad har synspedagog for utredning av komplekse nevrologisk betingede synsproblemer.

Det er etablert fysikalsk medisinsk poliklinikk i Tromsø, som også har regionale utrednings- og behandlingsoppgaver. Det er etablert Arbeidsfysiologisk laboratorium, og rehabiliteringsmedisinsk poliklinikk er under oppbygging. I Harstad er det etablert rehabiliteringsmedisinsk poliklinikk i nært samarbeid med geriater.

Det er ambulante rehabiliteringsteam ved sykehusene i Tromsø og Narvik (for Ofoten og Sør-Troms).

Det geriatriske rehabiliteringstilbudet gis i medisinsk klinikk (7 senger). Klinikken har også ansvar for de områdegeriatriske teamene i Lenvik og Nordreisa med 6 rehabiliteringssenger begge steder. Det medisinsk faglige ansvaret ivaretas av spesialist i allmennmedisin.

Det gis også tilbud til andre pasientgrupper enn de som går innenfor begrepet "geriatrisk rehabilitering". Eksempelvis yngre personer med hjerneslag, og også oppfølging av andre yngre personer.

Foretaket har i 2012 en rehabiliteringsdøgnplass pr 6200 innb i lokalsykehusområdet (inkl 7 senger til geriatrisk rehabilitering)

Nordlandssykehuset HF

Nordlandssykehuset HF (131 000 innbyggere) består av sykehusene i Bodø, Lofoten og Vesterålen. Innenfor fysikalsk og rehabiliteringsmedisin tilbyr foretaket tverrfaglig poliklinikk, dagbehandling og mestringstilbud i gruppe i Bodø. Videre er det ambulante rehabiliteringsteam og lærings- og mestringssentra både i Bodø, Lofoten og Vesterålen. Lødingen rehabiliteringssenter har 10 døgnplasser.

Nordlandssykehuset er under ombygging i Bodø, samt nybygging i Vesterålen. I løpet av 2013 vil Lødingen rehabiliteringssenter være avviklet som tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Det planlegges 8 rehabiliteringssenger ved NLSH Vesterålen tatt i bruk fra 2016. Tilsvarende er det planlagt etablert 8 døgnplasser ved NLSH Bodø fra 2016/2017.

Foretaket har i 2012 ingen rehabiliteringsdøgnplasser i lokalsykehusområdet som kan defineres som spesialisert rehabilitering.

Helgelandssykehuset HF

Helgelandssykehuset HF (78 000 innbyggere) består av sykehusene i Sandnessjøen, Mo i Rana og Mosjøen. Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering består av 6 senger i Helgelandssykehuset Sandnessjøen (5-dagers post), 8 døgnplasser som Helgelandssykehuset kjøper av Helgeland Rehabilitering i Sømna (11 mil fra S-sj), ambulant- og geriatrisk team, tverrfaglig vurderingspoliklinikk.

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering er godkjent som utdanningsinstitusjon gruppe 2 og godkjent for sykehustjeneste i videreutdanning i allmenmedisin.

LMS i foretaket tilbys ved alle 3 sykehusenhetene. Ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen er dette en 20 % stilling, mens ved Helgelandssykehuset Mosjøen og Mo i Rana er det en 100 % stilling ved hvert av sykehusene.

Foretaket har i 2012 1 rehabiliteringsdøgnplass pr 9 800 innb.

Status for tilbudene ved private rehabiliteringsinstitusjoner

Private institusjoner har spesialisert kompetanse på de områdene/ytelsen som tilbys hos den enkelte institusjon. Kravet til innhold i "Kompleks rehabilitering" (definert tidligere) gjør imidlertid at kun et par av de private rehabiliteringsinstitusjonene oppfyller kravene å kunne tilby dette, men også "Vanlig rehabilitering" (definert tidligere) kan innebære komplekse problemstillinger som går utover det som kommunene kan forventes å tilby

Spesialisert kompetanse i private institusjoner ut kommer til uttrykk både i forhold til metodikk, arenaer, fasiliteter, utstyr, m.m. Private rehabiliteringsinstitusjoner har også yrkesgrupper med spesialkompetanse som idrettspedagoger som ikke forefinnes i kommuner. Tilbud om familieopphold, og gruppetilbud i tilpassede og utfordrende fasiliteter er blant private institusjoners fremste styrke

Opptreningscenteret i Finnmark

Opptreningscenteret i Finnmark (OiF) i Alta har 50 senger. Hovedtyngden av brukerne kommer fra Finnmark og Nord Troms. OiF tilbyr mestringsopphold for voksne med overvekt, mestringsopphold for unge med nedsatt funksjonsnivå, sekundær rehabilitering til personer med hjerneslag for å bedre ADL-funksjoner, rehabiliteringsopphold til pasienter med lidelser i muskel- og skjelettsystemet, enten som primær eller sekundære f.eks. følgetilstander etter skade eller relatert til belastninger, pasienter som har gjennomgått protesekirurgi eller beinamputasjoner. Det gis tilbud innen mestring og bevisstgjøring til voksne pasienter med inflammatoriske og ikke inflammatoriske revmatiske lidelser. OiF gir også 2 ukers tilbud med tverrfaglig funksjonsvurdering hvor målet med rehabilitering er utdanning og arbeid. OiF har også avtale med NAV Finnmark for 5 pasienter pr mnd innenfor ordningen "Raskere tilbake".

Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad, RNNK

Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad har 106 senger, inkludert egen avdeling for pasienter med hjelpebehov, og tilbyr spesialiserte rehabiliteringstjenester for pasienter fra hele landet. Institusjonen er CARF akkreditert for generell rehabilitering av barn, ungdom og voksne samt spesielt innen smerterehabilitering og arbeidsrettet rehabilitering.

RNNK gjør etter behov utredning og diagnostisering og har fagpersonell innen alle helsefaggrupper. Vi har tilbud innen arbeidsrettet rehabilitering, ortopedi, nevrologi, slag, revmatologi, kreft, rehabilitering etter større operasjoner og skader og tilbud til den store gruppen muskel-skjellett lidelser, inklusive fibromyalgi/kronisk smertesyndrom/ME. Lærings- og mestringstilbud inngår som integrert del i flere av programmene.

Institusjonen har over flere år utviklet spesiell kompetanse innen intensiv motorisk gangtrening etter bl.a. ryggmargsskader samt lammelser og etter hjerneslag og større skader.

RNNK samarbeider med relevante brukerorganisasjoner om spesielle behandlingstilbud til deres medlemmer. Institusjonen er godkjent som utdanningsinstitusjon for leger innen spesialitetene fysikalsk medisin og rehabilitering og innen allmenntidmedisin. RNNK har to turnusplasser for fysioterapeuter og deltar i utdanningen av flere andre helseprofesjoner.

Forskning og utvikling er en viktig del av aktivitetene ved RNNK og vi legger vekt på å drive kunnskapsbasert rehabilitering. Flere leger og andre fagpersoner har bred forskningserfaring. Institusjonen har eget tverrfaglig forsknings- og undervisningsteam som fører an i RNNKs kontinuerlige nyutvikling av rehabiliteringstilbud.

RNNK har de siste årene hatt flere eksternt finansierte (Hdir) prosjekt for utvikling av tilbud til brukere med ME, Huntington's sykdom, intensiv motorisk trening av barn med CP, frisklivstilbud til eldre og til rehabilitering etter kreft, Vi har også arbeidet tett med brukerorganisasjoner i utviklingen av tilbud til brukere med fibromyalgi, Parkinson's sykdom. og Huntington sykdom.

Skibotn Rehabiliteringssenter

Skibotn Rehabiliteringssenter har 24 senger, og et spesielt godt tilbud til hjerte- og lungepasienter gjennom et tett samarbeid med kardiologisk seksjon og lungeavdelingen v/UNN. Institusjonen har også et personalsamarbeid gjennom hospitering med UNN, Glittreklinikken og Feiringklinikken med henholdsvis lunge- og hjerterehabilitering. De svært tørre klimamessige forholdene og lite vegetasjon gjør lungerehabilitering i Skibotn gunstigere enn andre steder. Effekten av rehabiliteringen er dokumentert gjennom to studier utført ved senteret.

Nordtun HelseRehab

Nordtun HelseRehab i Meløy, Nordland, har 56 senger. Har avtale med Helse Nord RHF for tilbud til Ortopediske pasienter(orto-geriatri, generelle brudd, protesekirurgi, amputasjoner og ryggkirurgi), Revmatikere(inflammatorisk og ikke-inflammatorisk), hjerneslag(kronisk fase), Opererte etter kreft og etter bløtdelskirurgi, og gruppetilbud til Tinnitus og Mb. Menière. Institusjonen har gjennom prosjektmidler fra Helsedirektoratet utviklet gruppetilbud til kreftpasienter. Gruppetilbud til Tinnitus/Menièrè og kreftpasienter gis i nært samarbeid med Nordlandssykehuset og brukerorganisasjoner. Institusjonens målgrupper kommer hovedsakelig fra Nordland fylke, men deltakere på gruppetilbud kommer fra hele regionen, og også utenfor regionen. Institusjonen har et faglig samarbeid, samt hospiteringsavtaler, med Nordlandssykehuset HF. Nordtun kan ta inn brukere med hjelpebehov, og har flere rom og pleiesenger for brukere med hjelpebehov. Nordtun er p.t. spesielt fokusert mot samhandlingsreformen, og bedre og økt samhandling med kommunene.

Valnesfjord Helseportssenter

Valnesfjord Helseportssenter (VHSS) yter tverrfaglig spesialisthelsetjenester innen habilitering, rehabilitering og arbeidsrettet rehabilitering basert på dokumentasjon og utviklingsarbeid.

Senteret har kvalitets- og miljøstyringssystemer som er sertifisert etter internasjonalt anerkjente ISO-standarder, og har oppnådd høyeste akkreditering fra CARF for programområdene: Medisinsk rehabilitering - barn og unge, Medisinsk rehabilitering – voksne, Arbeidsrettet rehabilitering.

VHSS har kapasitet på 92 døgnplasser og har over 100 ansatte med svært bred fagsammensetning. Institusjonen har spisskompetanse på pasientgrupper innen barn og unge (uavhengig av diagnose), nevrologi, revmatologi, muskel/skjelettlidelser, livsstilssykdommer, kreft og rehabilitering med utdanning og arbeid som mål / arbeidsrettet rehabilitering. Tett samarbeid med brukerorganisasjoner, helseforetak, kommuner, statlig og frivillig sektor gir god og relevant kvalitet på tilbudene. Pasientsammensetningen er kjønnsmessig balansert, viser relativt lav gjennomsnittsalder og en stor andel av institusjonens pasienter har behov for kompleks rehabilitering.

Med bakgrunn i våre særegne tilbud har VHSS landsdekkende funksjon. Tilbudene og tiltakene er forankret i Tilpasset Fysisk Aktivitet (TFA) som metode, hvor økt aktivitet og deltakelse er hovedmålsetning for mange. Intensiv trening, tilpasning og opplæring i bruk av aktivitetshjelpemidler og aktivitetsarenaer, mulighetsorientering, og veiledning er viktige elementer. Også mestringsstrategier, samtaler, endringsprosesser og utarbeidelse av konkrete mål og planer er vesentlig for varig effekt av oppholdene på 2-5 uker. Oppholdene er gruppebasert, men med individuell tilrettelegging og oppfølging.

VHSS har egen Forsknings- og utviklingsavdeling som blant annet ser på hvordan man kan sikre god kvalitativ og kvantitativ forskning på fagområdene innen rehabilitering / habilitering. Forsknings- og utviklingsarbeid pågår kontinuerlig for å sikre best mulig tjenester og resultater.

Fra 2012 er "Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse" etablert ved VHSS. Sentrale oppgaver er nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespredning innen fagområdet, kompetansespredning og veiledning i helsetjenesten og videreutvikling av fagfeltet ved etablering av nettverk og dokumentasjonssystemer.

VHSS er en viktig utdanningsinstitusjon, og er blant annet godkjent som gruppe II tjeneste for leger i spesialistutdanning innen fysikalsk medisin og rehabilitering og allmennmedisin.

13.3 Vedlegg 3: Rehabiliteringsbegrep i ISF

I ISF brukes noen av begrepene på annen måte, spesielt begrepene primær og sekundær rehabilitering. Definisjonene gjengis derfor, men i denne rapporten brukes for øvrig begrepene som tidligere anført

Kompleks rehabilitering (Z50.80): Rehabilitering som omfatter målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan, samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen og minimum 6 spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglige team ledet av spesialist i fysikalsk og rehabiliteringsmedisin.

Vanlig rehabilitering (Z50.89): som under kompleks rehabilitering, men minimum 4 helsefaggrupper.

Primær rehabilitering: opphold i avdelinger eller institusjoner hvor hensikten med oppholdet hovedsakelig er selve rehabiliteringen. I disse tilfeller skal enten Z50.80 eller Z50.89 kodes som hovedtilstand, og sykdomsdiagnosen (indikasjon for rehabilitering) som annen tilstand.

Sekundær rehabilitering: karakteriseres ved at samme opphold omfatter både akuttbehandling og rehabilitering. Den akutte sykdommen skal i disse tilfellene kodes som hovedtilstand, mens rehabilitering (Z50.80 eller Z50.89) skal kodes som annen tilstand.