



1. Innledning

Helse Nord RHF ønsker å starte et prosjekt hvis mål er å utarbeide en felles avklaring og strategi innen rehabiliteringsfeltet på tvers av spesialisthelsetjeneste og kommunene i Nord-Norge (jf. OSO sak 2015). Alle fire OSO har sluttet seg til det og skal bidra til å finne representanter til arbeidet. Prosjektet skal avdekke behov og gi anbefalinger til tiltak for videre beslutning. Brukernes behov skal være styrende i arbeidet, og anbefalingene faglige og kunnskapsbaserte. Disse skal gi et faglig grunnlag for å treffe administrative og politiske beslutninger vedrørende rehabilitering i kommuner og helseforetak. Hensikten med prosjektet er å videreføre Samhandlingsreformens intensjoner over i praktisk organisering av rehabiliteringstjenestene i Nord-Norge, slik at behovene til enkeltbrukere og brukergrupper blir dekket. Tiltakene må tilpasses regionens og de enkelte kommunenes forutsetninger, utviklingsplaner og eksisterende ressurser. Det legges derfor opp til dialogkonferanser med bred representasjon av brukere, politikere og fagmiljø. Mål for dialogmøtene er å oppnå felles vurdering og kunnskap om dagens situasjon, lokale forhold og fremtidige ressursbehov.

1.1 Bakgrunn

Seksten prosent av den voksne norske befolkning oppgir å ha nedsatt funksjonsevne med varighet i minst seks måneder på grunn av sykdom, funksjonshemming eller skader som har medført begrensninger i daglige aktiviteter (SSB, 2017). Utviklingen framover viser at det blir flere eldre (SKDE helseatlas, 2017) og flere som lever med kronisk sykdom. Flere skadde redde etter ulykker. Mange har eller vil få behov for rehabilitering i løpet av livet, og rehabilitering av god kvalitet kan være avgjørende for å sikre den enkeltes deltakelse i samfunnet. Å gjenvinne og opprettholde funksjon etter skade eller sykdom betyr livskvalitet for den enkelte pasient og pårørende, og gir også en god samfunnsøkonomi.

Rehabiliteringsfeltet er sammensatt med pasienter/brukere med ulike diagnoser og grad av funksjonsnedsettelse. Noen trenger enkeltstående tjenester i kommunen, andre har opphold i sykehus etter skade/sykdom, men trenger kun kortvarig oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Andre igjen har svært sammensatte, kompliserte og langvarige rehabiliteringsbehov, ofte med gjentagende sykehusopphold og behov for tverrfaglig oppfølging i kommunen. Koordinering og samhandling anses som vesentlig for å binde tjenestene sammen.

Samhandlingsreformen (2011) trekker opp linjene for framtidens helse- og omsorgstjeneste. Forebygging, tidlig intervensjon, rehabilitering og mestringsstrategier skal bremse behovet for kostnadskreven behandling og pleie i sykehus og sykehjem. Oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF til helseforetakene, Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-2019) samt Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) peker på behovet for økt samhandling, veiledning fra spesialisthelsetjenesten, og større faglig bredde og kompetanse i kommunehelsetjenesten.

Svikt i overføringen av informasjon og videreføring av tiltak mellom ulike behandlingsnivåer er en utfordring. En forutsetning for et godt rehabiliteringsforløp er koordinering og samarbeid mellom tjenester og nivåer, både internt i kommunen og på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste. Et helhetlig pasientforløp er essensielt, det samme blir bedre systematikk i tverrfaglig kommunal kartlegging og teambaserte tjenester. Rehabilitering må derfor være et satsnings- og utviklingsområde på begge nivå. I sum vil ovennevnte medføre endrede arbeidsformer, og behov for styrket tverrfaglig kompetanse i kommunene.

Prosjektet kan bidra til et tettere samarbeid mellom aktørene, utvikle kjennskap til hverandre samt etablere en felles forståelse og kunnskapsgrunnlag på tvers av nivåer, enheter og profesjoner.

1.2 Avgrensning av prosjektet.

Barn (<18 år), pasienter/brukere med habiliteringsbehov og psykiatriske og/eller rusrelaterte diagnoser er ikke inkludert i dette prosjektet.

2.0 Prosjektets mål

2.1 Visjon

Kommunene og spesialisthelsetjenesten i Helse Nord har en felles strategi for rehabiliteringsfeltet, slik at den enkelte bruker får dekket sitt behov for somatisk rehabilitering.

2.2 Hovedmål

Prosjektet skal avklare ansvars- og oppgavedeling innen rehabiliteringsområdet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i Helse Nord.

2.3 Delmål

Prosjektet skal

- Vurdere framtidig behov for institusjonsbasert rehabilitering (døgn- og dagplasser og ambulerende virksomhet) i henholdsvis kommune og spesialisthelsetjeneste.
- Identifisere områder med behov for samhandling og kompetanseoppbygging.
- Gi anbefalinger og tiltak som tydeliggjør på hvilket tjenestenivå pasienten skal få sitt rehabiliteringstilbud basert på funksjonsnivå.
- Utarbeide en plan for oppfølging av anbefalte tiltak.

2.4 Hvilke endringer skal prosjektet skape?

- Gi anbefalinger som tydeliggjør på hvilket tjenestenivå pasienten skal få sitt rehabiliteringstilbud basert på funksjonsnivå.
- Utarbeide strategi/tiltaksplan for oppfølging av anbefalinger

2.5 Forventet leveranse fra konseptfasen

- Utarbeide strategi/handlingsplan for å nå behovene i samarbeid med kommunene for perioden 2019-2023.

3.0 Styringsmessige eller faglige føringer

Oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF til helseforetakene, Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-2019) samt Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) peker på behovet for økt samhandling, veiledning fra spesialisthelsetjenesten, større faglig bredde og kompetanse i kommunehelsetjenesten. Ansvaret for rehabilitering er delt mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

En forutsetning for å sikre innbyggerne i Helse Nord god rehabilitering, er en klarere ansvarsfordeling og samhandling mellom helseforetakene og kommunene.

Helsedirektoratets Rapport IK-1947 «Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet» gir en veiledning om hvordan ansvaret bør fordeles. Primærhelsemeldingen Meld. ST. 26 (2014-2015) beskriver også at ansvarsdelingen i større grad bør overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

Kommune		Spesialisthelsetjeneste
Behov for tverrfaglig breddekompetanse?	 <p data-bbox="660 1330 948 1532">Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.</p>	Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for bredt sammensatt tverrfaglig team samlet på ett sted?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for intensiv oppfølging?
Behov for nærhet til brukers <u>livsarena</u> ?		Behov for nærhet til spesialisert, medisinsk kompetanse?
Behov for erfaring knyttet til store diagnosegrupper og relativt hyppig forekommende problemstillinger?		Behov for erfaring knyttet til smalere og mer spissede problemstillinger?

Figur 1 «Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet» (Hentet fra «Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator»).

Det er imidlertid store variasjon mellom kommunene hva angår ressurser i form av kapasitet og kompetanse innen rehabiliteringsområdet. For brukerne kan det bety at tilgjengelighet, kvalitet og omfang på tjenestene varierer avhengig av bosted. Behovet for avklaring og

etablering av styrkede samarbeidsrutiner i tråd med dagens føringer er derfor fortsatt tilstede.

4.0 Tidsplan og ressursbehov for prosjektet

4.1 Fremdriftsplan

Prosjektet er tredelt:

1) Kartleggingsfase 1

Planlegging og kartleggingsfasen starter i oktober 2017, og forventes avsluttet i juni 2019. Prosjektet skal forankres i OSO, kommuner og helseforetak. Lokale dialogmøter gjennomføres. Prosjektets del 1 avsluttes med en oppsummerende prosjektrapport med anbefalinger som forankres i OSO samarbeidet.

2) Forankringsfase

Forankringsfasen starter opp i slutten av kartleggingsfasen (vår 2019) og forventes avsluttet i høsten 2019.

Rapporten sendes til høring til Nordnorsk samarbeidsorgan for helseutdanning, kommuner, helseforetak, private rehabiliteringsinstitusjoner, regional koordinerende enhet/koordinerende enhet. OSO'ene og Regionråd blir deretter informert om anbefalingene i prosjektet/handlingsplanen.

3) Kartleggingsfase 2 - oppfølging av vedtak og kartlegging av nystartede prosjekter

Oppfølgingsfasen vil ha fokus på om anbefalingene har blitt omgjort til praktiske tiltak. Det er hensiktsmessig at denne fasen starter i 2021, men at prosjektleder sender ut en påminnelse om oppfølging av anbefalingene/vedtakene til OSO'ene i 2020.

Milepælsplan	Vår 2018	Høst 2018	Vår 2019	Høst 2019	Vår 2020	Høst 2020	Vår 2021	Høst 2021	Vår 2022	Høst 2022	Vår 2023
Kartleggingsfase 1											
Prosjektmandatet er godkjent i Helse Nord RHF											
Prosjektet er anbefalt av OSO'ene											
Styringsgruppe, prosjektgruppe, referansegruppe er etablert											
Lokaler til dialogmøter er valgt											
Dialogmøter er avholdt											
Prosjektrapport med anbefalinger er skrevet											
Høringsuttalelser er innarbeidet i prosjektrapporten											
Strategi/handlingsplan er utarbeidet											
Forankringsfase											
Rapport er sendt Helse Nord RHF											
Informasjon om anbefalinger/handlingsplan er gitt på OSO'møte og Regionråd											
Resultatene fra prosjektet er formidlet på regional rehabiliteringskonferanse											
Kartleggingsfase 2											
Påminnelse til OSO'ene er sendt (oppfølging av vedtak/anbefalinger): Hvordan ligger det an med å omsette anbefalingene til praktiske tiltak?											
Kartlegging av hvilke tiltak som er gjennomført eller planlagt på bakgrunn av anbefalingene/vedtakene i prosjektet er innhentet fra OSO											
Oppsummerende rapport fra kartleggingsfase 2 er sendt Helse Nord RHF											
Planlagt eller igangsatte tiltak etter prosjektet er formidlet på regional rehabiliteringskonferanse											

4.2 Ressursbehov

UNN HF bidrar med prosjektleder i tråd med oppdrag i stillingen som regional rehabiliteringsrådgiver. Samhandlingsenheten bidrar i prosjektet med administrative oppgaver. Det etableres en arbeidsgruppe rundt prosjektleder i forbindelse med arrangementer.

Helse Nord RHF bidrar med kr 50 000,- i driftsmidler til prosjektet i 2018.

Rehabiliteringsklinikkenes Forskning- og Fagutviklingsenhet, (ReFF), UNN bidrar med ytterligere driftsmidler.

Det forventes at kommunene bidrar med møtelokaler, bevertning og reisekostnader for sine ansatte til dialogmøtene. I tillegg forventes at kommuner i tilknytning til hverandre samordner seg for felles møter som kan bidra til å hente ut synergier på tvers av kommunegrensene.

5.0 Organisering og ansvar

Prosjektet er forankret i Helse Nord RHF, helseforetakene og OSO samarbeidet. Endelig prosjektrapport presenteres i OSO og det fremmes sak om videre oppfølging.

5.1 Prosjektledelse/ sekretariat

Regional rehabiliteringsrådgiver er Laila Skogstad

Sekretariat/AU vil bestå av ReFF, og koordinerende enhet ved UNN

5.2 Prosjektgruppe

Representanter for kommunene og helseforetakene i de enkelte OSO ene (8), og brukerne (RBU) (2) + prosjektleder og koordinerende enhet fra UNN (2) + 1 kommunelege og 1 lege fra spesialisthelsetjenesten.

5.3 Styringsgruppe

Fagdirektør Helse Nord RHF: Geir Tollåli, leder

Fagsjefer i Helse Nord

Medlem fra samarbeidsmøte (Tillitsvalgt)

4 representanter fra kommunesektoren

5.4 Referansegruppe

Fagråd rehabilitering

Samhandlingsutvalget i Helse Nord