



PROSJEKTRAPPORT
Rehabilitering i Nord-Norge
For et likeverdig og mer forutsigbart
rehabiliteringstilbud

Hørings svar 2019/1094

Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad

Generelle momenter

RNNK ser med tilfredshet på dette initiativet fra Helse Nord (HN) fordi det fokuserer på problemer vi daglig må forholde oss til i vårt arbeid med pasienter/brukere i forskjellige faser av sin rehabiliteringsprosess. Rapporten setter fokus på følgende hovedpunkter som skaper utfordringer for både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og som gjør det vanskelig å få til sømløse rehabiliteringsforløp:

- Mangelfull og usystematisk koordinering av pasientforløpene
- Utydelige ansvarsforhold
- Mangel på ressurser
- Mangel på spesialiserte tverrfaglige team
- Ofte fravær av individuell plan selv ved komplekse tilstander som krever langvarige tilbud
- Det er liten eller ingen bedring i det samlede tilbudet av rehabiliteringstjenester
- Pasienter/brukere og mange av fagpersonellet mangler god oversikt over «egne» tilbud

Rapporten ville blitt styrket dersom anbefalingene til ansvars- og oppgavedeling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste for å oppnå et likeverdig og mer forutsigbart rehabiliteringstilbud i større grad kunne blitt basert på vitenskapelige studier der effekten av dem var testet. Mangel på slik dokumentasjon indikerer at få slike studier finnes, og referanselista består derfor nesten utelukkende av veiledere, planer, rapporter og lover. Den vitenskapelige artikkel som er sitert er svært informativ og setter fokus på tverrfaglig rehabilitering etter slag i Danmark og Norge. Der beskrives forskjeller mellom slik rehabilitering mellom de to landene, og effektene av disse.

Anbefaling

- **Det bør lages en langsiktig oppfølging av de tiltak som iverksettes ved at det settes av midler til vitenskapelige studier for å evaluere effektene av ulike tiltak.**

Spesielle momenter

1. Prosjektgruppens sammensetning

Basert på informasjon i rapporten «Rehabilitering i Nord-Norge», står de private rehabiliteringsinstitusjonene for ca. 65% av volumet innen spesialisert, døgnbasert rehabilitering i HN. Imidlertid er de ikke representert verken i styringsgruppen eller prosjektgruppen. Bortsett fra 2 brukerrepresentanter og en LO representant består disse gruppene utelukkende av personer fra offentlige etater. Dette mener vi er en svakhet ved et prosjekt som skal foreslå ansvars- og oppgavedeling mellom nivåene i rehabiliteringskjeden for å oppnå et likeverdig og mer forutsigbart rehabiliteringstilbud. De private institusjonene er dog representert i referansegruppen ved Fagrådet i rehabilitering og deltok på dialogmøtene. Regional Koordinerende Enhet (RKE) har oversikt over og formidler informasjon om habilitering og rehabilitering i helseregionen og Regional Vurderingsenhet (RVE)

rettighetsvurderer og prioriterer henvisninger til private rehabiliteringsinstitusjoner i HN. Heller ikke disse enhetene, som har et overordnet regionalt ansvar for rehabilitering, var representert i styringsgruppen eller prosjektgruppen.

Vi mener at, for å få til sømløse rehabiliteringsforløp, er det avgjørende at de private institusjonene blir en reell integrert del av behandlingsskjeden, og at overordnede regionale enheter (RKE og RVE) som er ansvarlig for habilitering og rehabilitering i regionen inkluderes.

Anbefaling

- **Ved prosjekt som naturlig involverer private rehabiliteringsinstitusjoner bør det sørges for at disse blir representert mer sentralt i prosjektutviklingen.**
- **Enheter som har regionalt ansvar for rehabilitering og habilitering i HN (RKE og RVE) bør være representert i denne typen arbeid.**

2. Rolle i spesialisthelsetjenesten

2.1. Private rehabiliteringsinstitusjoner – rolle i spesialisthelsetjenesten? n

Til tross for at rapporten slår fast at de private rehabiliteringsinstitusjonene er en del av spesialisthelsetjenesten, er det fortsatt uklart hvilken rolle disse institusjonene har i den overordnede plan for rehabilitering i HN. Rapporten nevner f.eks. at mindre kommuner kan kjøpe rehabiliteringstjenester hos de private institusjonene. Dette er selvfølgelig mulig dersom slike institusjoner ønsker/kan tilby rehabilitering på kommunalt nivå. Imidlertid er kommunal rehabilitering i dag ikke en godt definert standard, og grenseoppgangen mot spesialisthelsetjenesten er følgelig dårlig.

Teksten til Figur 3 i kapittel 2 er på mange måter en god klargjøring av behovet hos slagpasienter. Vi tenker likevel at nivå 5.1 også bør inkludere de områdegeriatriske rehabiliteringsinstitusjonene på Finnsnes og i Nordreisa.

Anbefaling

- **En overordnet plan for rehabilitering i HN bør i større grad tydeliggjøre de private rehabiliteringsinstitusjonenes fremtidige rolle og integrering i spesialisthelsetjenesten.**

2.2. Mer fleksible avtaler mellom de private rehabiliteringsinstitusjonene og Helse Nord.

De private rehabiliteringsinstitusjonene arbeider i hht avtaler som ikke er tilstrekkelig fleksible i forhold til behovet hos en del pasienter fordi:

- a. **varigheten** av innvilget opphold blir for kort, og det lokale tilbudet er for dårlig. Dette bidrar til frustrasjon, usikkerhet og tvil om selve rehabiliteringsprosessen, og pasienten taper funksjon.
- b. gjentatte **reinnleggelser** vil være nødvendig for å oppnå og opprettholde best mulig funksjon.

c. Et mer **formalisert samarbeid** må igangsettes med pasientens hjemkommune for å sikre kompetanseoverføring. En praktisk gjennomføring som tilgodeser det reelle behovet vil kreve større ressurser enn hva som er lagt inn i gjeldende avtaler med HN.

Anbefaling

- **For å lettere kunne oppnå sømløse pasientforløp gjennom et likeverdig og mer forutsigbart rehabiliteringstilbud, foreslås at det vurderes:**
 - **Å gjøre avtalene med de private rehabiliteringsinstitusjonene mer fleksible.**
 - **Å formalisere, på lik linje med offentlige helseforetak, samarbeidet mellom de private rehabiliteringsinstitusjonene og kommunene.**

3. Slag-rehabilitering i Danmark og Norge: Hva kan vi lære¹?

Modellen som benyttes for nevrorehabiliteringen i Danmark er sentralisert for å få høyt faglig nivå. Tverrfaglige team på spesialistnivå lager da individuell rehabiliteringsplan for pasienter som skal utskrives der de anbefaler videre rehabiliteringsstrategier som skal gjennomføres i samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Dette sikrer en standardisering av nevrorehabiliteringen som ikke kan oppnås dersom pasienten sendes til hjemkommunen med mål om videre uspesifisert «kommunal rehabilitering». I motsetning til Danmark hvor det er korte avstander og stort befolkningsgrunnlag, har Nord-Norge lange avstander og lite befolkningsgrunnlag. Det synes derfor som det også vil være hensiktsmessig å benytte den danske modellen for nevrorehabilitering i Nord-Norge for å oppnå best mulige resultater for pasientene.

Anbefaling

- **Å vurdere om det er mer hensiktsmessig å benytte den danske modellen for nevro-rehabilitering i Nord-Norge for å sikre pasientene mest mulig likeverdige, forutsigbare og standardiserte tilbud.**
- **Å definere minste standard i ressurser og innhold for tilfredstillende kommunal nevro-rehabilitering.**
- **Å vurdere den danske modellen også for rehabilitering av andre tilstander som krever tiltak både innen spesialisert og kommunal rehabilitering.**

Vi har følgende kommentarer til de ulike avsnittene i rapporten:

4.«Anbefalinger for å møte framtidig behov for rehabilitering»

4.1.«Anbefalte fellestiltak»

Det er bra at rapporten identifiserer grupper hvor det bør være rehabiliteringsfokus både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Vi savner en annen stor gruppe, nemlig inflammatoriske lidelser. Selv om moderne medisiner har gjort mye for å minske følgetilstander forbundet med inflammatoriske sykdommer, er det fortsatt viktig med gjentatte, intensive

rehabiliteringsperioder for at disse pasientene skal kunne beholde optimalt funksjonsnivå lengst mulig.

I forhold til hjerneslag, mener vi at det vil være en fordel om slike pasienter, hvis de har rehabiliteringspotensiale og har moderate til komplekse problemstillinger, får intensiv rehabilitering først i spesialisthelsetjenesten før de sendes til kommunal rehabilitering med tilsyn av tverrfaglig ambulerende slagteam. En slik intensiv rehabilitering vil sannsynligvis kunne redusere behovet for institusjonsplass i kommunehelsetjenesten og derved være kostnadsbesparende og øke livskvaliteten til den enkelte pasient.

Anbefalinger

- **Det bør vurderes å inkludere inflammatoriske lidelser blant gruppene med behov for rehabiliteringsfokus både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.**
- **Vurdere å samle den primære spesialiserte rehabiliteringen av slag-pasienter til noen få steder og at de deretter følges opp i kommunehelsetjenesten i nært samarbeid med tverrfaglig ambulerende slagteam for å sikre at de får tilgang til høy kompetanse gjennom hele prosessen.**

4.2.«Tiltak i kommunehelsetjenesten»

Vi er enig i de forslag som prosjektgruppen kommer med, særlig erkjennelsen av at det er utfordrende eller umulig for de enkelte små kommunene å etablere fullverdige kommunale rehabiliteringstilbud. Senger til tverrfaglig rehabilitering i forholdet 1 seng pr 3000 innbyggere betyr at svært mange kommuner kun får 1-2 slike senger. De blir derfor dyre å drifte, får utfordringer med å skaffe tilstrekkelig faglige ressurser og for å holde kostnadene nede må slike senger etableres i sykehjem eller tilsvarende institusjoner. Vi oppfatter dette forslaget som noe ambisiøst, og tror det blir utfordrende å få til effektive rehabiliteringsprosesser med den beskrevne infrastruktur. Kun dersom flere kommuner går sammen for å få til større og mer robuste miljøer med flere rehabiliteringssenger tror vi dette kan la seg gjennomføre.

Anbefalinger

- **At HN og kommunene blir enige om hva som bør inngå i et «fullverdig kommunalt rehabiliteringstilbud»**
- **Det bør fastsettes hvor mange senger til tverrfaglig rehabilitering hver enhet bør ha for å gjøre dem faglig robuste og kostnadseffektive, og hvordan dette skal oppnås**
- **Det bør legges en plan for hvordan å skaffe de nødvendige faggruppene**
- **En tidsramme for når disse enhetene vil være i funksjon, vil være nyttig**

4.3.«Tiltak i spesialisthelsetjenesten»

Prosjektgruppen anbefaler at det etableres døgnrehabilitering i alle helseforetak og en økning i andelen spesialisert rehabilitering i sykehusene. Vi er enig i at det er behov for flere sykehusbaserte rehabiliteringssenger. Imidlertid stiller vi oss tvilende til at disse skal være spredd tynt utover alle eksisterende helseforetak. En slik modell vil nødvendigvis skape små

miljøer hvor det er vanskelig å opprettholde et høyt nivå på rehabiliteringstilbudene. Vi mener i stedet at det vil være en fordel om døgnrehabilitering i spesialisthelsetjenesten samles i et utvalg av institusjoner hvor man kan bygge opp tjenester på høyt faglig nivå.

Anbefalinger

- **At det vurderes hvilke implikasjoner etablering av døgnrehabilitering i alle helseforetak vil ha med hensyn til antall senger i hvert foretak, størrelse og sammensetning av de tverrfaglige team, rekrutteringsmulighet, tidsperspektiv samt kostnad, sammenlignet med å bygge opp disse tjenestene på høyt faglig nivå i et utvalg av foretak/private rehabiliteringsinstitusjoner.**
- **At det lages en tidsramme for evt. når slike enheter skal være i funksjon**

5.«Bedre samhandling og kompetanseoppbygging»

5.1.Felles ansvar for pasienten.

Felles ansvar betyr ofte pulverisering av ansvar. Derfor tror vi at tydelige rolleavklaringer er avgjørende for å fastslå hvem som har ansvaret for hva. Av den grunn må både hovedansvar og evt. delansvar forankres, enten til kommunehelsetjenesten eller til spesialisthelsetjenesten, avhengig av hvor komplekse behov pasienten har. Der pasienter med komplekse behov har vært grundig vurdert av et tverrfaglig team i spesialisthelsetjenesten bør, etter vår oppfatning, ansvaret for å designe det videre tilbudet gjennom en individuell plan ligge hos spesialisthelsetjenesten. Dette mener vi også vil være mest kostnadseffektivt. Dette hindrer ikke at ansvaret overføres til kommunehelsetjenesten når tilstrekkelig kompetanse er bygd opp.

RNNK anbefaler at kommunene og HN

- **vurderer forventet resultat/outcomes av «felles ansvar» for pasienten i motsetning til tydelige rolleavklaringer mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten med forankring av både hovedansvar og delansvar for rehabiliteringen av den enkelte pasient/bruker.**
- **vurderer hvorvidt ansvaret for å lage en individuell plan for pasienter/brukere med komplekse behov bør tillegges spesialisthelsetjenesten.**

5.2.Kommunehelsetjenesten og Spesialisthelsetjenesten

Her er det mange gode forslag. Disse vil kreve betydelige ressurser, både personellmessig og økonomisk. Dersom de faktiske økonomiske rammer ikke tillater dette, vil det være viktig å komme frem til gode modeller som likevel kan gi god rehabilitering til den enkelte pasient.

6. Avsluttende kommentarer

Det foreslåtte samarbeidsprosjektet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten for å utvikle en modell for samhandling og koordinering med ansvarsområde på tvers av nivåene, vil sannsynligvis innebære:

- a. Sammenslåing av kommuner eller tett samarbeid mellom kommuner for at hver enhet har en befolkning som er stor nok til at nødvendig infrastruktur kan etableres. Dette vil kreve betydelige ressurser og tid.
- b. Stor fare for at tilbudene blir alt annet enn likeverdige fordi de vil avhenge av den enkelte kommunes økonomi og tilgang på faglige ressurser. Vi tror derfor at jo mer rehabiliteringstilbudene desentraliseres, jo større er sannsynligheten for at de ikke blir likeverdige.
- c. Den enkelte kommune er tiltenkt å få overført nødvendig kompetanse fra spesialisthelsetjenesten til å kunne lage individuell plan også for pasienter som har komplekse lidelser/behov. Vi mener at spesialisthelsetjenesten innen rehabilitering etter en grundig kartlegging/evaluering og igangsetting av tiltak for pasienter med komplekse behov skal ha plikt til å utarbeide en individuell plan i samarbeid med primærhelsetjenesten. Dette vil bidra til effektivitet og begrenning av kostnader. Det vil også, i større grad, sikre likeverdige tilbud uavhengig av bosted. Det er også i hht eksisterende praksis der spesialisthelsetjenesten innen andre områder diagnostiserer, starter behandling, gir tilbakemelding om videre oppfølging til primærhelsetjenesten, og ved behov følger pasienten videre i samarbeid med primærhelsetjenesten.

Anbefaler at kommunene og HN

- **vurderer hva som kan gjøres på systemnivå for å lage enheter som er store nok til at nødvendig infrastruktur kan etableres.**
- **Etter etablering av enheter, sørger for regelmessig evaluering av hvorvidt de foreslåtte tiltakene i rapporten resulterer i likeverdige og tilfredstillende rehabiliteringstilbud for befolkningen i Nord-Norge.**

Likeverdige tilbud mellom kommunene.....

Rapporten fra prosjektarbeidet bygger på eksisterende lovverk vedrørende rehabiliteringsfeltet og kommunenes plass i dette. Et viktig spørsmål er hvorvidt dagens systemmodell støtter opp om lovens intensjon. En indikasjon på en viss uforlikelighet mellom lov og system finner vi i dagens krise i norsk barnevern som har foruroligende mange likhetstrekk med utfordringene innen rehabilitering. I likhet med rehabilitering i kommunesektoren, er barnevernet spredt utover kommuner med varierende størrelse og økonomi. Dette resulterer i betydelige kvalitetsforskjeller i barnevernet. Det beskrives svikt i brukers medvirkning, svikt i kompetansen som tilbys, hjulpetiltakene er ikke tilstrekkelig omfattende, ikke tilpasset, og for lite intensive, det er svikt i håndtering, vurdering, samarbeid med bruker og familie, og mangel på tverretattlig samarbeid med for lite helhetlige tilbud, samt generell mangel på ressurser. Mange slike saker er nå brakt til Den europeiske menneskerettsdomstolen (EMD). Nylig er det også stilt spørsmål ved om tilsvarende brudd på menneskerettighetene forekommer i eldreomsorgen i landet vårt. Verken for barn, eldre eller de som trenger rehabilitering synes det som om slike utfordringer kan løses kun gjennom ny lovgivning fordi dette dreier seg om system- og ressursproblematikk. Det er mange gode ansatte i barnevernet, i geriatrien, og innen rehabilitering, men de kan ikke bli bedre enn systemet de arbeider i. Konklusjonene i media er at «kommunene må ikke få større ansvar enn det de maktet å håndtere».

7. Infrastruktur for rehabilitering i kommunene.

Det er vanskelig å tenke seg hvordan ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten skal kunne systematiseres uten at det først er bygd opp nødvendig infrastruktur for dette i kommunene generelt. Et samarbeidsprosjekt for å avklare ansvars- og oppgavedelingen bør derfor også innbefatte forslag til en standardisert infrastruktur med beskrivelse av hva som bør inngå i tilbudet til rehabilitering som kommunene skal være ansvarlig for, og hvordan kostnadene til etablering og drift kan holdes nede. Forslagene bør deretter formaliseres gjennom politiske beslutninger.

Anbefalinger

- **Det foreslås at HN initierer et samarbeidsprosjekt med kommunene for å komme fram til en standardisert infrastruktur for rehabilitering i kommunene med overslag over etablerings- og driftskostnader.**
- **HN oversender forslagene til politiske organer for vurdering og formalisering gjennom politiske vedtak.**

Vi takker for anledningen til å gi et høringssvar på rapporten og ser frem til videre drøftelse av fremtidig rehabilitering i Nord-Norge.

Vennlig hilsen,



Synne Chadwick (sign)
Direktør

Reference

¹Aadal L., et al. Municipal Cross-Disciplinary Rehabilitation following Stroke in Denmark and Norway: A Qualitative Study. Rehabil Res Pract, 2018.

Doi: 10.1155/218/1972190