



Helse Nord RHF

Deres ref.:

Vår ref.:
2019/4209

Saksbehandler:
Tonje Elisabeth Hansen

Sted/dato:
Bodø, 14.09.2019

Høringsuttalelse fra Nordlandssykehuset - Rehabilitering i Nord-Norge

Tjenestetilbud innenfor spesialisert rehabilitering

Det er svært velkomment at man ønsker å ta fatt i rehabiliteringsfeltet i Helse Nord. Som det beskrives i rapporten kan 16 % av befolkningen i perioder ha behov for rehabiliteringsrettede tjenester. Det er mange som arbeider innen tjenesteområdet rehabilitering i Helse Nord, men det synes for uklart hva rehabiliteringen faktisk inneholder og hva den bør inneholde for å oppnå faglig forsvarlighet og god nok kvalitet. Nordlandssykehuset HF takker derfor for muligheten til å avgi høringssvar på prosjektarbeidet og rapporten «Rehabilitering i Nord-Norge».

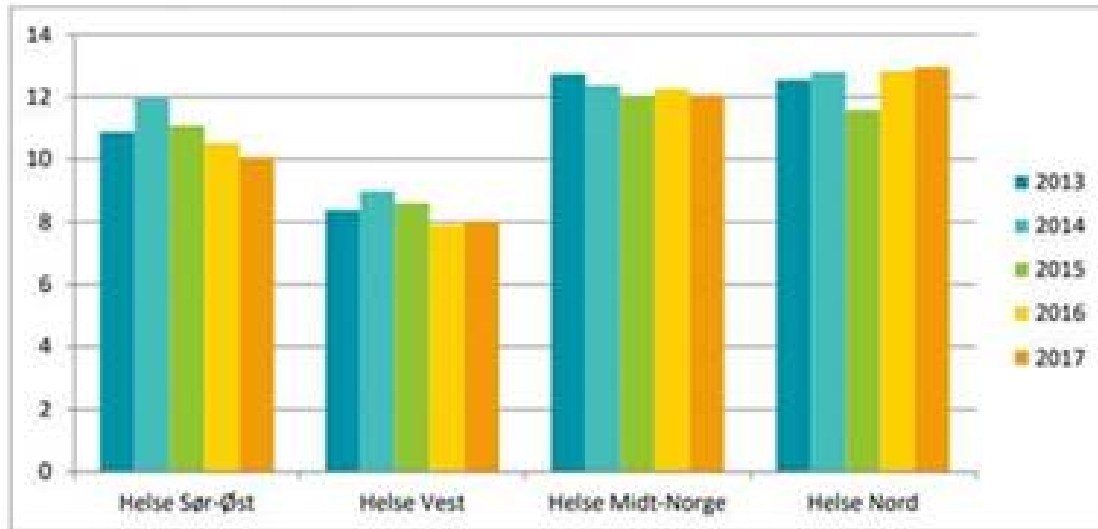
For det første ønsker Nordlandssykehuset å gi tilbakemelding på at siste utkast som styringsgruppen fikk tilgang til å diskutere før rapporten «Rehabilitering i Nord-Norge» ble sendt ut på høring, inneholdt betydelig mangler i innhold i forhold til høringsutkastet. Spesielt vil vi påpeke at tabell 6 (side 37) som beskriver at Nordlandssykehuset har et alt for lavt antall døgnplasser for spesialisert rehabilitering i forhold til beregnet behov, ikke har vært forelagt styringsgruppen eller diskutert med helseforetaket.

Høringsutkastet beskriver at heldøgner rehabilitering i spesialisthelsetjenesten gis hovedsakelig ved helseforetakene og de private rehabiliteringsinstitusjonene som har inngått avtaler med Helse Nord. For utvalgte komplekse og sjeldne tilstander er behandlingstilbudet samlet og definert som regionalt eller nasjonalt. Rapporten beskriver (tabell 3, s 24) antall døgnplasser på sykehusnivå innenfor tverrfaglig rehabilitering, slagenhet og stillinger til ambulant rehabiliteringsteam. Den sier noe om diagnoser og omfang av henvisninger til private institusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten, men ikke hva dette utgjør i faktiske døgnplasser.

I 2016 besluttet Nordlandssykehuset å styrke tilbudet om heldøgner rehabilitering i Vesterålen. Med bakgrunn i en manglende nasjonal norm og at det har vært vanskelig å få komplett oversikt over det tilbudet som ble gitt til pasienter i vårt oppdragsområdet, engasjerte Nordlandssykehuset Sykehusbygg HF for å få oversikt over aktivitet og kapasitetsbehov. Nordlandssykehuset lå da i øvre sjikt nasjonalt på antall liggedøgn per 10 000 innbyggere for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner). Isolert for rehabilitering gitt på sykehus var forbruket til pasienter i vårt opptaksområde noe lavere enn snittet nasjonalt,

men på nivå med Finnmarkssykehuset HF og høyere enn UNN HF. Analysenotat 8/2018 SAMDATA spesialisthelsetjenesten fra Helsedirektoratet viser i sin figur 5 (gjengitt under) at det er Helse Nord som har høyeste rate av rehabiliteringspasienter i spesialisthelsetjenesten.

Figur 5: Antall rehabiliteringspasienter per 1 000 innbyggere i spesialisthelsetjenesten totalt (sykehus + private institusjoner) etter region i 2013-2017.



Henvisninger til de private institusjonene går til Regional vurderingsenhet på UNN HF. Siden vi ikke håndterer disse henvisningene selv, mangler Nordlandssykehuset oversikt over antall henvisninger og pasientkategorier som gis tilbud ved de private institusjonene. Kostnadene for rehabiliteringen hos private institusjoner var i 2018 på ca. 80 mill. kroner for pasientene fra vårt opptaksområde, og forbruket i liggedøgn tilsvarte ca. 60 døgnplasser. Anslaget på et behov for 16 sengeplasser (tabell 6, s 37) innenfor spesialisert rehabilitering kommer fra «Regional handlingsplan for somatisk rehabilitering i Helse Nord 2014-2017», hvor det står: *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 minstandard tilstreber 1 døgnplass pr 7000 innbyggere i lokalsykehusområdet for foretakene.* Befolkningen i Nordlandssykehusets opptaksområde mottar rehabilitering innenfor spesialisthelsetjenesten fra flere aktører, både på sykehus og hos private institusjoner med avtale med Helse Nord RHF, og det har aldri vært noe uttalt mål om at vi som helseforetak skal dekke behovet for spesialisert rehabilitering i vår befolkning selv.

Døgnbasert rehabilitering innenfor spesialisthelsetjenesten for pasienter tilhørende vårt opptaksområde har i 2018 blitt levert via slagenhetene (18 døgnplasser), tverrfaglige rehabiliteringssenger i Vesterålen (4 døgnplasser) og ved avtaleinstitusjoner (forbruk tilsvarende ca. 60 døgnplasser). I tillegg kommer bruk av regionale døgnplasser ved UNN HF og nasjonale døgnplasser for utvalgte komplekse og sjeldne tilstander. På bakgrunn av tilgjengelige data mener vi at tilbudet om døgnbasert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten til pasientene i Nordlandssykehusets opptaksområde ligger volummessig høyt sammenlignet med resten av landet. Befolkningen i vårt opptaksområde har relativt høyt forbruk hos private institusjoner som har avtale med Helse Nord RHF. Siden vi ikke vurderer disse henvisningene selv, eller har oversikt over pasientpopulasjonen, er det vanskelig å vite om noen av disse burde hatt tilbud på sykehus istedenfor. Vi mener at den aktuelle rapporten må beskrive det totale tilbudet for spesialisert rehabilitering pasientene våre mottar, for å unngå å fremsette et inntrykk av

pasientene i Nordlandssykehusets nedslagsfelt har et langt dårligere tjenestetilbud enn øvrige pasienter i Helse Nord.

Definisjon og målgrupper

Rehabilitering kan mange ganger bli «elefanten i rommet» der alle der ut fra sitt ståsted og med sin erfaringsbakgrunn tenker og mener noe. Rapporten kan synes å bære preg av disse utfordringene, der intensjonen om at en i dialog med kommunene skal kunne komme med anbefalinger som en kan enes om. Anbefalingene blir derfor mange og til dels vage. Samtidig er spesialisthelsetjenesten ulik, og kommunene er svært ulike. Det som er bra for en kommune trenger ikke gjelde den andre, og spesialisthelsetjenesten kan velge å løse oppdragene sin på ulike måter.

Det savnes generelt gode beskrivelser av målgrupper, forekomster, antall pasienter og tilstandsgrupper som er gitt tilbud om rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Spesielt savnes det tall fra private rehabiliteringsinstitusjoner inkludert omfanget på bruken av, hvilke pasienter som bruker private tilbud og hvor de bor, samt innholdet i tjenestene som gis ved private institusjoner.

Rehabilitering kan ses på:

- Som et ideologisk ståsted med definisjonen av rehabilitering slik den foreligger i forskrift som et ideelt tiltak på mange livsarenaer og over flere tidsforløp (definisjon av rehabilitering s. 12 i rapporten)
- Som et pasientforløp: En helhetlig sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i en sykdomsperiode
- Som et tjenesteområde:
 - Døgn, tidlig støttet, ambulant, dag, poliklinisk eller som det beskrives
 - I SAMDATA: primær døgner rehabilitering, sekundær døgner rehabilitering, dag og poliklinisk rehabilitering)
 - Som nivåinndeling i spesialisthelsetjenesten (fig. S. 16)
 - Som nivåinndeling i kommunehelsetjenesten (se pyramiden s. 15)
- Som en måte å fordele ansvar mellom nivåer
 - Hva er kommunehelsetjenestens ansvar (fig.1, 2)
 - Hva er spesialisthelsetjenestens ansvar (fig 1, 3)
- Som beskrivelse av innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten og koding i ICD10 (basert på antall faggrupper, målrettethet, intensitet)
 - Primær rehabilitering
 - Sekundær rehabilitering
 - Vanlig rehabilitering
 - Kompleks rehabilitering
- Som grad av intensitet og kompleksitet (dosering, antall faggrupper, sekvensiell, samtidig og kronologisk)
- Som tilstandsgrupper /diagnosegrupper/ målgrupper for rehabilitering
 - I kommunehelsetjenesten
 - I spesialisthelsetjenesten

Når det skal konkretiseres en ansvarsfordeling, hvem gjør hva, hvilke satsingsområder som skal prioriteres fremover og ikke minst hva som forventes av den enkelte kommune og spesialisthelsetjeneste oppstår utfordringene. Dersom en blander de ulike perspektivene på

«elefanten i rommet» blir det vanskelig å håndtere. F.eks. er ikke rehabilitering i institusjon i en stor kommune det samme som i en mindre kommune. Rapporten blir derfor en blanding av gode hensikter og mange gode enkeltinnspill fra kommuner og spesialisthelsetjeneste i godt organiserte dialogmøter. Likevel er det en svakhet med rapporten at den er basert på disse dialogmøtene, hvor mange har hatt for få deltakere til å kunne gi innspill som belyser de ulike elementene god nok. Når det i tillegg er kun 48 av 85 kommuner som har deltatt i dialogmøtene svekkes rapporten ytterligere.

Spesifikke tilbakemeldinger

1. Innledning

Hensikten med prosjektet var og er å uforme en felles strategi for rehabiliteringsfeltet. Prosjektet har omfattet mange deltakere i prosjektorganisasjonen, og rapporten har trolig vært svært utfordrende å sy sammen. Det beskrives hvilket datamateriale man har bygget den på, men det er nok behov for langt mer konkrete størrelser og beskrivelser av feltet dersom en skal kunne bruke det til konkrete anbefalinger i regionen.

Dialogmøtene har vært ambisiøse, og godt organisert, men med lav deltakelse. Når det gjelder målsetningene i prosjekt er de svært ambisiøse og derfor vanskelig å innfri i prosjektet. Skal en kunne vurdere fremtidige behov kreves et annet tallmateriale som grunnlag. Det samme gjelder ambisjonen om å synliggjøre tilbud. Ved den vage beskrivelsen og uten antall pasienter og tilstander blir det vanskelig å få et riktig bilde av de tjenestetilbudene som finnes.

2. Ansvarsfordeling mellom nivåene

Nivåinndelingen i spesialisthelsetjenesten er en sammenblanding av finansieringsordning ISF som beskriver krav til faggrupper for å utløse takst for henholdsvis enkel og kompleks rehabilitering, og nivå av funksjonsnedsettelse som kriterier for nivåinndelingen. Det tredje nivået i spesialisthelsetjenesten bruker begrepet høyspesialisert og samtidig beskrives det pasientgrupper. – noe de andre nivåene ikke gjør. Utfordringen her er beskrivelsen av lokalsykehuset som sykehus med et entydig innhold. Nordlandssykehuset Bodø er noe annet enn sykehusene i Lofoten og Vesterålen, samt Helgelandssykehuset, men i denne sammenhengen blir det vurdert på samme nivå.

3. Beskrivelse av dagens rehabiliteringstilbud i Nord-Norge

Status for kommunehelsetjenesten

Her brukes det tall som er beheftet med stor usikkerhet, lav svarprosent og ikke minst usikkerhet om definisjonene av det som spørres etter forstås likt. Samlet sett gjør det datagrunnlaget svært usikkerhet. Det samme gjelder lærings- og mestringstilbud og innholdet i de. Det nevnes PSHT som viktige samarbeidspartnere, men størstedelen av sykehusene i Helse Nord har ikke slike team.

Det brukes også KOSTRA tall for å beskrive rehabiliteringssenger men det er ikke beskrevet hva kriteriene for disse tallene er. Bodø kommune nevnes som eksempel på god balanse mellom tilbud og etterspørsel uten at det finnes noen beskrivelser av hva dette betyr. En beskrivelse av tilbudet i denne kommunen kunne kanskje vært på sin plass? Når det gjelder utfordringer for kommunene kjennes de igjen som de samme gjennom de siste 20 år. Det nye er den interne nivåinndelingen i kommune for rehabiliteringsfeltet og velferdsteknologi satsingen.

Status for spesialisthelsetjenesten

Det er dessverre blitt feil i oversikten over spesialisthelsetjeneste (tabell nr. 3.) Her har det polikliniske rehabiliteringstilbudet ved Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset falt ut. I utkast til behovsvurdering- ytelse innenfor tverrfaglige spesialiserte somatiske Habiliterings og rehabiliteringstjenester i Helse Nord er det beskrevet poliklinikker for rehabilitering både ved Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset. I Nordlandssykehuset er også det ambulante rehabiliteringsteamet organisert sammen med fysikalsk medisinsk poliklinikk for bistand fra faggruppene i poliklinikken inn i det ambulante arbeidet, og spesialistbistand til inntaksvurderingene. FMR poliklinikk har 8 ansatte og ca. 2000 konsultasjoner/år. Antallet slagsenger i Lofoten er også angitt feil. Det riktige tallet er 4

Tabell 4 gir en oversikt over antall tildelte rehabiliteringsopphold, men tabellen er lite anvendbar for å komme med vurderinger når det ikke er en oversikt over antall pasienter, hvor mange som har søkt, hvem som har søkt de inn, hvilke kommuner de har tilhørighet til, og hvilke tilstandsgrupper de tilhører.

Utfordringene i spesialisthelsetjenestene gjenkjennbare. Kapasitet og ikke innhold og kvalitet er førende for hvor pasienter sendes, de private tilbudene er ikke godt nok kjent og beskrevet, uklare kvalitetskrav for innhold på rehabiliteringsavdeling på lokalsykehusnivå. Det defineres ikke hva som menes som lokalsykehusnivå, og tilbudene oppleves fragmentert og ikke sammenhengende.

Identifisering av grupper med udekkede rehabiliteringsbehov

Disse gruppene oppfattes å være en blanding av tilstander, senskader, diagnoser og beskrivelser av behov og bistand. Her er det heller ikke gjengitt forekomst eller beskrevet forventninger og tilbud. Det blir derfor vanskelig å beskrive fornuftige tiltak i rapporten.

Områder med behov for samhandling og kompetansebygging

Dette kapittelet blir generelt og lite spesifikt. Det nevnes utfordringer med kommunikasjon, elektroniske meldinger, rapporter, og det etterlyses tydeligere koordinatorfunksjoner og kontaktlegefunksjoner. Det beskrives gråsoner og ansvarspulverisering, mens tiltakene beskriver å «legge til rette for, etablere, bedre, ta i bruk, ta initiativ til, tilby». Tiltakene vil derfor ikke bidra til å klargjøre gråsonene og hvem som har ansvaret for hva.

Komtansetrappen nevnes, og dette kan være en start på gode kompetansehevende tiltak, men her blir det for mye fokus på tilstander. I dette avsnittet savner vi beskrivelser av mangel på kvalifiserte fagfolk. Erfaringer tilsier at det er mangel på sosialfaglig kompetanse i rehabiliteringsforløp. Dette også siden kommunene innehar i mindre grad denne kompetansen. Medisinsk faglig kompetanse innen rehabiliteringsfeltet er også i mange tilfeller kritisk for oppbygging av gode rehabiliteringstjenester. Bl.a. er tilgangen til fysikalsk medisinerer liten, og rekruttering er tids- og ressurskrevende.

Læringsnettverk for kompetansespredning er gode tiltak for å spre kompetanse. Rapporten angir gode og konkrete beskrivelser av hvordan organisere og drive læringsnettverk og kriterier for suksess.

4. Anbefalinger for å møte framtidige behov for rehabilitering

For tidlig støttet utskrivning må en også beskrive forekomst. Dette er en ny pasientgruppe for spesialisthelsetjenesten. Det må vurderes om det faktisk er behov for nye team fremfor å styrke

ART teamene med funksjoner til denne målgruppen. Målgruppen er slagpasienter med milde til moderate utfall som beregnes til 20 % av totalpopulasjonen av slagpasienter. For Nordlandssykehuset sin del er snakk om ca. 55 pasienter (30 Salten, 15 Vesterålen, 10 Lofoten, tall fra hjerneslagsregisteret 2017) som skal følges opp ambulant /via telefon/telekonsultasjoner i 1- 3 måneder etter utskriving

5. Anbefalinger for bedre samhandling og kompetansebygging

I dette kapittelet går en direkte på anbefalinger av PSHT for å bedre samhandling og koordinering, som et felles ansvar for pasienten i deler av pasientforløpet. Dette beskrives som en suksess i samhandling. Det er prisverdig med gode forslag for bedre samhandling, men det hadde vært på sin plass med en nærmere beskrivelse av suksessen disse teamene har oppnådd, og en konkret beskrivelse av hvordan dette kan gjøres.

Oppsummering

- Rapporten må beskrive bedre hvordan man ser på rehabilitering og hva tjenesteområdet inkluderer. Befolkningen i Helse Nord mottar spesialisert rehabilitering fra flere aktører, både hos sykehus og hos private institusjoner med avtale med Helse Nord RHF, samt foretak utenfor regionen. Dette må i rapporten beskrive tydeligere med målgrupper, forekomster, antall pasienter og tilstandsgrupper.
- Rapporten må suppleres med et større datagrunnlag og sikre datakilder, slik at de reelle behovene framkommer og målsetting samt konkrete tiltak kan beskrives og følges opp videre.
- Utfordringsbildet må beskrives tydeligere med bakgrunn i eksisterende tjenestetilbud og det fremtidige behovet for rehabilitering hos befolkningen i Helse Nord.
- Prosjektet og den tilknyttede prosessen må evalueres nøye med tanke på fremtidige lignende samarbeidsprosjekter mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten for å sikre at denne typen arbeid oppfyller målsettingen.

Med vennlig hilsen

Tonje Elisabeth Hansen
Fagsjef
Direktøren