

Helse Nord  
Postboks 1445  
8038 BODØ

**Vår ref:**  
2019/503-4

**Arkivkode**

**Saksbehandler**  
Øystein Johannessen, direkte tlf:

**Dato**  
09.09.2019

## **Høringsuttalelse til rapporten "Rehabilitering i Nord-Norge: Et samhandlingsprosjekt mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge 2018-2023"**

Jeg viser til høringsbrev om rapporten «Rehabilitering i Nord-Norge: Et samhandlingsprosjekt mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge 2018-2023».

Kommunestyret i Sømna behandlet høring i sak PS PS 48/19. Kommunestyret fattet godkjente nedenstående høringsuttalelse.

### **Høringsuttalelse fra Sømna kommunestyre**

Rapporten «Rehabilitering i Nord-Norge - Rapport fra et prosjektarbeid for et likeverdig og mer forutsigbart rehabiliteringstilbud i Nord-Norge» er et viktig bidrag for å sikre et bedre rehabiliteringstilbud for befolkningen i Nord-Norge. Rapporten setter søkelyset på en rekke utfordringer, flaskehalsar og mulige tiltak som vil ha stor verdi for alle deler av rehabiliteringstilbudet i Nord-Norge.

Sømna kommune uttaler seg i denne saken med to roller. For det første er kommunen en aktør i primærhelsetjenesten, og anbefalingene i kapittel 5.1 og 5.2 har verdi for kommunens eget arbeid med fremtidig habilitering og rehabilitering. For det andre er kommunen siden 2011 eier av Helgeland Rehabilitering i Sømna, heretter kalt HRIS, en privat rehabiliteringsinstitusjon innenfor spesialisthelsetjenesten.

En forutsetning for løse de utfordringene rapporten peker på er at de må analyseres i et systemperspektiv, der de rollene til de ulike aktørene, delsystemene, nivåene og foretakene må vurderes grundig. Rapporten beskriver et system i ubalanse med en rekke flaskehalsar. Våre innbyggere og pasienter er de som primært lider under dette. Videre vil Sømna kommune peke på at Helse Nord må ta en langt mer aktiv rolle som regionalt helseforetak og systemeier innenfor dette feltet. Uten et slikt taktskifte fra Helse Nord side risikerer man at dagens skjevheter og flaskehalsar ikke lar seg korrigerer i tilstrekkelig grad. Det er også etter Sømna kommunes



vurdering viktig og nødvendig å sette rehabilitering på den helsepolitiske dagsorden i mye sterkere grad enn tilfellet er i dag.

Sømna kommune noterer seg at det er få representanter fra vår region i prosjekt- og styringsgruppe. Det hadde vært ønskelig med en bedre fordeling mellom de ulike regionene, og vi mener at små kommuner, som det er flest av i landsdelen, har vært for dårlig representert i arbeidet, regionvise innspillmøter til tross.

Oversikten over rehabiliteringstilbud på side 24 viser også at Helgelandssykehuset har lavest tilbud på døgnplasser og stillingsressurser knyttet til rehabilitering sett opp mot de andre tre helseforetakene. En kan stille seg spørsmål om hva som er grunnlaget til dette og om det er påvirket av pasientgrunnlag, tilgjengelighet på tilbud som ligger for langt unna etc. Vi stiller oss noe undrende til figuren på s 20 som viser rehabiliteringstilbudet blant kommuner under Helgelandssykehuset. Her ligger det antakelig en inkurie til grunn for et tall som for Sømna kommunes del.

Pasientsentrert helsetjenesteteam (PSHT) er godt etablert både i Tromsø og Harstad med gode tilbakemeldinger fra kommunene som får tilbudet. Dette er et tilbud som også ønskes utprøvd i egen region. En av suksessfaktorene for PSHT vurderes å være at teamet har en blanding av UNN og kommune, og jobber sammen på tvers av organisasjonene. Teamet skal ikke bli et ekstra ledd i pasientforløpet og helsetjenesten, men skal bistå og tette risikoområder i pasientforløpet og styrke ordinær helsetjeneste når denne ikke strekker til. Dette kan for eksempel være kompetanse som kommunen selv ikke innehar.

Utvikling av PSHT i samarbeid med andre kommuner bør også sees i sammenheng med utvikling av kommunale primærhelseteam og oppfølgingsteam (jf Primærhelsemeldingen). Videre vil utvikling av lokale varianter av PSHT-team ta utgangspunkt i lokale behov og utfordringer. Man vil også kunne dra nytte av erfaringene og effektevalueringene fra PSHT-prosjektet. På overordnet nivå anbefales at sykehusene og kommunene i fellesskap bør se på hvordan koordinering på lang sikt over nivåene kan ivaretas bedre enn i dag. Inkludert felles dokumentasjonssystemer som støtter opp om pasientens behov ved overflytting mellom helsetjenestenivåer, samt bidrar til at helsepersonell i sykehus og kommune får brukt knappe fagressurser til pasientoppfølging som bygger på allerede kartlagt kunnskap i pasientens journal.

Innenfor spesialisthelsetjenesten mener vi det er viktig at ambulante team blir styrket. Det er ikke mulig å sikre nødvendig spisskompetanse i små kommuner. Vi ser positivt på at det blir utviklet en felles strategi for et likt og bedre tilbud gjennom helhetlige pasientforløp.

Det er viktig at det utarbeides klare retningslinjer ved ulike forløp, slik at det ikke blir en plan med bare ønskede mål. Det må utarbeide konkrete tiltak for de ulike fasene av forløpet. Det er viktig at det sendes tidligmelding til kommunene, at hjemreisen er planlagt og at det er et ventende tilbud.

Informasjon om tilbud er pekt på som en utfordring, og her bør det komme konkrete mål og tiltak.

Med referanse til kapittel 5.1 Fellestiltak er det viktig at kommunene får en egen representant inn i samhandlingen. Videre er det nødvendig å diskutere spørsmålet om kostnadene ved at kommunene skal ta over flere oppgaver samt styrke innsatsen og kompetansen på mange områder.

Vi ser positivt på at det utvikles kvalitetsindikatorer. Vi støtter også oppfordringen til Helse Nord om å etablere tilsvarende prosjekt for barn og brukere innen rus og psykiatri.

En systemutfordring er at rapporten skiller tydelig mellom kommunal og spesialisert rehabilitering. Den beskriver hva som forventes av den kommunale helsetjenesten. Standarden forutsetter at alle kommunene skal yte samme nivå av tjenester. Denne forutsetningen bidrar til ulikhet i tilgang på rehabilitering. Norske kommuner er ikke like med tanke på størrelse, økonomi og helsetilbud. I en bykommune nært et sykehus vil det være flere faggrupper (leger, sykepleiere, ergoterapeuter m.v.) tilgjengelige. I en distriktskommune langt fra sykehuset er det ikke samme tilgang på disse tjenestene. Ikke alle små kommuner har egne frisklivssentraler, selv om dette er lovpålagt.

Vi opplever mange avslag på henvisninger til spesialisert rehabilitering i Helse Nord. Avslagene begrunnes ofte med at pasientens behov for rehabilitering skal ivaretas av kommunen. Dette selv om pasienten selv om pasienten har vært gjennom behandling fra det kommunale hjelpeapparatet og vet hva kommunen kan tilby. Særlig gjelder dette pasienter med fedme og samtidig andre kroniske diagnoser. Også pasienter med ME(CFS) for avslag. Dette fører til frustrasjon og avmakt, både hos pasienten og fastlege. Nordlandssykehuset i Bodø er et regionalt senter for sykkelig overvekt. For pasienter fra Sør-Helgeland er det langt å reise dit eller til sykehuset i Sandnessjøen.

Begrepet «kommunal rehabilitering» oppfattes og praktiseres ulikt. Dermed risikerer en at begrepet blir utvannet og upresist. Noen store kommuner i Nord-Norge kan tilby rehabilitering på nivå med spesialisthelsetjenesten. Mange små kommuner har mer enn nok med å tilby sine kronisk syke og eldre helt grunnleggende hjelp i hverdagen. Vi har ikke spesialiserte funksjoner for rehabilitering av pasienter med fedme, CFS eller sammensatte lidelser med psykiske helseplager i bunnen.

Det er etter vår vurdering behov for en debatt både på systemnivå og innenfor kommune-Norge om hvordan lik tilgang på helsetjenester, en grunnleggende målsetting i norsk helsevesen, skal ivaretas på rehabiliteringsfeltet. Dette er en viktig helsepolitisk utfordring.

En av endringene i fremtidens rehabiliteringssystem i Nord-Norge er at bruken av døgnrehabilitering på sykehus kommer til å øke. For brukerne/pasientene i grisgrendte deler av landsdelen innebærer dette ofte ganske lange reiser som kan slite på pasientene. Vi ønsker ikke at pasientene skal være mer sliten etter et slikt opphold enn før de reiser. Sømna kommune ber Helse Nord evaluere de samlede effektene på pasientene av økt bruk av døgnrehabilitering ved sykehusene i landsdelen.

I rapporten kan det se ut som at man ønsker å bygge ned kapasiteten innenfor de private rehabiliteringsinstitusjonene til fordel for sykehusene. Etter Sømna kommunes mening er dette ikke et spørsmål om et enten-eller. Vi vet at behovet for rehabilitering ikke vil bli mindre, og i et slikt perspektiv vil det være direkte uklokt å bygge ned kapasiteten i det private segmentet.

Sømna kommune forutsetter at Helse Nord tar en aktiv rolle her som systemeier og sørger for at kapasiteten i det nord-norske rehabiliteringstilbudet er tilstrekkelig og at de private rehabiliteringsinstitusjonene får langsiktige og stabile rammevilkår for sin virksomhet. Det er ikke tilfelle i dag. En målsetting om en rehabiliteringsseng pr 3000 innbyggere er et rimelig estimat. Samtidig viser rapporten fra UNN at mange kommuner har langt frem til denne målsettingen i kombinasjon med et tiltagende samlet rehabiliteringsbehov i den nord-norske

befolkningen. En opprettholdelse av kapasiteten i det private segmentet vil være et godt og konkurransedyktig supplement til løsninger innenfor og mellom kommuner, f eks gjennom interkommunalt samarbeid.

Med hilsen

Øystein Johannessen  
rådmann

*Dette dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur.*