

Samlet organisering av spesialisert rehabilitering

Rapport fra arbeidsgruppe
Helse Sør-Øst RHF
Hovedstadsprosessen
Juni 2008

1. SAMMENDRAG.....	1
2. INTRODUKSJON.....	4
2.1. INNLEDNING.....	4
2.1.1. Mandat.....	4
2.1.2. Gruppas sammensetning og arbeidsform.....	6
2.2. RAMMEBETINGELSER FOR ARBEIDET	8
2.2.1. Nasjonal politikk og regelverk	8
2.2.2. Faglige trender innenfor rehabiliteringsfeltet.....	8
2.2.3. Tidligere dokumenter og faglige anbefalinger.....	10
2.2.4. Brukernes ønsker.....	11
2.2.5. Omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst.....	12
2.2.6. Implikasjoner av rammebetingelser for oppdraget.....	14
3. DAGENS STATUS	15
3.1. KJENNETEGN VED REGIONALE FUNKSJONER.....	15
3.2. EKSISTERENDE REGIONALE FUNKSJONER OG DERES LOKALISERING.....	16
3.3. EKSISTERENDE SPESIALISERTE FUNKSJONER SOM BARE FINNES NOEN ST EDER I REGIONEN OG DERES LOKALISERING.....	18
3.4. DAGENS ORGANISERING SETT I FORHOLD TIL BESKREVNE RAMMEBETINGELSER FOR REHABILITERINGSFELTET	19
4. GRUPPAS ANBEFALINGER	19
4.1. ORGANISERING AV REGIONALE FUNKSJONER.....	19
4.2. VIKTIGE FORUTSETNINGER FOR Å LYKKES MED ANBEFALT LØSNING.....	21
4.3. REGIONAL KOORDINERINGSFUNKSJON FOR REHABILITERING.....	22
4.3.1. Bakgrunn.....	22
4.3.2. Arbeidsgruppas anbefaling.....	23
5. KONSEKVENSVURDERING	24

1. Sammendrag

Arbeidsgruppa har, på tross av uenighet på flere punkter, samlet seg om følgende anbefaling når det gjelder samlet organisering av den spesialiserte rehabiliteringen i Helse Sør-Øst:

Arbeidsgruppa anbefaler at det etableres et eget rehabiliteringsforetak. I foretaket samles dagens regionale funksjoner ved SSR og Sunnaas sykehus HF og eventuelle flerregionale funksjoner ved disse institusjonene som bør lokaliseres sammen med de regionale funksjoner, ut fra faglige avhengigheter. I vurderingen av hvilke flerområdefunksjoner som skal inngå, må det tas hensyn til at disse funksjonene bør spres geografisk i Helse Sør-Øst, for å sikre mest mulig lik tilgjengelighet. Dette taler for at flerområdefunksjoner legges sammen med områdefunksjoner, så sant ikke faglige avhengigheter med regionale funksjoner sterkt taler mot dette. På den måten vil flerområdefunksjoner også kunne bidra til sterkere fagmiljøer på områdenivå.

Når det gjelder regionale funksjoner utenfor Sunnaas sykehus HF og SSR, er gruppas anbefaling at funksjonen knyttet til multitraumerehabilitering inkluderes i rehabiliteringsforetaket. Dette på grunn av de faglige avhengigheter denne funksjonen har til andre regionale funksjoner i behandlingsforløpet for disse pasientene. Fordi denne funksjonen imidlertid må lokaliseres til det sykehuset som har regional multitraumefunksjon (i dag UUS HF), kreves det en spesiell utredning av hvordan dette organisatorisk/juridisk mv. kan ivaretas. Gruppa anbefaler at dette utredes.

Når det gjelder den regionale funksjonen ved Sykehuset Innlandet HF, for armamputerte, mener gruppa at de faglige avhengighetene til øvrige regionale funksjoner ikke er så sterke at funksjonen må inn i rehabiliteringsforetaket. Arbeidsgruppa anbefaler derfor at denne funksjonen ikke integreres i rehabiliteringsforetaket i denne omgang, men at dette vurderes på et senere tidspunkt.

Sunnaas sykehus HF og SSR tilbyr i dag tjenester som i følge kriteriene gitt over, ikke skal inkluderes i rehabiliteringsforetaket. Dette gjelder områdefunksjoner, flerområdefunksjoner som ikke har en entydig faglig avhengighet til de øvrige regionale funksjonene og eventuelle basis-/lokalfunksjoner. Disse funksjonene forutsetter arbeidsgruppa at overføres det sykehusområde/helseforetak som tjenesten i dag utføres for (vurdert med utgangspunkt i hvilket opptaksområde pasientene som bruker tjenesten kommer fra). En slik overføring er en nødvendig forutsetning for at sykehusområdenes rehabiliteringstjenester skal kunne styrkes både innholdsmessig og organisatorisk, i tråd med styrevedtaket, og gjøre sykehusområdene i stand til å ivareta befolkningens behov for rehabilitering.

De regionale funksjonene som skal inkluderes i rehabiliteringsforetaket er i dag spredt på flere lokasjoner. Styrevedtaket i Helse Sør-Øst forutsetter ikke at *alle* må samles samme sted fysisk, men faglige avhengigheter må ivaretas. Avgjørende for hvor mange lokasjoner rehabiliteringsforetaket skal ha, vil i tillegg til faglige avhengigheter, være det samlede volum av de regionale funksjoner, og eventuelle flerområdefunksjoner, som inkluderes. Når dette volumet er avklart, må antall lokasjoner vurderes ut fra behovet for å skape sterke fag- og forskningsmiljøer og kostnadseffektiv drift innenfor rehabiliteringsforetaket.

Arbeidsgruppa anbefaler derfor at det på et senere tidspunkt, når strukturen i sykehusområde Sentrum er avklart, foretas en evaluering og ny vurdering av de regionale rehabiliteringstjenestenes/rehabiliteringsforetakets relasjon til øvrige regionale funksjoner i Helse Sør-Øst.

Arbeidsgruppa anbefaler at ledelsen i det nye regionale rehabiliteringsforetaket, i samarbeid med aktuelle enheter/fagmiljøer, får i oppdrag å:

- Utvikle relasjonen til regionsfunksjonen ved sykehuset Innlandet (avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering, Ottestad) og på et senere tidspunkt vurdere innlemming av funksjonen i det regionale rehabiliteringssykehuset.
- Utforme forslag til ny regional plan for rehabilitering. I denne skal det, med utgangspunkt i helhetlige behandlingkjeder som bygger på oppdatert kunnskap og utviklingstrender i faget, skisseres hvilke funksjoner/tilbud som bør finnes, og i hvilket omfang, innenfor hvert områdesykehusnivå i helseregionen. Beslutninger om fordeling av funksjoner mellom rehabiliteringsforetaket og øvrige helseforetak i sykehusområdene besluttet av det regionale helseforetaket, og formidles gjennom driftsavtalene med helseforetakene og kjøpsavtaler med de private institusjonene.

Arbeidsgruppen foreslår at rehabiliteringsforetaket etableres ved fusjon av de regionale funksjoner ved Sunnaas sykehus HF og SSR f.o.m. 1. januar 2009. Det må i perioden frem til 1. januar 2009 avklares hvilke funksjoner som skal inkluderes i foretaket og hvilke som skal overføres til sykehusområdene for å styrke rehabiliteringen slik styrevedtaket forutsetter. Funksjonsfordelingens konsekvenser for rehabiliteringsforetakets organisering og lokalisering, er en del av dette.

Arbeidsgruppa har følgende anbefaling når det gjelder regional koordineringsfunksjon for rehabilitering:

Arbeidsgruppa anbefaler at det etableres en regional koordinerende og rådgivende funksjon innenfor rehabiliteringsfeltet. Funksjonen bør organisatorisk og faglig tilknyttes rehabiliteringsforetaket og ha oppgaver som reguleres gjennom driftsavtale mellom Helse Sør-Øst RHF og rehabiliteringsforetaket. Arbeidsgruppa anbefaler at det opprettes en referansegruppe tilknyttet enheten bestående av representanter fra private og offentlige virksomheter innen spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, samt brukerorganisasjonene.

Arbeidsgruppa anbefaler videre at enheten skal:

- Gi informasjon om tilbud til pasienter, pårørende og helsepersonell. Dette skal skje gjennom et nettsted med oversikt over aktuelle rehabiliteringstilbud som finnes i spesialisthelsetjenesten og gjennom informasjonstelefon. Telefonfunksjonen må koordineres mot oppgavene til Fritt Sykehusvalg telefonen. Det forutsettes god dialog med koordinerende funksjoner i helseforetakene og gjennom disse kunne veilede om kommunenes rehabiliteringstilbud.
- Bidra til likeverdig fordeling av tilbudene i henhold til pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Dette skal skje gjennom opplæring/formidling av hvordan pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften bør anvendes innenfor rehabilitering. Funksjonen skal også iht avtale med det regionale helseforetaket behandle henvisninger iht pasientrettighetsloven. Oppdraget er gitt fra Helse Sør-Øst RHF som prosjekt til og med 2009. En evaluering og planmessig avvikling av denne oppgaven, parallelt med utvikling av poliklinisk vurderingskapasitet i helseforetakene/sykehusområdene, samt bedre omforent forståelse av pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften, må inngå i funksjonens mandat.
- Være rådgivende funksjon for RHF. Dette innebærer å ha en oversikt over rehabiliterings tiltak i regionen, herunder kartlegge og ha god oversikt over rehabiliteringstilbudene i forhold til kapasitet, kvalitet og kompetanse. Det innebærer også å føre analyser av behov og forbruk som grunnlag for avtaler og oppdragsdokument mellom det regionale

helseforetaket og offentlige og private tjenesteytere innen rehabilitering ifm budsjett og driftsavtaler. Enheten skal ha kontakt med øvrige regionale koordinerende enheter for rehabilitering, for derved å bidra til utvikling av feltet nasjonalt. Enhetens funksjon må avgrenses mot Helse Sør-Øst RHF sine egne enheter for analyse, rapportering, kvalitet og prioritering m.v. Enhetens oppgaver må også justeres mot oppgaver som legges til regionavdelingene innen de enkelte regionfunksjoner. (jfr styresak 38/2008).

2. Introduksjon

2.1. Innledning

2.1.1. Mandat

Ved behandling av sak 068/2007, Program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst, i desember 2007, ba styret blant annet om at det til april møtet ble lagt fram beslutningsgrunnlag for samlet organisering av spesialisert rehabilitering i regionen som en del av det øvrige beslutningsgrunnlaget for spesialiserte tjenester. Ved behandling av sak 038-2008 på møtet i april vedtok styret at arbeidet med å utforme forslag til samlet organisering av spesialisert rehabilitering i regionen videreføres og legges frem for styret i juni.

Det nedsettes derfor en arbeidsgruppe som, med utgangspunkt i de overordnede mål og prinsipper angitt i det følgende, skal utarbeide forslag til samlet organisering av spesialisert rehabilitering i Helse Sør-Øst.

Arbeidet avgrenses primært til å omhandle organisering/organisatorisk tilknytning for habiliterings-, rehabiliterings- og fysikalskmedisinske tjenester som ytes ved Rikshospitalet HF/Specialsykehuset for rehabilitering i Stavern og Kristiansand og Sunnaas sykehus HF. Med bakgrunn i at både Ullevål Universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF innehar nasjonale /avanserte funksjoner innen spesialisert rehabilitering, vil disse foretakene trekkes inn i gruppens arbeid.

Arbeidet skal bidra til å bedre helsetjenesten og å oppfylle Helse Sør- Østs visjon om:

Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, kjønn, økonomi og etnisk bakgrunn.

Nasjonale mål og planverk, herunder Nasjonal helseplan 2007-2010 og Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011, skal legges til grunn for arbeidet.

Arbeidet må ta utgangspunkt i styret i Helse Sør-Øst sitt vedtak i styresak 038-2008. Av dette fremgår at sykehusområder skal legges til grunn for videre utvikling av spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. Spesialisthelsetjenesten innenfor et sykehusområde skal organiseres slik at tjenestene differensieres i lokalbaserte og spesialiserte tjenester. Normalt skal et sykehusområde dekke 80-90% av befolkningens behov for tjenester. Videre angir styrets vedtak bl.a. følgende målbilde:

- Klar rollefordeling/differensiering mellom sykehus
- Laveste effektive omsorgsnivå (LEON)
- Lokalsykehus skal ha tilbud til flertallet av pasientene
- Akuttfunksjoner for kirurgi/ortopedi og spesialiserte tjenester samles normalt ett sted
- Spesialiserte funksjoner lokaliseres ut fra optimalt pasientvolum og faglige avhengigheter
- Regionale funksjoner kun ett sted i regionen, faglige avhengigheter ivaretaes
- Overkapasitet må reelt taes ned, både i form av arealer og bemanning
- Samordning av somatikk, rus og psykisk helsevern
- Ressursfordeling sykehus-DPS 50/50 og realisasjon av bygningsmasse innen psykisk helsevern
- Styrket samhandling med kommunene

Det vises for øvrig til styrets vedtak (se vedlegg).

En viktig begrunnelse for videre utvikling av spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst innenfor sykehusområder, er å legge til rette for helhetlige pasientforløp gjennom god samordning mellom sykehus og helseforetak *innenfor* sykehusområdet og gjennom god samhandling med kommunene. Det følger av dette at sykehusområdene må ha ansvar for all habilitering og rehabilitering med unntak av regionale og nasjonale funksjoner og tjenester som ytes i private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner.

2.1.1.1. Konkrete leveransekrav

Regionale funksjoner:

- Hvilke av de tjenester som i dag ytes ved Spesialsykehuset for rehabilitering (SSR) og Sunnaas sykehus HF er regionale (og eventuelt nasjonale) funksjoner som i følge styrets vedtak bare bør finnes ett sted i regionen?
- Hvilke tjenester kan/bør overføres til sykehusområdene (områdesykehus)?
- Hvordan bør regionale spesialiserte rehabiliteringstjenester organiseres, som eget helseforetak, eller som del av et regions-/universitetssykehus?

Regional koordinerende og rådgivende enhet for rehabilitering

- Hvilke funksjoner bør tilligge en regional koordinerende og rådgivende enhet for rehabilitering?
- Hvordan bør denne enheten organiseres?

2.1.1.2. Grunnlag for gruppens arbeid

Det forutsettes ikke nye omfattende utredninger av problemstillinger, men uttrekk og fornyet drøfting av forslag som foreligger fra utredninger i begge de tidligere helseregioner, samt vurdering og drøfting av de innspill som er fremkommet i prosessens første fase (januar-april), herunder i dialogkonferansen 6. mars 2008.

Arbeidsgruppa bes skissere fordeler og ulemper ved ulike organisatoriske løsninger og eventuelt gi sin anbefaling av én løsning.

Frist for sluttrapport: 30. mai

2.1.1.3. Enkelte presiseringer til mandatet

Når det gjelder habilitering som område, er det i denne sammenheng å forstå som habiliteringstjenester knyttet til funksjoner ved SSR Kristiansand og ikke generelle habiliteringstjenester. Det håndteres i en annen prosess.

Dette oppdraget og arbeidsgruppens mandat omhandler ikke spesielt rehabilitering av barn. Det var imidlertid bred enighet om at det er viktig at barn og unge med funksjonstap etter traumer og sykdommer som normalt ikke inngår i habiliteringstjenestenes pasientgruppe, også omtales i denne sammenheng der det er del av tilbudet ved SSR og Sunnaas sykehus.

For å sikre fagets identitet og videreutvikling, ble det påpekt at denne prosessen også må ivareta utdanning og forskning, men med en avgrensning mot arbeidsgruppen som jobber parallelt med universitetsfunksjoner (del av Hovedstadsprosessen) og arbeidet med regional forskningsstrategi (eget prosjekt i omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst).

2.1.2. Gruppas sammensetning og arbeidsform

2.1.2.1. Arbeidsgruppens sammensetning

Følgende medlemmer har deltatt i arbeidsgruppen:

- Arne Throndsen – divisjonsdirektør/ avdelingssjef Beate Garfelt - Avdeling for fysikalsk med og rehabilitering Sykehuset Innlandet HF
- Cecilie Røe - overlege Bevegelsesdivisjonen UUS HF
- Nils Hjeltnes – sjefslege Sunnaas Sykehus HF
- Kirsten Sæther – samhandlingssjef Sunnaas Sykehus HF
- Jørn Jacobsen - direktør SSR/Rikshospitalet HF
- Liv Marit Smedstad sjefslege SSR/Rikshospitalet HF/Einar Hysing Medisinsk direktør Rikshospitalet HF
- Geir Gundersen – foretakstillitsvalgt Sunnaas Sykehus HF
- Tone Ness – tillitsvalgt Rikshospitalet HF/SSR/Richard Nilsen tillitsvalgt Rikshospitalet HF/SSR
- Lisbeth Eikenæs - konserntillitsvalgt Helse Sør-Øst RHF
- Bjørn Moen – leder av brukerutvalget Sunnaas Sykehus HF
- Magnar Sortåsløkken – brukerrepresentant Rikshospitalet HF/SSR
- Alf Magne Bårdsett – leder av brukerutvalget Helse Sør-Øst RHF
- Martha Østbye – Spesialrådgiver/prosjektsekretariat Helse Sør-Øst RHF
- Maren Skaset – prosjektsekretariat Helse Sør-Øst RHF
- Toril Bariusdotter Ressem – arbeidsgruppens leder/prosjektsekretariat Helse Sør-Øst RHF

2.1.2.2. Organisering og arbeidsmåte

Arbeidet har vært organisert som et prosjekt med arbeidsgruppe og et prosjektsekretariat med en ansvarlig prosjektleder.

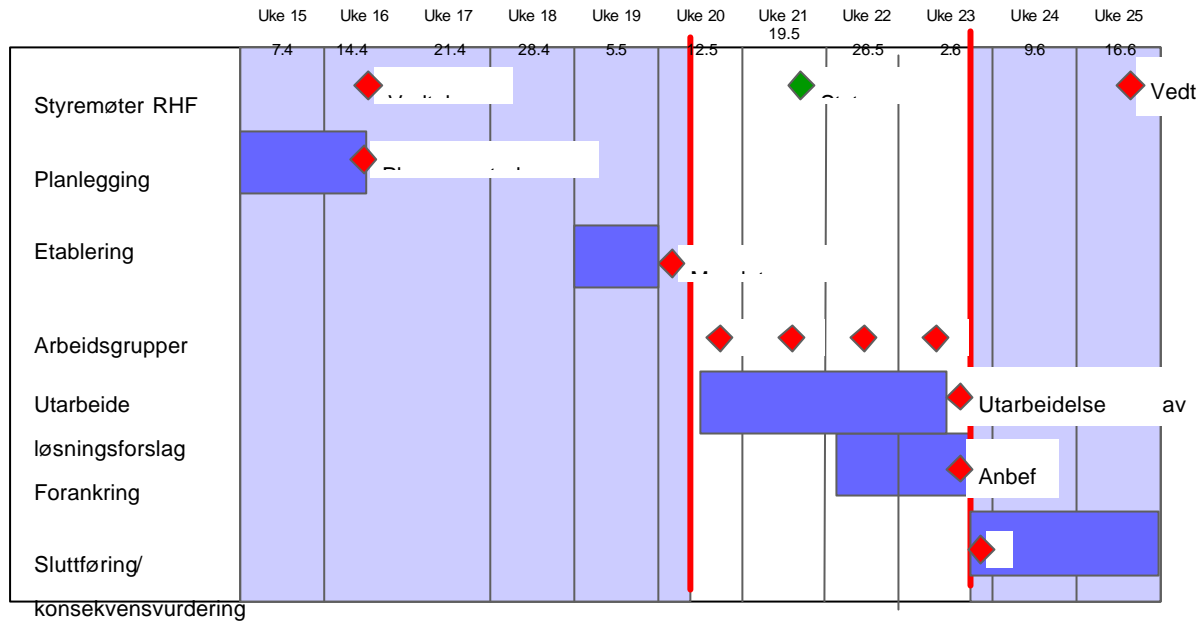
Arbeidet i gruppa har vært preget av høyt tempo og fra første arbeidsgruppemøte 14. mai til levering av sluttrapport 6. juni, har det vært 3 ½ uke til disposisjon for dialog og samhandling med aktørene i arbeidsgruppa. Etter 3. arbeidsgruppemøte 28. mai fikk prosjektet forlenget leveransefristen med en uke, fra 30. mai til 6. juni.

Alle arbeidsoppgaver og problemstillinger som har vært diskutert og referatført i arbeidsgruppens møter, har vært gjennomført i høyt tempo med til dels svært korte høringsfrister.

Tempoplanen i dette arbeidet bestemmes av framdriftsplanen for hele Hovedstadsprosessen og at ledelsen i Helse Sør-Øst skal legge fram en helhetlig regional strategi for organisering av spesialisthelsetjenesten i regionen for styret 19. juni. I etterkant av styremøtet skal strategien, inklusive arbeidet med rehabilitering, ut på en bred høringsrunde fram til 20. september. I denne høringsrunden vil alle som er berørt av endringer i regionen, få anledning til bl.a. å vurdere ulike konsekvenser av foreslåtte tiltak.

(Se for øvrig helhetlig tidsplan for hovedstadsprosessen under pkt 2.2.5.1. Styresak 38/2008 Omstilling og hovedstadsprosessen.)

Arbeidsprosessen for spesialisert rehabilitering har hatt følgende tidsplan fra utforming av mandat for arbeidet til levering av arbeidsgruppens anbefalinger:



Arbeidsgruppen har gjennomført 4 arbeidsmøter. Følgende problemstillinger knyttet til mandat og leveransekrav har vært diskutert som følger:

- 14. mai: Funksjonsfordeling, oppgaver og ansvar regionalt
- 21. mai: Grenseoppganger mot spesialisert rehabilitering i sykehusområde
Organisering av regionsfunksjoner – ett sted i regionen
- 28. mai: Organisering av regionsfunksjoner
Organisering av regional rådgivende og koordinerende enhet
- 4. juni: Forankring av endelig anbefaling fra arbeidsgruppa

Arbeidsmåten i møtene har bestått av gruppearbeider og plenumsdiskusjoner.

For å sikre optimal kommunikasjon, har prosjektsekretariatet:

- utarbeidet oppsummering/utkast til referat fra arbeidsgruppemøtene distribuert til arbeidsgruppens medlemmer
- arbeidsgruppens medlemmer har kommentert, supplert, korrigert og meldt tilbake til sekretariatet
- prosjektsekretariatet har gjennomgått innspillene påfølgende arbeidsgruppemøte og utformet endelig referat
- prosjektsekretariatet har parallelt utarbeidet deler av sluttrapporten som ble sendt til deltakerne i arbeidsgruppen mandag 26. mai. Dette gjaldt særlig en endelig definering av regionale funksjoner og flerområdefunksjoner
- utkast til anbefalinger fra gruppen ble sendt ut tirsdag 3. juni og gjennomgått i arbeidsgruppemøte 4. juni.
- endelig sluttrapport lagt ut til arbeidsgruppen for sluttcommentarer 5. juni
- endelig rapport fra arbeidsgruppa levert 6. juni

2.2. Rammebetingelser for arbeidet

2.2.1. Nasjonal politikk og regelverk

Det er tverrpolitisk enighet om behovet for å styrke rehabiliteringsfeltet. I Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering uttales at: ”Rehabilitering har ikke den posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske målene tilsier.” Det overordnede målet for rehabiliteringsstrategien er å endre dette. Den politiske styringen av arbeidet skal styrkes, og det påpekes at endringsarbeidet krever langsiktige utviklingstiltak og innsats på mange områder.

Følgende punkter står sentralt i strategien:

- Det må settes av tilstrekkelige ressurser på habiliterings- og rehabiliteringsområdet slik at det etableres riktig kapasitet for tjenestene.
- Brukermedvirkning på individ og systemnivå, inkludert likemannsarbeid skal styrkes.
- Samarbeid med andre aktører, også utenfor helse- og omsorgssektoren står sentralt.
- Tiltak for å styrke arbeidet med individuelle plan, styrke de koordinerende funksjonene og sikre pasientrettighetene står sentralt.
- De private institusjonene er viktige ressurser.
- Kommunenes rolle er sentral.
- Faglig kvalitet og status skal styrkes.
- Verdigrunlaget for habilitering og rehabilitering skal ivaretas.
- Rehabiliteringsarbeidet skal bidra til å bedre og bevare funksjonsnivå, hjelp til å endre helseskadelig livsstil, og bidra til at flest mulig kan være aktive deltagere i dagligliv, arbeidsliv og samfunnsliv.

I tråd med dette presiseres det i Oppdragsdokumentet for 2008 at rehabiliterings- og habiliteringsområdet skal prioriteres og styrkes. Dokumentet beskriver følgende forhold som retningsgivende for arbeidet med å utvikle rehabiliteringsfeltet: Helhetlige behandlings- og rehabiliteringsforløp, samhandling og brukermedvirkning, tilgjengelighet og likeverdighet. Det presiseres at rehabilitering skal være en integrert del av behandlingen ved alle kliniske avdelinger. Videre fremheves det at lokalsykehusenes rolle i behandlingsskjeden er et viktig element i arbeidet med å styrke rehabiliteringsfeltet samtidig som det stilles krav om at ambulante rehabiliteringstjenester skal inngå som en del av lokalsykehusfunksjonen

2.2.2. Faglige trender innenfor rehabiliteringsfeltet

Noen sentrale faglige trender nevnes her spesielt fordi de kan få betydning for framtidig organisering av rehabilitering:

1) Mer vekt på integrering av medisinsk akuttbehandling og rehabilitering.

Tanken om at behandling og rehabilitering er to ulike ting som kan skilles fra hverandre, har vært sterkt grunnfestet i helsetjenesten.¹ De kurative miljøene og rehabiliteringsmiljøene har hatt en tendens til å distansere seg fra hverandre, noe som har fått betydning for pasientforløpene. Arbeidsmodellen har ofte vært at pasienter først skulle behandles, så rehabiliteres, og mange pasienter har opplevd å måtte ”vente på rehabilitering”. Derfor har institusjoner som tilbyr rehabiliteringstjenester ofte vært skilt fra de ”vanlige” sykehusene. Et tilleggselement her er at mange av rehabiliteringsinstitusjonene har vært drevet i privat regi.

¹ Wyller, W. B.: ”Rehabilitering – bare for spesielt interesserte?” Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 286.

Nyere forskning peker mot behovet for en sterkere integrering av akuttbehandling og rehabilitering, i form av spesialisert, koordinert rehabilitering. Det er for eksempel vel dokumentert at pasienter rammet av enten ryggmargsskader eller hjerneslag har effekt av opphold i spesialiserte enheter (spinal enheter respektive slagenheter), i form av redusert dødelighet og sykkelighet.²

Det er også evidens som peker i retning av at spesialisert, koordinert rehabilitering har effekt for pasienter med MS, mild og moderat hodeskade og ryggmerter.³ Dette nødvendiggjør sterkere vekt på rehabilitering i intensivfase/ved innleggelse.

Nyere forskning viser at intensiv rehabilitering, både tidlig og også lengre ut i forløpet, kan ha effekt for økt funksjonsdyktighet. Dette stiller større krav til logistikk, særlig i tidlig fase, jfr punkt en om tettere integrering mellom behandling og rehabilitering

2) Fra døgn til dag, poliklinikk og ambulant rehabilitering

Den andre utviklingstrenden er å styrke dagtilbud og poliklinikktilbud på bekostning av døgnbehandling. En grunnleggende idé er at ”De som er friske nok, må over på dagbehandling”. Dette samsvarer også med tendensen til økt bruk av ambulante tjenester og ambulante team. Slike behandlingstilbud utenom døgnbehandling antas å øke suksessivt de nærmeste årene. Dette er i samsvar med faglige og nasjonale føringer om at rehabilitering skal skje på riktig omsorgsnivå og nærmest mulig hjemmet.

3) Økt antall personer med senfølger etter sykdom, skade og/eller etter medisinsk behandling

Behandlingsintensiteten i vestlig verden og framveksten av høyteknologisk medisin avspeiles i det faktum at en økende andel mennesker overlever alvorlig sykdom og store skader. Denne utviklingstendensen resulterer i et økt antall personer med senfølger etter sykdom og/eller skade. Eksempler her er personer som overlever kreft eller større ulykker (multitraumatiserte pasienter). Konsekvensen av lavere mortalitet i store diagnosegrupper, vil føre til at et økende antall mennesker i sin tur blir livsløpaspasienter og har behov for ulike rehabiliterende tiltak. Pasienter som har overlevd sykdom, skade og behandling, vil ofte ha sammensatte rehabiliteringsbehov som krever behandling ut over områdesykehusenes tjenestetilbud. Blant disse er det et økende antall yngre som iht nasjonal statistikk får pleie- og omsorgstjenester i kommunene.⁴ Mange av disse vil i faser også ha behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

4) Fagets profil: Samsyklighet og flerfaglighet

Sykdomspanoramaet både innen fysikalsk medisin og rehabilitering er i dag preget av samsyklighet. Typiske eksempler her er smerter og lett psykiatri eller følger av karsykdom (hjerte/hjerneslag/amputasjon) og livsstilssykdom samtidig med funksjonstap etter stor skade.. Som en følge av dette må behandlingstilbudene være flerdimensjonale, og behandlingsteamene må inkludere flere profesjoner.

Videre har utviklingen innen rehabiliteringsfeltet medført en integrering av flere kunnskapsfelt som f eks helsepedagogikk, kompetanse om minoritetskulturer, kognitive behandlingsteknikker m.fl. De sammensatte lidelsene som dominerer fagområdet medfører et behov for en tilstrekkelig spesialisering av tilbudene. Denne spesialiserte kompetansen går ut over det en kan forvente er tilgjengelig i en lokalsykehusfunksjon og bør organiseres som

² AW Heinemann et al. *Arch Neurol*. 1989 Oct; 46(10):1098-102 , Bernt Indredavik et al)

³ Wade, D. T. og B. A. de Jong: Recent advances in rehabilitation, *BMJ* 2000; 320; 1385-1388

⁴ Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering

flerområdefunksjoner. Metoder fra dette fagfeltet kan ha overslag til en rekke andre spesialiteter.

5) Eldrebølgen

Denne utviklingen gjelder generelt, men vil gi spesielle utfordringer for fysikalsk medisin og rehabilitering. Grenseoppgang og tverrfaglig samhandling mellom geriatri, fysikalsk medisin og rehabilitering og i tillegg koordinering i helhetlige forløp mellom de ulike nivåene i helsevesenet, vil by på store utfordringer framover og vil i all hovedsak ha lokal forankring.

2.2.3. Tidligere dokumenter og faglige anbefalinger

Rehabiliteringsfeltet har nasjonalt og regionalt vært gjenstand for flere planprosesser de siste 10 årene. De viktigste dokumenter som ligger til grunn for arbeidet er

- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011 Helse- og omsorgsdepartementet 2007
- Samlet rapport og arbeidsgrupperapporter fra prosjektet Utvikling av rehabiliteringstjenestene i Helse Øst, Sunnas sykehus HF 2005/2006
- Tiltaksplan for rehabiliteringstjenester i Helse Sør, Helse Sør RHF, 2006
- Rapporten "Muligheter ligger i samarbeid", Rikshospitalet HF, Spesialsykehuset for Rehabilitering og Sunnaas Sykehus HF, 2006

I tillegg kommer ulike nasjonale rapporter innenfor diagnose/funksjonsområder f. eks. om akutt traumatisk hjerneskade (SHdir 2005), jamfør innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av RHFene 18. desember 2006 med forslag til organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter ("Traumerapporten")⁵ og resultat fra interne prosesser i forbindelse med Hovedstadsprosessen, fra bl.a. dialogkonferanse om rehabilitering 6. mars 2008.

2.2.3.1. Hovedmomenter i dokumentene

Det er samsvar mellom nasjonal strategi og de regionale planene i Øst og Sør. Det er også stor grad av samsvar i de to tidligere regionenes planverk. I korthet er det pekt på følgende ønskede utvikling innen rehabiliteringsfeltet i spesialisthelsetjenesten.

Pasienttilbudet skal være individuelt tilpasset, helhetlig og koordinert og dekke alle faser i et forløp. Brukeren selv er en viktig premissgiver for det individuelle tilbudet.

Følgende forhold vil iht de regionale planene ligge til grunn for styrking av tjenestene:

- Tverrfaglige og tverrspesialiserte rehabiliteringsklinikker for *dag- og poliklinisk virksomhet* utvikles og styrkes kapasitetsmessig.
- Økning i aktivitet og harmonisering av tilbud i lærings- og mestringssentrene i helseforetak og private sykehus.
- Ambulante rehabiliteringsteam som yter tjenester i eller nær brukerens bosted i tett samarbeid med kommunehelsetjenesten styrkes.

⁵ Traumesystem i Norge. Forslag til organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter. Innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av RHFene. 18. desember 2006/ Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av RHF-ene, inkludert vurdering etter høringsrunde 09. oktober 2007.

- Døgnplasser ved helseforetakenes rehabiliteringsavdelinger og private spesialsykehus benyttes i hovedsak til pasienter med omfattende medisinske behov.
- Behandlingskapasitet (i form av kortere, mer intensive opphold for å kunne høyne behandlingskvalitet for langt flere pasienter) ved rehabiliteringsinstitusjoner utenfor sykehus opprettholdes eller økes i tråd med faglige anbefalinger. Tjenestene orienteres mot mestring, trening og livsstilsomlegging når det er behov for det.

I tillegg arbeides med utvikling av lokalbaserte rehabiliteringssentra som pilotprosjekt i samarbeid mellom kommuner, NAV og spesialisthelsetjenesten.

2.2.4. Brukernes ønsker

Fra et brukerperspektiv (brukerrepresentantene i arbeidsgruppen) er det viktig å minne om at habilitering/rehabilitering er et uttalt satsningsområde både fra storting og regjering. I den forbindelse er det urovekkende hvis sykehus og institusjoner som har bygget seg opp til å bli meget anerkjente rehabiliteringsinstitusjoner må gjøre store endringer, eventuelt nedlegges eller flyttes. Fagmiljøer smuldres opp og blir borte. En kan lett få inntrykk av at det er viktigere å sentralisere tilbudet, enn å ta hensyn til hva som er det beste for pasientene. Det er viktig å følge opp det som er en vedtatt målsetting - pasientens behov i sentrum. Dette gjelder både dimensjonering og innhold.

Brukerne mener at en organisasjonsmodell med et eget HF er avgjørende for å gi rehabilitering det nødvendige fokus i fremtiden. I denne sammenheng vil det være et overordnet moment at økonomi tilpasses det å drive kompleks og spesialisert rehabilitering. Slik det er i dag finansierer de "lette" de tungt pleietrengende pasientene.

Fra brukerrepresentantene i arbeidsgruppa pekes det på flere viktige forhold som må stå sentralt i arbeidet framover:

- Barn og unge må tas spesielt hensyn til i omlegging av rehabiliteringstilbudet i Helse Sør-Øst.
- Ulike aktører innen fagfeltene må i større grad samarbeide nasjonalt og orientere seg mot kompetansesentra innenfor forskjellige diagnoser og fagfelt.
- Et tett og forpliktende samarbeid der rehabilitering står i behandlingsskjede med akutt sykehus
- Kunnskapsoverføring til pasienter og familier med komplekse lidelser må gis forsvarlig finansiering
- Poliklinisk oppfølging samt kortere og mer intensive opphold kan være løsning for enkelte grupper, ikke minst ungdom i overgang fra barn til voksen.
- Individenes forskjellige behov bør ivaretas på en helhetlig måte slik at brukeren selv opplever rehabiliteringen som meningsfylt.
- Det bør avklares og være ensartet praksis av bruk av brukerstyrt personlig assistent ved og under rehabiliteringsopphold.
- Brukere med store pleiebehov og som har rehabilitering potensial, må ivaretas bedre ved at de får et bedre tilbud.
- Rehabiliteringsfeltet bør ha funksjon og ikke bare diagnose og skade i fokus når rehabiliteringspotensialet skal vurderes

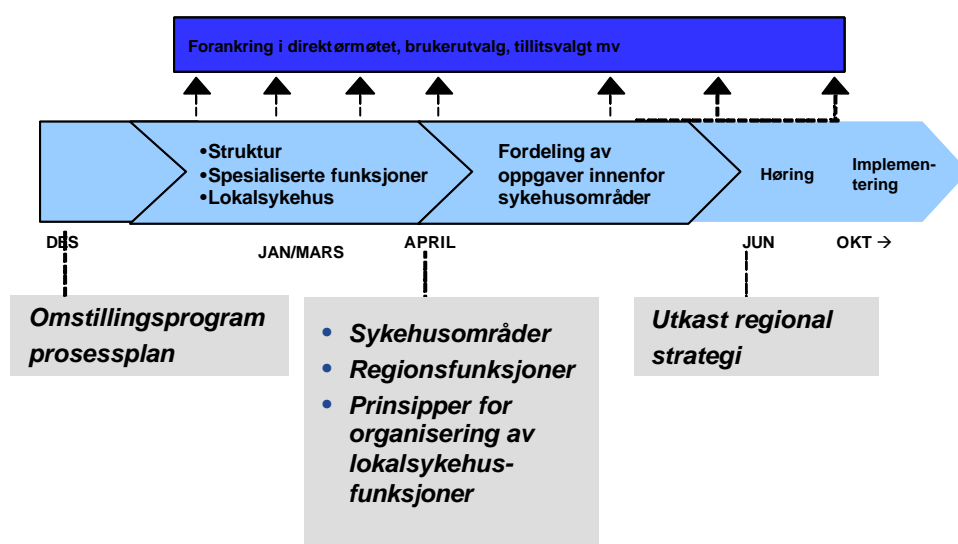
- Det må gis betydelig løft i bruken av ambulante team. Dette er svært viktig for kunnskapsoverføring til hjemkommune, men også for hjemmebesøk (økonomi må sikres)
- Kunnskapsoverføring til hjemmekommune og nærmiljø er svært viktig etter opphold i rehabiliteringsinstitusjon

Fra et brukerperspektiv er det gjennomgående kvalitet som er være overordnet. Forskning innen rehabilitering har vært nedprioritert og forskning og kunnskapsutvikling må få en større plass i rehabiliteringsfaget og samles i utviklende fagmiljø. Rehabiliteringsinstitusjonene må også være seg bevisst bruken av lærings- og mestringssentre, samt samarbeidet med brukerorganisasjonene. Omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst

2.2.5. Omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst

2.2.5.1. Hovedstadsprosessen

I desember 2007 vedtok styret for Helse Sør-Øst plan for Hovedstadsprosessen og opplegg for første fase, dvs. frem til styremøtet i april (styresak 68/2007).



I samme styresak ble det skissert en ønsket retning for omstillingene i Helse Sør-Øst basert på oppdraget fra eier, helsepolitiske føringer, pasientenes behov og utfordringene generelt sett. Det fremgår av styresaken at for å styrke kvaliteten i tjenestene og møte de fremtidige behov, er det et mål at omstillingene skal bidra til:

- En forståelig og oversiktlig helsetjeneste for brukere og samarbeidspartnere
- Nærhet til og kontinuitet i tjenestene for pasienter med vanlige og kroniske lidelser
- Breddekompetanse tilpasset behovene til pasienter med sammensatte lidelser
- God samhandling som gir helhetlige og koordinerte pasientforløp/behandlingskjeder
- Samling av høyspesialiserte tjenester
- Et styrket tilbud innenfor rus og psykisk helsevern
- Bedre samlet ressursutnyttelse

Med dette som utgangspunkt ble det i Hovedstadsprosessen første fase i januar til april gjennomført flere parallelle utredningsprosesser med bred involvering. Mer enn 600

fagpersoner fra hele regionen deltok på dialogseminarer og ca. 100 personer (representanter fra helseforetakene, konserntillitsvalgte, regionale brukerrepresentanter, kommuner, fastleger og avtalespesialister eller private aktører) deltok i arbeidsgrupper. Innspill fra disse prosessene ble lagt til grunn for utforming av styresak 38/2008.⁶ Styrets vedtak i denne saken angir prinsipper for den videre utvikling og utforming av tjenestene i Helse Sør-Øst.

Av styret i Helse Sør-Øst sitt vedtak fremgår at pasientens behov skal være førende for struktur og innhold i tjenestene. Sykehusområder skal legges til grunn for videre utvikling av spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. Innenfor et sykehusområde skal tjenestene differensieres i lokaltbaserte og spesialiserte tjenester, og organiseres slik at prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå ivaretas (LEON- prinsippet). Normalt skal et sykehusområde dekke 80-90% av befolkningens behov for tjenester. Videre angir styrets vedtak prinsipper for organisering og koordinering av tjenestene innenfor sykehusområdene og for samhandling med kommunen. Noen sentrale prinsipper er:

- Pasientens behov skal være førende for innhold og struktur
- Det må gjennomføres betydelige omstillinger av dagens tjenestetilbud i Helse Sør-Øst. Ressurser som frigjøres ved omstrukturering og omstilling skal brukes til å utvikle et tjenestetilbud med riktig innretning og tilstrekkelig kapasitet i forhold til å løse prioriterte oppgaver og møte behovene skapt av endringer i demografi og medisinsk teknologi i årene fremover.
- Lokalsykehus og lokalsykehusfunksjonen ved mer spesialiserte sykehus skal betjene flertallet av pasientene i sykehusets opptaksområde.
- Ett sykehus innenfor hvert sykehusområde skal normalt ivareta akutfunksjoner og faglig koordinering for kirurgiske og ortopediske tjenester. Der lokale forhold tilsier at slike akutfunksjoner skal finnes på flere sykehus, organiseres dette i et samarbeid mellom sykehuset som innehar koordineringsansvar og det enkelte lokalsykehus.
- Spesialiserte funksjoner skal ha et opptaksområde tilsvarende ett eller, dersom kvalitetsmessige eller kompetansmessige forhold tilsier det, flere sykehusområder, basert på optimalt pasientvolum og effektiv utnyttelse av kompetanse og teknologi. Det må ved plassering av spesialiserte funksjoner innenfor sykehusområdet tas hensyn til faglige avhengigheter.
- Regionale funksjoner skal ikke dubleres og bare foregå ett sted i regionen. De faglige avhengigheter innen høyspesialisert medisin må ivaretas ved en slik samling. Regionavdelingen gis en regional rådgivningsfunksjon for endringer i tjenestetilbudet. Avdelingen har ansvar for å vurdere og anbefale bruk av nye metoder og for å implementere nasjonale retningslinjer og prosedyrer. Avdelingen skal ha et ansvar for å utarbeide regionale rutiner, sikre faglig koordinering og gi "second opinion". Avdelingen skal sikre en likeverdig bruk av funksjonen innenfor helseregionen.
- Overkapasitet må reelt taes ned, både i form av arealer og bemanning
- Samordning av somatikk, rus og psykisk helsevern
- Rikshospitalets rolle knyttet til formelle landsfunksjoner skal ivaretas

Det vises for øvrig til styrets vedtak.

Det er viktig å presisere at målbildet som er gitt gjennom prinsippene, representerer en generisk tilnærming til organisering av tjenestene på tvers av fagområder. Det gjelder dermed i utgangspunktet likt for både somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering.

⁶ Mer informasjon om arbeidet i Hovedstatsprosessens første fase og link til utredninger og dokumenter finnes på: http://www.helse-sorost.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=76&I=626&mids=a182a147a235a

2.2.5.2. Styrket forskning og undervisning

Omstillingene i Helse Sør-Øst skal ikke bare bidra til bedre pasientbehandling, men også til økt kvalitet i de tre andre lovpålagte oppgavene for sykehus, dvs. utdanning, forskning og pasientopplæring. Å styrke forskningen er en av forventningene fra eier, jamfør tidligere. For å oppnå dette er det iverksatt egne prosesser, som løper parallelt med det arbeidet som nå pågår i sykehusområdene, herunder i Sentrum. Det er nedsatt en arbeidsgruppe som utreder universitetssykehusstruktur og -funksjoner i hovedstadsområdet. Gruppen har levert sin rapport til ledelsen i Helse Sør-Øst og gruppens anbefalinger går inn som en del av en helhetlig regional strategi. Mens denne arbeidsgruppa er en del av Hovedstadsprosessen, er forskning etablert som et eget innsatsområde i omstillingsprosessen. Det nye sammenslåtte forskningsutvalget i Helse Sør-Øst har utarbeidet et utkast til felles forskningsstrategi for Helse Sør-Øst RHF 2008-2011. Denne har vært på en innspillsrunde og endelig forslag til forskningsstrategi ble lagt fram for styret i Helse Sør-Øst på møtet 22. mai 2008.

2.2.6. Implikasjoner av rammebetingelser for oppdraget

Det er tverrpolitisk enighet om behovet for å styrke rehabiliteringsfeltet. Arbeidsgruppas mandat må ses i lys av dette, dvs. at organiseringen av den spesialiserte rehabiliteringen må bidra til å styrke rehabiliteringsfeltet.

De organisatoriske implikasjonene av de faglige trendene styrker et allerede erkjent behov for å integrere rehabiliteringstjenester med øvrige medisinske spesialiteter og tjenester. Dette er nødvendig dersom rehabiliteringsperspektivet skal ivaretas fra starten av i pasientforløpet og for god integrering av rehabilitering mellom akutfase og senere faser. I tillegg er dette en forutsetning for å styrke dagtilbudet til pasientene. Dette må nødvendigvis organiseres og tilbys i rimelig nærhet av pasientenes hjemsted. Det betyr at tilbudet ved lokalsykehusene og tilbudet innenfor sykehusområdet må styrkes når det gjelder tjenesteomfang og kvalitet, i kombinasjon med god og brukerorientert organisering.

Styrevedtaket legger grunnlag for denne integreringen. Vedtaket sier at 80-90 % av rehabiliteringstjenestene normalt skal ivaretas innenfor et sykehusområde. Dette må skje enten ved at tjenesten leveres ved egne helseforetak, eller gjennom det regionale helseforetakets avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner. Vedtaket innebærer at det bare er regionale funksjoner (funksjoner som skal finnes ett sted i regionen) og eventuelle spesialiserte funksjoner som av kvalitetsmessige eller kompetansemessige grunner må ha et større opptaksområde enn ett sykehusområde (flerområdefunksjoner), som *ikke* skal være en del av tjenestetilbudet innenfor alle sykehusområder.

Ved å presisere sykehusområdenes ansvar for 80-90 % av tjenestene, legger vedtaket en klar føring om at rehabilitering skal være en integrert del av tjenestene innenfor et sykehusområde. Dette legger grunnlag for helhetlige behandlingsskjeder og en enhetlig tenkning knyttet til sammenhengen mellom behandling og rehabilitering, inkludert pasientopplæring og mestring. Implikasjonen av dette, gitt dagens situasjon (se avsnitt om gap), er at omfanget av rehabiliteringstjenester innenfor sykehusområdene må styrkes kraftig.

I følge vedtaket skal lokalsykehusene tilby tjenester til flertallet av pasientene. De skal ha en sentral rolle for pasienter med vanlige og kroniske lidelser, herunder for eldre med sammensatte lidelser, og ivareta helhetlige pasientforløp for disse pasientgruppene gjennom god samhandling med kommunene/primærhelsetjenesten. Implikasjonen av dette for rehabiliteringsfeltet er at rehabiliteringstjenestene også på lokalsykehusnivå må styrkes. Dette er presisert i oppdragsdokumentet for 2008, der det fremheves at lokalsykehusenes rolle i behandlingsskjeden er et viktig element i arbeidet med å styrke rehabiliteringsfeltet, og at

ambulante rehabiliteringstjenester inngår som en del av lokalsykehusfunksjonen. Utviklingen av lokalbaserte rehabiliteringstjenester må skje i nært samarbeid med kommunene.

Styrevedtaket forutsetter en klarere differensiering av tjenestene. Dette krever at det er klart hva som er/skal være regionale funksjoner, spesialiserte funksjoner og lokalbaserte (basis)funksjoner. Innenfor rehabiliteringsfeltet er det ikke slik i dag. Det skyldes at faget ikke har den ønskete status og forskningsmessige styrke (fagfeltet er ikke like godt utviklet som andre medisinske fag). Dette har også sammenheng med egenskaper ved faget, herunder at både diagnose, fase, funksjon og eventuelt også livsfase har betydning for definisjon av funksjoner. Implikasjonene av vedtaket er derfor at det må arbeides videre med å avklare funksjonsinndelingen innenfor faget og hvordan behandlingsskjedene skal se ut. Ønsket om styrket forskning og undervisning må også ivaretas gjennom organiseringen av den spesialiserte rehabiliteringen.

3. Dagens status

3.1. Kjennetegn ved regionale funksjoner

Arbeidsgruppa er enig om at følgende forhold kjennetegner en regional funksjon:

- Lavfrekvente (få pasienter)
- Komplekse problemstillinger, krav til bredt sammensatte team
- Faglig avhengighet til andre høyt spesialiserte funksjoner
- Investeringer i kostbart/avansert utstyr

I vurderingen av hvilket nivå en pasient/pasientgruppe og type tjeneste (funksjon) skal plasseres på innenfor rehabiliteringsfeltet, står flere komponenter sentralt:

- Diagnose
- Funksjon
- Fase i forløpet
- Ulike behov i forskjellige livsfaser

Å vurdere tjenestebehovet kan være vanskelig og krever faglig skjønn. Det er ikke alltid slik at alvorlig skade betyr at funksjonstapet er stort. Samtidig kan det være slik at en mindre alvorlig skade kan gi uventet stort funksjonstap.

Arbeidsgruppa mener følgende forhold bør kjennetegne en enhet som har en eller flere regionale funksjoner:

- Enheten må være ledende i fagutvikling innen pasientbehandlingen i regionen.
- Enheten må kunne utføre alle fire funksjonene i helselovene
- Kontakt med brukerorganisasjoner for de pasientgrupper de behandler
- Sammenhengende behandlingsskjede med regionalt akutt-/tidligrehabiliteringsfunksjon

En regional funksjon må, i tillegg til døgn- og dagbehandling, kunne gjøre polikliniske vurderinger, ha tett samarbeid med et lærings- og mestringssenter og tilby ambulante tjenester.

Utover de regionale funksjoner som per i dag finnes, og som er definert over, mener arbeidsgruppa at tilgrensende grupper må defineres og detaljeres. Dette må skje som en videreføring av denne gruppas arbeid.

Arbeidsgruppa vil påpeke at for flere av de nevnte pasientgruppene, krever regionsfunksjonen at det er samstemmighet mellom akuttstusykehuset og rehabiliteringsavdelingen om hvordan behandlingsskjeden skal se ut.

Arbeidsgruppa anbefaler at det etableres nye regionale funksjoner både innen enkelte typer funksjonsutredninger og for visse diagnosegrupper. Det anbefales å arbeide videre med konkretisering av dette i en senere fase.

I henhold til nasjonale føringer, faglige anbefalinger og tidligere planer i de to tidligere regionene Sør og Øst, er fagområdet muskel-/skjelettlidelser et av de aller viktigste områdene å videreutvikle forskningmessig, faglig og metodisk. Muskel-/skjelettlidelser er ofte komplekse, sammensatte og mangeartete og omfatter store grupper i befolkningen. Videreutvikling av dette fagområdet er av stor betydning for den generelle folkehelsen. Muskel- og skjelettlidelser er en av de vesentligste årsakene til sykefravær. Forskning og fagutvikling på dette området vil derfor være av stor samfunnsøkonomisk interesse.

3.2. Eksisterende regionale funksjoner og deres lokalisering

Tabellen nedenfor viser oversikt over eksisterende regionale funksjoner og hvordan de er lokalisert. I et fåtall tilfelle kan de regionale funksjonene være av en slik karakter at de enkelte brukerne kun benytter denne ene tjenesten. For de fleste tjenestene vil det imidlertid være slik at brukeren har behov for tjenesten en eller noen ganger i forløpet, mens øvrige tjenester i rehabiliteringskjeden tilbys innen sykehusområdene eller i hjemkommunen.

Rehabilitering beskrives ikke på grunnlag av diagnose alene, men også ut fra funksjon, fase i forløpet, alvorlighetsgrad og rehabiliteringspotensial. Presise beskrivelser av funksjoner vil være omfattende og teksten nedenfor må betraktes som indikasjoner. Det er å anta at kodeverket ICF (International classification of Function) på sikt skal forenkle dette arbeidet. Det må gjennomføres egne prosesser og være en løpende vurdering av kriterier for hva som skal være nasjonale, regionale, flerområde, område og lokale tilbud.

Tabellen nedenfor angir også ønsket utviklingsretning mht sentralisering eller desentralisering. For flere av disse funksjonene er det behov for ytterligere gjennomgang og vurdering mht behov for tjenester på ulike nivå.

Diagnose gruppe	Funksjon	Finnes i dag ved:	Grunnlag for framtidig funksjon
Spinale tverrsnittslasjoner	Regional	SunHF (N)	Regional/ landsdekkende
Alvorlige multitraumer og andre sykdommer og skader med forstyrrelse av naturlige funksjoner/bekkenskader	Regional	SunHF (N)	Regional
Rehabilitering av traumatiske hodeskader i	Regional	UUSHF	Regional

Diagnose gruppe	Funksjon	Finnes i dag ved:	Grunnlag for framtidig funksjon
intensivfasen			
Alvorlig traumatisk hjerneskade etter intensivfasen ⁷	Regional eller flerområde	SunHF (N)SSR, Kr.sand, SIHF	Regional eller flerområde
Moderate og milde hjerneskader med kognitiv svikt.	Flerområde	SunHF (D), SSR, SIHF, UUS,HF	Flerområde/område (fase/alvorlighet)
Alvorligst brannskadde	Flerregional	SunHF (N)	Lands eller flerregional funksjon
Locked in syndromer og lignende	Landsfunksjon	SunHF (N)	Landsfunksjon
Armamputerte	Regional	SIHF	Landsfunksjon
Konversive lidelser	Regional	SSR (Stavern)	Regional
Tilpasset fysisk aktivitet (TPA) for barn	Regional	Beitostølen	Flerområde
Multilevelopererte CP barn	Regional	SSR (Stavern)	Regional
Multilevelopererte CP voksne	Regional	SunHF (N)	Regional
Spesielle grupper med behov for nevrologisk utredning og rehabilitering og nevrologisk betinget smertetilstander.	Regional	SunHF (A) (deler av dette er i dagområdetilbud – deler av det er regionalt	Regionalt/flerområde/område avhengig av frekvens og komplikasjon.
Polio – utredning og vurderingsopphold		SunHF (N) SIHF	Regional- flerområde- lokal- privat inst.
Enkelte typer (sjelden) kreftrehabilitering - funksjon/tekniske behov mv. avgjør	Regional	SSR - Stavern	Regional (øvrige typer er område/lokal)
Epilepsirehabilitering	Regional	SSE	Regional
Sjeldne tilstander Kompetansesenter- funksjon for sjeldne tilstander og rehabiliteringstilbud til gruppene	Nasjonal	SunHF og SSR	Nasjonal
”Failed low back surgery”	Regional	SSR, UUS I ulike faser	Regional
Rehab. av blødere etter ortopedisk operasjon	Regional	SSR	Regional

N=Nesodden, D=Drøbak, A=Askim

⁷ Det foreligger uenighet mellom SunHF og SSR om tilbudet til pasienter som får initial tidligrehabilitering i intensivfasen skal lokaliseres ett sted (kun SunHF) eller to steder (SunHF og SSR).

(*) Det finnes i tillegg regionale/flerregionale sykehusstilbud innen institusjonsbasert lungerehabilitering, institusjonsbasert hjerterehabilitering, det er også flere private tilbud utenfor sykehus som finnes et eller få steder i regionen, f. eks. rehabiliteringstilbud til tinnitusskadde, Parkinsonisme, epilepsi, o.a. De aller fleste av disse tilbudene ytes av de private institusjonene etter avtaler med RHF.

3.3. Eksisterende spesialiserte funksjoner som bare finnes noen steder i regionen og deres lokalisering

Også tabellen nedenfor, som skisserer eksisterende funksjoner som finnes enkelte steder i regionen, men ikke i alle sykehusområder (flerområdefunksjoner), og hvilke som bør overføres sykehusområdene, må betraktes som en indikasjon på ønsket utviklingsretning. En nøyere gjennomgang må gjøres før endelig fordeling og utvikling av tjenestene innen område-sykehusene. Det vil være behov for løpende vurderinger iht utvikling for et kjent antall som lever med tilstanden og kunnskap om effekten av rehabilitering.

Flerområdefunksjon	Finnes i dag følgende steder i regionen	Grunnlag for å være
Individuelle og gruppebaserte tilbud til pasienter med smerter i muskel/skjelettapp. – kognitiv/helsepedagogisk tilnærming	SSR og UUSHF, SIHF, STHF, SBHF, SunHF(A), NMS og ved flere private institusjonene.	Område/Flerområde Stort behov for etablering av ressurscenterfunksjon med mandat for å arbeide med fagutvikling!
Arbeidsrettet rehabilitering	SSR, SunHF og UUSHF, flere private, SIHF	Fler/område
Benamputerte	SSR, AUSHF, SIHF, SunHF, noen private rehabiliteringssenter	Fler/område
MS tidlig opphold /utredning	SSR, SunHF, SIHF alle nevrologiske avdelinger; MS-senteret	Område
Nevroinflammatoriske og nevrodegenerative lidelser	SunHF, SIHF, UUSHF (nevrologi), SSR	Flerområde
Store multitraumer - score over 16	SunHF og SSR	Flerområde
Urodynamisk testing	SunHF	Flerområde
Arbeidsfysiologisk laboratorium	SSR og UUSHF	Flerområde
Kjørevurdering (simulator)	SunHF og SSR	Flerområde
Ganganalysefunksjon	SunHF, SSR, RH Gaustad	Flerområde
EMG – overflate og intramusk.	SSR, SIHF	Flerområde
Pasienter med stor kompleksitet og som samtidig har et stort rehabiliteringspotensial	SSR og SunHF	Flerområde
Kognitiv rehabilitering	SunHF, SSR, SIHF, SiVHF,	Flerområde/område
De alvorligste tilfeller av slagrehabilitering – med kognitiv svikt og rehabiliteringspot.	SSR, SunHF, SIHF	Flerområde
Ortopedisk etterbehandling ved alvorlig komorbiditet (eks	SSR	Fler/område

revmatisme KOLS, svær overvekt)		
UL veiledet intervensjon	SSR og UUSHF	Regional (2-5%)
Flere andre funksjonsvurderinger for spesielt krevende grupper		Regionalt

Det er fremkommet faglig uenighet knyttet til hva som i fremtiden skal være områdefunksjoner og hva som skal være flerområdefunksjoner. Dette må avklares i den videre prosessen. Også spørsmålet om ulike typer funksjonsanalyser må vurderes nærmere.

3.4. Dagens organisering sett i forhold til beskrevne rammebetingelser for rehabiliteringsfeltet

Dette er et gap mellom behovet for rehabiliteringstjenester og dagens tilbud av slike tjenester. For å ivareta både helsepolitiske føringer og prinsippet fra styrevedtaket i april, om at pasientenes behov skal være førende for innhold og struktur i tjenestene, vil det være behov for å adresse det totale tilbudet når det gjelder rehabiliteringstjenester.

Det er et stort gap mellom det målbildet styret i Helse Sør-Øst har satt for organisering av tjenesten og dagens organisering. I følge styrevedtaket skal tjenestene differensieres i lokalbaserte og spesialiserte funksjoner. I dag er imidlertid situasjonen slik at de spesialiserte rehabiliteringssykehusene (og avdelingene/klinikkene) i Helse Sør-Øst tilbyr tjenester på alle nivåer, dvs. både regionale funksjoner, flerområdefunksjoner og områdefunksjoner. Dette innebærer at det er behov for en tydeligere differensiering innenfor feltet. I den videre utvikling må tilbudet ved de private institusjonene være en del av det som inngår i en helhetlig vurdering av rehabiliteringsfeltet. Når det gjelder spesialiserte funksjoner som skal finnes innenfor sykehusområdene, synes det som disse i dag finnes for få steder, dvs. i noen grad bare ved de spesialiserte rehabiliteringssykehusene. At tjenestene kun finnes et sted/få steder i dag, må sees som et tegn på at feltet ikke er tilstrekkelig bygget opp, og dermed heller ikke har fått den bredde og tilbudsprofil i hele behandlingsskjeden som vil gagne brukerne best. Det synes samtidig at regionale rehabiliteringsfunksjoner tilbys for mange steder i helseregionen. I følge styrevedtaket skal regionale funksjoner samles for å øke kvaliteten.

Ser man på dagens bruk av de spesialiserte rehabiliteringsinstitusjonene, kan det se ut til at bruken ikke er likeverdig. Dette har trolig sammenheng med dagens organisering og tidligere regionale planer som har gitt føringer for opptaksområder.

4. Gruppas anbefalinger

4.1. Organisering av regionale funksjoner

Arbeidsgruppa har i all hovedsak diskutert to alternative organisasjonsmodeller; eget foretak eller divisjon/klinikk i et regions-/universitetssykehus. Gruppa mener det er fordeler og ulemper med begge organisasjonsmodellene. Fordelen med et eget foretak vil blant annet være at de regionale rehabiliteringsfunksjonene da skjermes fra "kampen om knappe ressurser" som pågår innenfor helseforetakene i dag. Skjermingen og synliggjøringen ved å være et eget foretak kan bidra til å styrke feltet både tjenestemessig og forskningsmessig. Ulempen ved denne modellen er at den integreringen som er nødvendig i forhold til andre fagmiljøer, ikke oppnås i samme grad. Dette kan svekke både fagfeltet og pasientforløpene. Den andre ulempen som har vært fokusert i forbindelse med etablering av eget foretak, er at den forskningsmessige styrkingen, som tilhørighet ved universitetssykehuset kunne tilføre

fagmiljøet, ikke oppnås. Dermed svekkes faget i konkurranse om forskningsmidler og fagets gjennomslagskraft i medisinske miljøer.

Arbeidsgruppa har, på tross av uenighet på flere punkter, samlet seg om følgende anbefaling:

Arbeidsgruppa anbefaler at det etableres et eget rehabiliteringsforetak. I foretaket samles dagens regionale funksjoner ved SSR og Sunnaas sykehus HF og eventuelle flerregionale funksjoner ved disse institusjonene som bør lokaliseres sammen med de regionale funksjoner, ut fra faglige avhengigheter. I vurderingen av hvilke flerområdefunksjoner som skal inngå, må det tas hensyn til at disse funksjonene bør spres geografisk i Helse Sør-Øst, for å sikre mest mulig lik tilgjengelighet. Dette taler for at flerområdefunksjoner legges sammen med områdefunksjoner, så sant ikke faglige avhengigheter med regionale funksjoner sterkt taler mot dette. På den måten vil flerområdefunksjoner også kunne bidra til sterkere fagmiljøer på områdenivå.

Når det gjelder regionale funksjoner utenfor Sunnaas sykehus HF og SSR, er gruppas anbefaling at funksjonen knyttet til multitraumerehabilitering inkluderes i rehabiliteringsforetaket. Dette på grunn av de faglige avhengigheter denne funksjonen har til andre regionale funksjoner i behandlingsforløpet for disse pasientene. Fordi denne funksjonen imidlertid må lokaliseres til det sykehuset som har regional multitraumefunksjon (i dag UUS HF), kreves det en spesiell utredning av hvordan dette organisatorisk/juridisk mv. kan ivaretas. Gruppa anbefaler at dette utredes.

Når det gjelder den regionale funksjonen ved Sykehuset Innlandet HF, for armamputerte, mener gruppa at de faglige avhengighetene til øvrige regionale funksjoner ikke er så sterke at funksjonen må inn i rehabiliteringsforetaket. Arbeidsgruppa anbefaler derfor at denne funksjonen ikke integreres i rehabiliteringsforetaket i denne omgang, men at dette vurderes på et senere tidspunkt.

Sunnaas sykehus HF og SSR tilbyr i dag tjenester som i følge kriteriene gitt over, ikke skal inkluderes i rehabiliteringsforetaket. Dette gjelder områdefunksjoner, flerområdefunksjoner som ikke har en entydig faglig avhengighet til de øvrige regionale funksjonene og eventuelle basis-/lokalfunksjoner. Disse funksjonene forutsetter arbeidsgruppa at overføres det sykehusområde/helseforetak som tjenesten i dag utføres for (vurdert med utgangspunkt i hvilket opptaksområde pasientene som bruker tjenesten kommer fra). En slik overføring er en nødvendig forutsetning for at sykehusområdenes rehabiliteringstjenester skal kunne styrkes både innholdsmessig og organisatorisk, i tråd med styrevedtaket, og gjøre sykehusområdene i stand til å ivareta befolkningens behov for rehabilitering.

De regionale funksjonene som skal inkluderes i rehabiliteringsforetaket er i dag spredt på flere lokasjoner. Styrevedtaket i Helse Sør-Øst forutsetter ikke at *alle* må samles samme sted fysisk, men faglige avhengigheter må ivaretas. Avgjørende for hvor mange lokasjoner rehabiliteringsforetaket skal ha, vil i tillegg til faglige avhengigheter, være det samlede volum av de regionale funksjoner, og eventuelle flerområdefunksjoner, som inkluderes. Når dette volumet er avklart, må antall lokasjoner vurderes ut fra behovet for å skape sterke fag- og forskningsmiljøer og kostnadseffektiv drift innenfor rehabiliteringsforetaket.

Arbeidsgruppas begrunnelse for å anbefale eget foretak ligger i behovet for å samle og koordinere faget, for å gi rehabilitering fokus og posisjon på linje med andre medisinske områder, og for å beskytte fagfeltet mot økonomisk nedprioritering i konkurranse med andre mer etablerte medisinske områder. Det har hele tiden vært et mål at organisasjonsmodellen skal bidra til å utvikle et regionalt kraftsentrum, også når det gjelder forskning og fagutvikling.

Arbeidsgruppa ser at det kan være visse ulemper med å særorganisere det høyest spesialiserte rehabiliteringstilbudet. Dette går på tvers av ønsket om å integrere rehabiliteringen sterkere i annen medisinsk behandling og styrke den tverrdisiplinære tilnærmingen. Slik situasjonen er i dag, anses det imidlertid nødvendig å kjøre to parallelle spor samtidig, dvs. å arbeide for å integrere og styrke rehabiliteringstjenestene innenfor sykehusområdene, samtidig som man velger en særorganisering for de regionale funksjonene.

Det har vært diskutert i arbeidsgruppa om den mest spesialiserte delen av fagfeltet rehabilitering på et senere tidspunkt bør samordnes med andre regionale funksjoner i Helse Sør-Øst i et eventuelt framtidig regionalt universitetssykehus i Oslo, og etableres som en egen klinikk på linje med andre medisinske fag. Arbeidsgruppa har ikke gitt et entydig svar på dette, blant annet fordi det ennå er uklart hvilken modell som velges i sykehusområde Sentrum. Arbeidsgruppa anbefaler derfor at det på et senere tidspunkt, når strukturen i Sentrum er avklart, foretas en evaluering og ny vurdering av de regionale rehabiliteringstjenestenes/rehabiliteringsforetakets relasjon til øvrige regionale funksjoner i Helse Sør-Øst.

Det anbefales at ledelsen i det nye regionale rehabiliteringsforetaket, i samarbeid med aktuelle enheter/fagmiljøer, får i oppdrag å:

- Utvikle relasjon til regionsfunksjonen ved sykehuset Innlandet (avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering, Ottestad) og på et senere tidspunkt vurdere innlemming av funksjonen i det regionale rehabiliteringssykehuset.
- Utforme forslag til ny regional plan for rehabilitering. I denne skal det, med utgangspunkt i helhetlige behandlingkjeder som bygger på oppdatert kunnskap og utviklingstrender i faget, skisseres hvilke funksjoner/tilbud som bør finnes, og i hvilket omfang, innenfor hvert områdesykehusnivå i helseregionen. Beslutninger om fordeling av funksjoner mellom rehabiliteringsforetaket og øvrige helseforetak i sykehusområdene besluttet av det regionale helseforetaket, og formidles gjennom driftsavtalene med helseforetakene og kjøpsavtaler med de private institusjonene.

Arbeidsgruppen foreslår at rehabiliteringsforetaket etableres ved fusjon av de regionale funksjoner ved Sunnaas sykehus HF og SSR f.o.m. 1. januar 2009. Det må i perioden frem til 1. januar 2009 avklares hvilke funksjoner som skal inkluderes i foretaket og hvilke som skal overføres til sykehusområdene for å styrke rehabiliteringen slik styrevedtaket forutsetter. Funksjonsfordelingens konsekvenser for rehabiliteringsforetakets organisering og lokalisering, er en del av dette.

4.2. Viktige forutsetninger for å lykkes med anbefalt løsning

Et vesentlig suksesskriterium for det regionale rehabiliteringsforetaket vil være at **sykehusområdene organiserer og styrker sitt rehabiliteringstilbud** både på områdenivå og lokalt nivå. Bare da kan det regionale rehabiliteringsforetaket konsentrere sin virksomhet om de regionale funksjonene og om å styrke forskningen og løfte frem fagfeltet. Dette betyr at en av de aller viktigste forutsetninger for arbeidsgruppas anbefaling om et regionalt rehabiliteringsforetak med definerte regionale (og evt. flerregionale funksjoner), er at **sykehusområdene faktisk overtar** område-/flerområdefunksjoner fra SSR og Sunnaas sykehus HF, og i tillegg arbeider for å styrke disse funksjonene både innholdsmessig og organisatorisk, i tråd med nasjonale føringer og prinsippene i styresaken.

Arbeidsgruppa påpeker også at det er svært viktig at rehabiliteringsfeltet samles om forskning og fagutvikling. For å utvikle et faglig nettverk og nær tilknytning til universitetsfunksjoner, vil det være ønskelig å etablere **et flerårig forsknings- og innovasjonsprogram** med klare

prioriteringer i forhold til områder innen faget med store behov for evidensbasert kunnskap og metodeutvikling.

Tilstrekkelig og riktig finansiering er en forutsetning for å lykkes med de foreslåtte endringene i organisering av rehabilitering. Dett er i samsvar med føringene i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (punkt 9.4). Her angis det at rehabiliteringsfeltet skal prioriteres innen den samlede ressursbruken og at rehabilitering skal prioriteres innad i de ulike tjenesteområdene. På nasjonalt plan arbeides det med endringer av finansieringsordningene. I nasjonal strategi pekes det på at de regionale helseforetakene har et selvstendig ansvar for å benytte de ressursene de får til å finansiere egne helseforetak iht ”sørge for ansvaret”. Det angis at regionale helseforetak med høy frihetsgrad kan velge modell for fastsettelse av godtgjørelse av de ulike leverandørene av helsetjenester i egen region. Arbeidsgruppa påpeker at det er av vesentlig betydning at Helse Sør-Øst RHF gjennom budsjettprosessene sikrer finansiering av ”Rehabiliteringsforetaket” og enkelte regionale og flerregionale funksjoner hvor det er særlig behov for styrking av sammenhengen mellom ressursinnsats og finansiering. Ordningene må innrettes slik at faglig kvalitet, riktig samfunnsøkonomisk rehabilitering og samhandling mellom omsorgnivåene som sikrer helhetlige forløp, stimuleres og utvikles.

4.3. Regional koordineringsfunksjon for rehabilitering

4.3.1. Bakgrunn

Spesialisthelsetjenesten er i forskrift om habilitering og rehabilitering - organisering i spesialisthelsetjenesten, § 13, pålagt å sikre at det ”finnes en koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten som skal ha nødvendig generell oversikt over rehabiliteringstiltak i helseregionen. Enheten skal også ha oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i kommunehelsetjenesten”. En tilsvarende funksjon skal finnes i kommunene. Slik forskriftsteksten er utformet forutsettes koordinerende enheter å ha oversikt over tilbud til alle som har rehabiliteringsbehov innenfor somatikk, rus og psykisk helse. Bakgrunn for at en slik funksjon ble forskriftsfestet er at planer og strategier innen feltet påpeker at rehabiliteringstilbudet er fragmentert og uoversiktlig. Bakgrunnen for forskriften er at rehabiliteringsfeltet omfatter mange og ulike virksomheter og det kan være svært vanskelig for pasienter, pårørende og fagfolk å ha oversikt over tilgjengelige tilbud. Dessuten gjenstår mye for å utvikle god samhandling mellom aktørene.

Fra Sosial- og helsedirektoratet brosjyre om koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (Synlig og brukerrettet) fremgår at det i spesialisthelsetjenesten:

- Bør etableres koordinerende enhet innenfor hvert enkelt helseforetak.
- Koordinerende enhet bør ha hovedansvar for å etablere faste og stabile samarbeidsrutiner og møteplasser med kommunene i helseforetakets primære nedslagsfelt.
- Koordinerende enhet bør utvikle et formalisert samarbeid med brukerorganisasjoner.
- Den regionale koordinerende enheten bør ha ansvar for å utvikle et nettsted med oversikt over koordinerende enhet i helseforetak og i kommuner.

Både helseforetakene (sykehusområder etter reorganiseringen?) og private sykehus med opptaksområde gjennom driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF er dermed pålagt å ha koordinerende enhet med oversikt over sitt opptaksområde. Helseforetakene har i større og

mindre grad oppfylt bestillingen, og den er i noen grad omfattet av samhandlingsenhetene i foretakene.

I tillegg er det iht avtale med tidligere Helse Sør etablert en regional (nå delregional) funksjon tilknyttet Rikshospitalet HF, Spesialsykehus for rehabilitering i Stavern og iht avtale med tidligere Helse Øst RHF en lignende funksjon tilknyttet Sunnaas sykehus HF. Flere av oppgavene har vært like, men det er også vesentlige ulikheter, spesielt knyttet til håndtering av pasientstrømmen fra fastlegene til de private institusjonene.

Mye gjenstår for å få en helhetlig og godt utviklet tjeneste innenfor rehabiliteringsfeltet (jfr. Nasjonal Strategi for habilitering og rehabilitering). For å oppnå nasjonale og regionale mål der pasientens behov står i sentrum, vil det være behov for en sterkere koordinering og styring, både gjennom faglige drevne prosesser og gjennom styring/bestilling fra det regionale helseforetaket.

Det er i dag ikke tilstrekkelig felles forståelse for hvordan prioriteringsforskriften skal anvendes innen rehabiliteringsfeltet. Bl.a. er det slik at det er en oppfatning at pasientrettighetsloven, per dags dato kan tolkes slik at en pasient som har fått en plass og behandling i spesialisthelsetjenesten ikke har ”rett til nødvendig rehabilitering” i forløpet etter akuttbehandlingen. Prioriteringsforskriften kan tolkes slik at den bare gjelder mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Også innenfor rehabiliteringsfeltet er spørsmålet om styring av pasientstrømmer til de private institusjonene for å sikre likeverdig tilgang til tjenestene, relevant. Den koordinerende funksjonen for tidligere Helse Øst tilknyttet Sunnaas sykehus HF har hatt som funksjon å vurdere henvisning i forhold til pasientrettighetsloven og styrer strømmen fra fastleger og private legespesialister til private rehabiliteringsinstitusjoner, innenfor avtaler med private, pasientens ønske og kapasitet. Dette er et prosjekt som skal pågå ut 2009. Foretakene henviser direkte, da pasientene forutsettes å være vurdert iht pasientrettighetsloven/ prioriteringsforskriften og faglig forsvarlighet. Tidligere Helse Sør lot henvisninger gå direkte til institusjonene basert på felles overordnede inntakskriterier.

Det må også has i mente at pasientrettighetsloven per dags dato kan tolkes slik at en pasient som har fått en plass og behandling i spesialisthelsetjenesten ikke har ”nødvendig rett til rehabilitering” i forløpet etter akuttbehandlingen. Prioriteringsforskriften kan tolkes slik at den bare gjelder mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

4.3.2. Arbeidsgruppas anbefaling

Arbeidsgruppa anbefaler at det etableres en regional koordinerende og rådgivende funksjon innenfor rehabiliteringsfeltet. Funksjonen bør organisatorisk og faglig tilknyttes rehabiliteringsforetaket og ha oppgaver som reguleres gjennom driftsavtale mellom Helse Sør-Øst RHF og rehabiliteringsforetaket. Arbeidsgruppa anbefaler at det opprettes en referansegruppe tilknyttet enheten bestående av representanter fra private og offentlige virksomheter innen spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, samt brukerorganisasjonene.

Arbeidsgruppa anbefaler videre at enheten skal:

- Gi informasjon om tilbud til pasienter, pårørende og helsepersonell. Dette skal skje gjennom et nettsted med oversikt over aktuelle rehabiliteringstilbud som finnes i spesialisthelsetjenesten og gjennom informasjonstelefon. Telefonfunksjonen må koordineres mot oppgavene til Fritt Sykehusvalg telefonen. Det forutsettes god dialog med koordinerende funksjoner i helseforetakene og gjennom disse kunne veilede om kommunenes rehabiliteringstilbud.

- Bidra til likeverdig fordeling av tilbudene i henhold til pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Dette skal skje gjennom opplæring/formidling av hvordan pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften bør anvendes innenfor rehabilitering. Funksjonen skal også iht avtale med det regionale helseforetaket behandle henvisninger iht pasientrettighetsloven. Oppdraget er gitt fra Helse Sør-Øst RHF som prosjekt til og med 2009. En evaluering og planmessig avvikling av denne oppgaven, parallelt med utvikling av poliklinisk vurderingskapasitet i helseforetakene/sykehusområdene, samt bedre omforent forståelse av pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften, må inngå i funksjonens mandat.
- Være rådgivende funksjon for RHF. Dette innebærer å ha en oversikt over rehabiliterings tiltak i regionen, herunder kartlegge og ha god oversikt over rehabiliteringstilbudene i forhold til kapasitet, kvalitet og kompetanse. Det innebærer også å levere analyser av behov og forbruk som grunnlag for avtaler og oppdragsdokument mellom det regionale helseforetaket og offentlige og private tjenesteytere innen rehabilitering ifm budsjett og driftsavtaler. Enheten skal ha kontakt med øvrige regionale koordinerende enheter for rehabilitering, for derved å bidra til utvikling av feltet nasjonalt. Enhetens funksjon må avgrenses mot Helse Sør-Øst RHF sine egne enheter for analyse, rapportering, kvalitet og prioritering m.v. Enhetens oppgaver må også justeres mot oppgaver som legges til regionavdelingene innen de enkelte regionfunksjoner. (jfr styresak 38/2008).

5. Konsekvensvurdering

På grunn av høyt tidspres og omfattende diskusjoner i arbeidsgruppa, har det i liten grad vært tid og anledning til å gjennomføre systematiske konsekvensvurderinger i forhold til gruppas anbefalinger. Det er på flere områder i rapporten pekt på behov for videre utredninger for å sikre at arbeidsgruppas anbefalinger skal føre til forventete organisatoriske og faglige gevinster.

Arbeidsgruppas anbefalinger skal i første omgang vurderes som en del av en helhetlig regional strategi for Helse Sør-Øst. Høringsnotat med utkast til regional strategi legges frem for styret 19. juni og skal deretter ut på en bred høringsrunde fram til 20. september. Mottakere av høringen vil bli anmodet om å vurdere ulike typer konsekvenser i denne sammenheng. Med bakgrunn i høringsuttalelsene vil Helse Sør-Øst legge fram den regionale strategien, inkludert konsekvensvurderinger i forhold til pasienter, ansatte, økonomi, m.v., for beslutning i styret i oktober.

I tillegg til dette, vil Helse Sør-Øst, i perioden fram til implementeringsstart 1. januar 2009, utvikle en overordnet omstillingsstrategi, der omstrukturingsverktøy og omstillingsavtale mellom RHF og arbeidstakerorganisasjonene, vil utgjøre viktige elementer.