



# Utviklingsplaner for helseforetakene

## Prosjektrapport – Delprosjekt Rehabilitering

### Prosjektrapport - Delprosjekt Rehabilitering v/delprosjektleder Astrid Millum

Rehabilitering er et område der samhandling og oppgavedeling mellom helseforetakene, kommuner og private aktører er særlig viktig. Delprosjektet har hentet innspill gjennom felles dialogmøter med helseforetak, kommuner og private rehabiliteringsinstitusjoner, og det er formulert gjennomføringspunkter for videre arbeid med utviklingsplaner i helseforetakene.

#### Gjeldende strategier og føringer

Mandatet beskriver at arbeidet med utviklingsplaner skal ta utgangspunkt i lovpålagt ansvar, nasjonale og regionale føringer og understøtte en tjenesteutvikling som er i tråd med framtidig behov for helsetjenester av god kvalitet og effektiv ressursutnyttelse. Føringer knyttet til samhandling og oppgavedeling i grensesnittet mellom ulike aktører står sentralt, sammen med organisering og kompetanseutvikling. Temaer som er spesielt relevant for mandatet beskrives kort.

**Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering**<sup>1</sup> ble lagt fram i forbindelse med statsbudsjettet for 2017. Hovedtyngden av rehabilitering skal skje i kommunen. Spesialisthelsetjenesten skal ikke bygge ned tilbudet før tilsvarende kapasitet og kompetanse er bygget opp i kommunene. Dette betyr at tilbudet i spesialisthelsetjenesten må videreføres på samme nivå inntil videre. En del oppgaver skal fortsatt gjennomføres i spesialisthelsetjenesten. Rask igangsetting av rehabilitering etter akutt sykdom eller skade er viktig for et godt resultat. Helseforetakene bør sikre tilstrekkelig kapasitet for tidlig utredning og igangsetting av rehabilitering i tidlig fase, uten at det oppstår brudd i forløpet mellom akuttbehandling og rehabilitering. Tilbud i helseforetakene er nødvendig når pasienten har behov for spesialisert medisinsk behandling og samtidig spesialisert rehabilitering i akutte faser eller ved betydelige endringer i funksjonsnivå. Det er behov for gode systemer og rutiner for å sikre informasjon og samhandling hvor brukeren er involvert og hvor hans prioriteringer vektlegges. Ambulante tjenester skal prioriteres. Opptappingsplanen peker på viktigheten av at det etableres et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt i alle helseforetak, og at dette skal være en pådriver i arbeidet på feltet. Et faglig tyngdepunkt vil bidra til å sikre robuste fagmiljø og bedre forvaltning av ressursene. Samarbeid mellom aktørene vektlegges og samarbeidsavtalene bør benyttes for å konkretisere og formalisere nødvendig samarbeid.

**Nasjonal helse- og sykehusplan**<sup>2</sup> peker på viktigheten av sammenhengende pasientforløp og brukermedvirkning. Det presiseres at tilbud ikke skal bygges ned før kommunene har bygget opp.

**Veileder til forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator**<sup>3</sup> peker på at spesialisthelsetjenesten skal spisse sitt tilbud. Viktigheten av robuste fagmiljøer tydeliggjøres, og det anbefales at helseforetakene sikrer et faglig tyngdepunkt for sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Spesialisthelsetjenesten skal fortsatt gi tilbud til for eksempel progredierende og andre nevrologiske tilstander, hjerneslag med komplekse utfall, traumatiske hjernesker, amputasjoner, multitraumer, spinalskader og sjeldne diagnoser. Muskel- og

---

<sup>1</sup> Prop 1 S, Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)

<sup>2</sup> Regjeringen:Meld.St.11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)

<sup>3</sup> Helsedirektoratet: Veileder til forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, 2015

skjelettsykdommer, livsstilssykdommer, diabetes, kols og lungesykdommer er eksempler på pasientgrupper som bør få sitt tilbud i kommunene. Tilbud til pasienter på tvers av nivåer krever samarbeid, og de lovpålagte samarbeidsavtalene anbefales som forankring av dette.

**Prioriteringsveilederen for fysikalsk medisin og rehabilitering<sup>4</sup>**. Fysikalsk medisin og rehabilitering omfatter diagnostikk, behandling og rehabilitering for personer som har eller står i fare for å få langvarig funksjonshemming, uavhengig av diagnose. Henvisninger fra primærhelsetjenesten rettighetsvurderes, i tillegg til henvisninger fra andre deler av spesialisthelsetjenesten der annen behandling ikke har ført frem. Veilederen omtaler ikke tilstander for pasienter som er henvist for øyeblikkelig-hjelp tilstander der skaden/sykdommen er av en slik art at fysikalsk medisin og rehabilitering vil være en integrert del av et forsvarlig behandlingsforløp. Kroniske smertetilstander henvises i de fleste tilfeller fra fastleger. Disse pasientene vil som hovedregel ikke ha rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Individuelle forhold kan tilsi at det i enkelte tilfeller likevel er nødvendig. Dersom det er behov for utredning utover det som gjøres i kommunen, kan pasienten få rett til utredning i spesialisthelsetjenesten.

**Primærhelsemeldingen<sup>5</sup>** påpeker at selv om hovedvekten av rehabiliteringstjenestene skal samles i større og mer kompetente kommuner, skal brukere med behov for spesialisert og samtidig flerfaglig kompetanse av høy intensitet og med komplekse problemstillinger fortsatt behandles i spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet har i **IS-1947 Rapport om ansvarsavklaring innen rehabilitering<sup>6</sup>** utarbeidet en modell for hvordan en vekting av brukerens behov viser hvor brukeren skal få sitt tilbud. Modellen skal gi retning til hvordan oppgaver bør fordeles mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Rapporten presiserer at rehabilitering i hovedsak skal skje nærmest mulig der brukeren bor. Rehabilitering skjer fortrinnsvis i kommunen, og ved behov for spesialiserte tiltak også i spesialisthelsetjenesten. Behov for nærmiljø, langvarig og tverrsektoriell oppfølging vektes opp mot behov for spesialisert kompetanse, situasjonens kompleksitet og behov for høy intensitet.

I 2012 ga **Riksrevisjonen ut en rapport<sup>7</sup>** om en undersøkelse av rehabiliteringstilbudet i helsetjenesten. Riksrevisjonen ytret bekymring for den nedbygging av rehabilitering som har pågått de senere år i spesialisthelsetjenesten. Undersøkelsen viser at kommunene opplever et bedre samarbeid med spesialiserte rehabiliteringsavdelinger enn med ordinære sykehusavdelinger som også tilbyr rehabilitering.

**Helsedirektoratets undersøkelse om behov og tilbud innen rehabilitering IS-0429<sup>8</sup>** beskriver at ordinære avdelinger i for liten grad har fokus på rehabilitering, med fare for at rehabilitering startes opp for sent. Rapporten påpeker også at det er manglende kapasitet til ambulant tjeneste.

**IS 2334 om Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2013<sup>9</sup>** peker på at det er til dels store variasjoner mellom helseforetakenes rehabiliteringstilbud. For eksempel varierer antall

---

<sup>4</sup> Helsedirektoratet: Prioriteringsveileder – fysikalsk medisin og rehabilitering (2015)Re

<sup>5</sup> Regjeringen: Meld.St.26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

<sup>6</sup> Helsedirektoratet: IS-1947 Rapport om avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (2012)

<sup>7</sup> Riksrevisjonens rapport 3:11 Undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten (2012)

<sup>8</sup> IS-0429 Undersøkelse om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering (2014)

<sup>9</sup> IS-2334 Rapport om Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i 2013, SAMDATA, (2015)

liggedager pr 1000 innbyggere mellom 35,6 til 86,1 dager. Gjennomsnittlig antall liggedager varierer fra 12,4 til 16,8 dager. Gjennomsnittlig liggetid i de private rehabiliteringsinstitusjonene er 22.

**Strategisk plan<sup>10</sup>** i Helse Sør-Øst vektlegger helhetlige pasientforløp og samhandling. Pasientens kunnskaper og erfaringer skal vektlegges.

**Regional strategi for rehabilitering<sup>11</sup>** fra 2010 gir føring om at alle helseforetak skal ha minst en tverrfaglig rehabiliteringspoliklinikk. Forholdet mellom dag- og døgnkapasitet skal vurderes i videre planarbeid.

**Omstillingsprogrammet sak 108-2008, avsnitt om rehabilitering<sup>12</sup>** presiserte viktigheten av likeverdighet og tilgjengelighet med behov for mindre variasjon mellom helseforetakene. Tjenestene skal styrkes gjennom bedre integrering mellom behandling og rehabilitering. Det enkelte sykehusområde er ansvarlig for spesialisert rehabilitering til befolkningen i opptaksområdet.

### **Oppsummert**

Alle førende dokumenter påpeker at helseforetakene skal ha spesialisert rehabiliteringstjeneste, med tilstrekkelig tilbud på døgn og dag. Specialisthelsetjenesten skal ivareta tidlig og kompleks rehabilitering. Det forventes også et godt samarbeid med kommunene som skal ivareta større rehabiliteringsoppgaver fremover. Fokus på rehabilitering og samhandling med kommunene beskrives som bedre ved spesialiserte rehabiliteringsavdelinger enn ved ordinære avdelinger.

## **Status og utviklingsretning for rehabilitering - fra dialogen med helseforetak, kommuner og private rehabiliteringsinstitusjoner**

Prosjektet har gjennomført dialogmøter med alle helseforetakene og med to private sykehus som har egne bydeler i sitt lokalsykehusområde. Kommuner/bydeler i opptaksområdet og tillitsvalgte har deltatt i møtene. I tillegg har prosjektet hatt et fellesmøte for de 30 private rehabiliteringsinstitusjonene som har avtaler med Helse Sør-Øst RHF. Fra prosjektet har spesialrådgiver, brukerrepresentant og delprosjektleder deltatt fra Helse Sør-Øst.

Utviklingen de senere år har vært en gradvis nedbygging av døgnkapasitet i helseforetakene. Bruk av tilbud i private institusjoner er økt. Målet om å redusere tilbud til enkelte pasientgrupper som er underlagt kommunenes ansvar, har vært vanskelig å gjennomføre. Utvikling av tilbudet i kommunene skjer i stor grad innen hverdagsrehabilitering, noe som ikke møter grensesnittet mot tilbudet i spesialisthelsetjenesten. Det er en økende bevissthet rundt at tilbud som er best for pasientene å få i kommunen, bør gis kommunalt. Spesialisert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er underlagt ansvarsområdet til spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering og skal forbeholdes pasienter med mer komplekse problemstillinger og større hjelpebehov.

### **Organisering og utviklingsretning, status i helseforetakene**

---

<sup>10</sup> Plan for strategisk utvikling 2013-2020

<sup>11</sup> Helse Sør-Øst RHF, sak 044-2010 Regionale utviklingsområder - rehabilitering

<sup>12</sup> Helse Sør-Øst RHF, sak 108-2008 Omstillingsprogrammet, innsatsområde 1, hovedstadsprosessen

Det er stor variasjon i hvordan helseforetakene har organisert sin rehabiliteringstjeneste og hvilke tilbud de har. Tabellen nedenfor sammenstiller hvordan helseforetakene (inkluderer Diakonhjemmet og Lovisenberg) beskriver intern organisering av rehabiliteringstjenesten, enkelte elementer i tilbudet og tilgjengelig kompetanse.

<b>Organisering og kompetanse</b>	<b>Helseforetakene (HF) oppgir (inkludert 2 private)</b>
Organisatorisk enhet med døgnplasser og rehabilitering som primærmål	6 HF har døgnplasser, på HF-, klinikk/divisjon-, avdelings- eller seksjonsnivå. Stor variasjon i antall døgnplasser i enhetene
Noen døgnplasser i HF til rehabilitering i annen organisatorisk enhet	2 HF har noen døgnplasser som er avsatt til rehabilitering, i annen enhet
Ikke døgnplasser til rehabilitering. Rehab igangsettes der behov avdekkes	3 HF har ikke øremerkede døgnplasser til rehabilitering
Spesialist i fysikalsk medisin tilknyttet rehabiliteringsvirksomheten	8 HF har tilsatt spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, ikke alle øremerket for rehabilitering
Tverrfaglig team, minimum 6 faggrupper tilgjengelig for rehabilitering	9 HF oppgir tilgang på minimum 6 faggrupper i HF som deltar i rehabiliteringsarbeid
Systematisk arbeid med Individuell rehabiliteringsplan	8 HF har systematisk arbeid med individuell rehabiliteringsplan, inkludert målutredning med pasienten
Ambulant rehabiliteringstjeneste	5 HF oppgir å ha noen grad av ambulant tjeneste, de fleste av disse i liten grad.

Rehabilitering er et fagområde som de fleste steder beskrives som lite synlig, uten et samlet faglig tyngdepunkt, og som i liten grad prioriteres. Funksjons- og oppgavefordeling for rehabilitering internt i spesialisthelsetjenesten oppfattes som uklar, og fordelingspraksis er til dels lite formalisert. Tilbudet samles i større grad med øvrig behandling, og øremerket kapasitet reduseres. Pasienter skrives ut etter stadig kortere liggetid, for å frigjøre plass til nye akuttpasienter. Enkelte helseforetak, for eksempel Sykehuset Telemark, har igangsatt samhandlingsprosjekter sammen med kommuner for å sikre og videreutvikle sømløse løp for pasientene<sup>13</sup>.

Fagmiljøene opplever at det stadig blir vanskeligere å prioritere ambulant virksomhet som er svært ressurskrevende og svakt finansiert i inntektssystemet. Mange av helseforetakene tar i bruk digitale møteplattformer i stadig økende omfang. Samtidig beskriver fagpersonene at ambulante besøk i pasientens nærmiljø for enkelte pasienter er uvurderlig for å sikre god overføring av informasjon og kompetanse.

Koordinerende enhet (KE) for habilitering og rehabilitering er lovpålagt for helseforetakene. KE beskrives som lite synlig og vanskelig tilgjengelig for pasienter og kommuner. Det er utfordrende for KE i helseforetaket å håndtere sitt systemansvar opp mot individuell plan og koordinator.

Bruk av private rehabiliteringstilbud varierer også sterkt mellom sykehusområdene. Forbruket kan synes å basere seg på historie og kultur for slik virksomhet i de ulike geografiske områder. De private rehabiliteringsinstitusjonene er ujevnt geografisk fordelt, fra én til ni i hvert sykehusområde. Institusjonene har også svært ulike avtaler, fra én til ni delytelser (pasientgrupper) innenfor en enkelt institusjon og fra fire til 75 døgnplasser.

<sup>13</sup> Prosjektet «Sammen om det gode rehabiliteringsforløpet i Telemark» 2016

Det oppleves som utfordrende for helseforetakene å finansiere de mest komplekse pasientene som fordrer store ressurser på bemanningstetthet og kompetanse. Det etterlyses også en bedre finansiering av ambulante tjenester slik at dette kan prioriteres og forsvares ressursmessig.

### **Organisering og utviklingsretning, status i kommuner og bydeler**

Det er også stor variasjon i kommuner og bydelers rehabiliteringstilbud. Representanter fra kommunene ser positivt på at større andel av rehabiliteringsoppgaver skal utføres i kommunene. Det forutsetter imidlertid tilførsel av både finansiering og kompetanse. Enkelte kommuner har egne rehabiliteringsenheter med døgnplasser. Mange kommuner har ikke døgntilbud innen rehabilitering, og møter behovet ved å benytte noen av sine korttidsplasser. En del kommuner/bydeler har innsatsteam. Stadig flere kommuner og bydeler satser på hverdagsrehabilitering som ivaretar personer med enklere rehabiliteringsbehov. Kommuner/bydeler savner større kapasitet på fysioterapeuter som deltar i rehabilitering. Et tettere samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og fastlegene savnes. Pasienter med størst funksjonsnedsettelse får ofte uhensiktsmessige brudd i forløpet før rehabilitering kan starte. De blir værende på korttidsplasser uten tilgjengelig rehabiliteringskompetanse i kommunen. Personer som har mindre fysiske utfall, men som har kognitiv svikt, utmattelsestilstander eller psykososiale problemer, fanges i for liten grad opp av hjelpeapparatet.

Kommuner og bydeler opplever stadig kortere liggetid i sykehus og nedbygging av døgnplasser i rehabiliteringsavdeling. Dette fører til mangelfulle utredninger, og at pasientene blir sendt hjem eller til sykehjem i stedet for at tidlig rehabilitering i sykehuset igangsettes. Disse pasientene tas i liten grad i mot av private rehabiliteringsinstitusjoner på grunn av for stort hjelpebehov. Kommunene etterlyser rehabilitering i tidlig fase. Det er behov for utredning og kartlegging av pasienter med komplekse problemstillinger og samtidig store hjelpebehov. For å unngå brudd i behandlingsforløpet kan det ikke være ventetid for få plass på rehabilitering i tidlig fase.

### **Samhandling**

Kommuner/bydeler og helseforetak er enige om at Pleie- og omsorgs-meldingssystemet (PLO-meldinger) nå begynner å fungere godt, informasjon kommer raskt ut. Imidlertid er systemet utviklet som et sykepleieredskap, og det er stor enighet om at systemet bør utvides til å kunne benyttes mer tverrfaglig og inkludere de private rehabiliteringsinstitusjonene.

Kommuner/bydeler beskriver at det er lite kontakt og samarbeid med de private rehabiliteringsinstitusjonene i tilknytning til utskrivelser. Kommuner/bydeler opplever også i varierende grad samarbeid med helseforetakene. Flere forteller at spesialisthelsetjenesten i for liten grad informerer om pasientens funksjonsnivå og behov for videre tilbud, eller at det er skapt uriktige forventninger i helseforetaket om hvilket tilbud pasienten vil få etter utskrivning til kommunen. Stadig flere av pasientene som kommer fra sykehus har mange sykdommer og et sammensatt funksjonsbilde. Det er en utfordring at spesialisthelsetjenesten i så stor grad er opptatt av enkeltdiagnoser, mens kommunen vektlegger brukerens funksjonsbilde.

### **Oppgavedeling**

Pasienter med store funksjonsnedsettelse har behov for bred tverrfaglig utredning og kartlegging, mer spesialisert kompetanse enn kommunen har, samt et mer intensivt rehabiliteringsopplegg enn

kommunen kan gi. I spesialisthelsetjenesten kan vurderingen være at pasientene i en tidlig fase ikke har tilstrekkelig kapasitet til å nyttiggjøre seg spesialisert rehabilitering på grunn av dårlig allmenntilstand og redusert utholdenhet. Disse pasientene risikerer å ikke få noe tilbud og ender ofte opp på korttidsplasser på sykehjem der det ikke er rehabiliteringskompetanse. Disse pasientene bør sikres å få tilbud om den rehabilitering de har behov for og uten brudd i forløpet. Det etterlyses en bedre avklaring av oppgavefordelingen opp mot de ulike pasientgruppene mellom helseforetak og kommuner internt i sykehusområdene. Eksempelvis har Knutepunkt Sørlandet og Sørlandet sykehus utviklet en struktur for slik oppgavedeling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste for ulike pasientgrupper<sup>14</sup>.

Sunnaas sykehus har utviklet en rekke behandlingsprogrammer for rehabilitering i tidlig fase og i senfase. Regionalt høyspesialisert tilbud til pasienter med de mest komplekse problemstillingene beskrives som svært viktig, likeså at Sunnaas sin rolle knyttet til disse pasientgruppene oppfattes tydelig og avklart. Det er et tydelig ønske om at kapasiteten på regionalt nivå prioriteres til de mest komplekse pasientene. Fordeling av pasienter i grensesnittet mellom regionnivå og sykehusområde oppfattes imidlertid å være uklart, og skaper ulik forståelse av hvor pasienter skal ha sitt tilbud. En del av pasientene som får regionalt tilbud i initial fase kan få videre oppfølging i eget sykehusområde i senfasen. Det etterlyses bedre informasjonsflyt og dialog mellom nivåene for å avklare hvilket nivå som mest hensiktsmessig kan ivareta videre oppfølging for enkeltpasienter i senfasen. Koordinerende enhet bør ha god kjennskap til helseforetakenes tilbud og ha en aktiv rolle i å formidle informasjonen som støtte til diskusjonene om hvor pasienten bør få sitt tilbud.

Det er enighet om at lærings- og mestringsaktivitet i større grad bør foregå lokalt i kommunen/bydelen, med forsterkning og samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Slik aktivitet kan kombineres med tilbud i for eksempel frisklivssentraer hvor tilbudene er formet ut i fra funksjon mer enn diagnoser.

### **Kompetanse**

Fysikalsk medisin og rehabilitering er en egen medisinsk spesialitet som ivaretar det medisinskfaglige ansvaret for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Spesialisert rehabilitering fordrer høy særfaglig og tverrfaglig kompetanse hos en rekke faggrupper som arbeider sammen i team.

Rehabiliteringsbegrepet oppfattes svært ulikt og er til dels lite kjent. Noen forholder seg til den offisielle definisjonens elementer og forutsetter at prosessen skal være tidsavgrenset, at flere aktører skal bidra i en tverrfaglig koordinert prosess mot felles mål for bedring av personens funksjonsnivå og deltakelse, sosialt og i samfunnet. Andre beskriver alle enkelttiltak som kan inngå i en slik prosess, som rehabilitering. Det etterlyses bedre avklaring på hva som inngår i fagområdet samt undervisning om temaet både i kommuner og i sykehusavdelinger. Kompetanse på rehabiliteringsmetodikk og tverrfaglig arbeid er varierende, og det etterspørres.

Kommunene er klare for å påta seg større deler av rehabiliteringsoppgavene, forutsatt at kompetanse og kapasitet er bygget opp. Kommunene har kompetanse som spesialisthelsetjenesten trenger og vise versa, slik at gjensidig kompetanseutvekslingen er nødvendig.

---

<sup>14</sup> Prosjekt samhandling innen rehabiliteringsfeltet, prosjekt med anbefalinger, 2015

Sunnaas sykehus har en betydelig forskningsaktivitet og deltar i internasjonale nettverk. Det er ønske om mer samordnet forskning i regionen med en bred deltakelse fra aktører i hele regionen. Dette vil bidra til utvikling av alle rehabiliteringsmiljøer, av nettverk og av samarbeid generelt. Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR) har etablert og driver flere fagnettverk samt et nettverk for rehabiliteringsledere i regionen.

### Sentrale tema, oppsummert fra dialogmøtene

En del av temaene som ble løftet fram i dialogmøtene retter seg mot de enkelte helseforetakene og kan formuleres som regionale føringer til helseforetakenes arbeid med sine utviklingsplaner (1). Andre tema retter seg mot regionalt eller nasjonalt nivå og er utenfor helseforetakenes handlingsrom for endringer. Disse områdene kan håndteres videre av Helse Sør-Øst RHF (2).

Det er i stor grad overensstemmelse mellom sentrale føringer og aktørenes vurderinger om prioritering i rehabiliteringsfeltet. Det er et uttalt ønske fra dialogmøtene om at temaene blir gitt tilbake i form av føringer for prioritering og utvikling for å sikre at nødvendig tilbud er på plass.

#### 1) Følgende tema til regionale føringer er nevnt i de fleste møtene:

- Hvert enkelt helseforetak må sikre tilstrekkelig kompetanse og omfang av både
  1. Rehabilitering i tidlig fase, uten brudd i forløpet
  2. Ambulant tjeneste i overføringsfasen.
- Hvert enkelt helseforetak må sikre et faglig tyngdepunkt for egen rehabiliteringsvirksomhet
- Hvert enkelt helseforetak skal ta initiativ til å formalisere strukturer for samhandling i overføringsfasen til kommunene og forankre dette i de lovpålagte samarbeidsavtalene
- Hvert enkelt helseforetak bør initiere en lokal prosess, i samarbeid med kommuner og private aktører i sykehusområdet, for oppgavedeling knyttet til pasientgrupper
- Koordinerende enhet i det enkelte helseforetak skal ha og formidle oversikt over rehabiliteringstilbudet i helseforetaket, kommunene og hos private.

#### 2) Følgende tema er nevnt i de fleste møtene, disse anmodes Helse Sør-Øst om å arbeide videre med på regionalt nivå eller mot nasjonalt nivå:

Avtalene med private aktører skal forbeholdes tilbud til pasientgrupper som er spesialisthelsetjenestens ansvar

Helse Sør-Øst RHF bør sørge for at tilbudet til prioriterte pasientgrupper for spesialisthelsetjenesten blir ivaretatt i de private rehabiliteringsinstitusjonene. Nasjonale føringer tilsier for eksempel at den store og stadig voksende pasientgruppen muskel- og skjelettsykdommer bør ivaretas i kommunen (Veileder, IS-1947). Prioriteringsveilederen for fysikalsk medisin og rehabilitering anbefaler at det gis rett til utredning i spesialisthelsetjenesten, men i utgangspunktet ikke til behandling (rehabiliteringsopphold) for denne pasientgruppen. Denne pasientgruppen gis i praksis tilbud om rehabilitering på et stort antall plasser i de private rehabiliteringsinstitusjonene. En slik bruk av rehabiliteringsressursene i spesialisthelsetjenesten vil medføre at pasienter med kompleks problematikk, behov for spesialisert kompetanse og intensive opplegg ikke får det tilbudet de har behov for og rett til.



Helse Sør-Øst RHF bør tydeliggjøre avtalene med private institusjoner slik at ressursene prioriteres til spesialisert rehabilitering for pasienter med komplekse problemstillinger og behov for spesialisert kompetanse og intensivt rehabiliteringsopplegg. Helse Sør-Øst RHF bør gjennom en faglig revisjon få oversikt over omfanget av kommunal rehabilitering som gis i ytelsesavtalene og iverksette en prosess for å avvikle dette. En slik omprioritering i tilbudet hos private aktører vil kreve endringer i avtalene med en større andel utredningsplasser av kort varighet, og færre plasser til lange rehabiliteringsopphold til en del pasientgrupper. Sjekkliste for henvisningsstøtte samt kriterier for avslag er utarbeidet av Regionalt fagråd rehabilitering og bør implementeres.

#### Private aktører og fastlegene inkluderes i de lovpålagte samarbeidsavtalene

Helse Sør-Øst RHF bør ta initiativ til å inkludere de private rehabiliteringsinstitusjonene og fastlegene i de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak. Samarbeidet beskrives i dialogmøtene som tilfeldig og lite planmessig, samt at det i stor grad avhenger av enkeltpersoner som viser spesiell interesse. De private påpeker at de er en del av spesialisthelsetjenestetilbudet, og har forventninger om å bli inkludert i samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak. Fastlegene er savnet i det kommunale rehabiliteringsarbeidet, samtidig som de selv etterlyser informasjon om det kommunale tilbudet de skal være en del av.

#### Avklaring og formalisering av funksjoner på regionnivå og fler-områdenivå

Helse Sør-Øst RHF bør avklare tydelige kriterier for rehabilitering på regionnivå, fler-områdenivå og formalisere ordninger på området. Et eksempel kan være Sørlandet sykehus som i praksis har fler-områdefunksjon for hjerneskode for Telemark og Vestfold. Sykehuset Innlandet har i praksis fler-områdefunksjon for armamputerte og dysmeli. Helse Sør-Øst RHF bør gjøre en avklaring av rollefordelingen i dette grensesnittet etter at helseforetakene har beskrevet i utviklingsplanen hvordan de håndterer sitt eget områdeansvar. Noen av helseforetakene har store og robuste rehabiliteringsmiljø som kan ivareta enkelte områdefunksjoner på vegne av helseforetak som ikke har tilsvarende tilbud. Det er også uklare om hvilke pasienter som skal ivaretas på regionnivå. Formalisering av dette vil bidra til å sikre pasientene tilbud på riktig nivå med effektiv ressursbruk, gi tydelig ansvarsfordeling og forutsigbarhet for aktørene og sikre eksisterende fagmiljøer.

#### Bedre finansieringen av rehabilitering, spesielt for ambulant tjeneste

Finansiering av rehabiliteringsområdet reflekterer ikke kostnadsbildet på en tilstrekkelig nyansert måte. Innenfor gruppen «kompleks rehabilitering» er det store variasjoner. Ambulant virksomhet registreres tilsvarende poliklinisk virksomhet og reflekterer ikke tjenestens omfattende ressursprioritering. Helse Sør-Øst RHF bør arbeide opp mot nasjonalt nivå for at finansieringsordningen for rehabilitering utvikles videre.

#### Perioden hvor «..Spesialisthelsetjenesten skal ikke bygge ned før kommunene har bygget opp.. » bør få et avklart tidsperspektiv

Helse Sør-Øst RHF bør fremme forslag om et konkret tidsperspektiv for fasen for oppbygging av kompetanse og kapasitet i kommunene. Frasen «..spesialisthelsetjenesten skal ikke bygge ned før kommunene har bygget opp..» repeteres i sentrale føringer. En slik formulering kan bidra til at enkelte kommuner ikke evner å prioritere oppbygging av rehabiliteringstilbudet lokalt. Samtidig er det noe uklare i hva spesialisthelsetjenesten skal beholde og utvikle. Formuleringen signaliserer også at det er det tilsvarende tilbud som skal bygges opp i kommunen. Det bør være avklart hvorvidt tilsvarende tilbud har effekt, før dette eventuelt bygges opp i kommunen. Den foreskrevne

oppbyggingsfasen bør ha et tidsperspektiv, for eksempel 2020, slik at alle parter bedre kan planlegge nødvendige endringer i egen virksomhet, nye avtaler tilpasses, og partene kan sammen planlegge nødvendig samhandling og kompetanseutveksling for å sikre tilstrekkelig kompetanse i kommunene.

## Viktige tema til gjennomføring i det enkelte helseforetak

Sentrale føringer og tidligere oppdragsdokumenter vektlegger at hvert helseforetak har tilstrekkelig kapasitet på døgn og dagtilbud for spesialisert og tverrfaglig rehabilitering, samt ressurser til samhandling med kommunene. Innspill fra fagfeltet i regionen vektlegger i tillegg at tilbud i spesialisthelsetjenesten, inkludert private tilbud, skal forbeholdes pasienter med komplekse problemstillinger og behov for spesialisert rehabilitering. I tillegg til føringer for helseforetakene, bør noen temaer håndteres videre av Helse Sør-Øst RHF (nærmere beskrevet over):

- Avtaler med private leverandører forbeholdes spesialisthelsetjenestens ansvarsoppgaver
- Private leverandører og fastleger inkluderes i de lovpålagte samarbeidsavtalene
- Finansiering av spesialisert rehabilitering forbedres, spesielt med fokus på ambulant tjeneste
- Avklaring og formalisering av funksjoner på regionnivå og fler-områdenivå
- Frasen «..hindre nedbygging av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten før tilsvarende kapasitet og kompetanse er bygget opp i kommunene.» gis et avklart tidsperspektiv

## Føringer til utviklingsplan i det enkelte helseforetak

1. Tilbud for døgnbasert rehabilitering og ambulant virksomhet - organisering og prioritering
2. Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt - synlig og tydelig som 'En dør inn' til tjenesten
3. System for samarbeid innen rehabilitering - formalisering i samarbeidsavtalene

### **1. Helseforetaket beskriver i utviklingsplanen sitt tilbud for døgnbasert rehabilitering i tidlig fase etter akutt sykdom/skade og for ambulant virksomhet. Beskrivelsen inkluderer organisering, prioritering og nødvendige endringer i tidsperioden.**

Fremtidens rehabilitering i spesialisthelsetjenesten skal ivareta rehabilitering for pasienter med komplekse behov og skal ha tilstrekkelig omfang og intensitet tidlig i rehabiliteringsforløpet<sup>15</sup>, ved progredierende tilstander og ved gjentatte funksjonstap. Et helhetlig rehabiliteringsforløp må ofte starte i akutfasen i helseforetak. Det forventes at helseforetakene har spesialiserte rehabiliteringsenheter med tilstrekkelig døgnkapasitet for å ivareta komplekse behov<sup>16</sup>. Samling av fagområdet i slike enheter sikrer robuste fagmiljøer med effektiv ressursutnyttelse av bred spesialisert tverrfaglig kompetanse. Tjenesten skal inkludere spesialisert medisinsk kompetanse og tverrfaglige systemer. Rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom det anses mest hensiktsmessig for faglige og praktiske forhold.<sup>17</sup>

Veiledning og informasjonsutveksling kan gjennomføres på ulike møteplattformer. Bruk av avstandskompenserende metoder, som for eksempel telemedisinske løsninger, vil bidra til effektiv

<sup>15</sup> Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019 <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering/id2514667/>

<sup>16</sup> Veileder til forskrift for habilitering og rehabilitering, koordinator og individuell plan

<sup>17</sup> Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

ressursutnyttelse. Noen ganger vil likevel et fysisk møte med pasient og lokale rehabiliteringsaktører være nødvendig, og helseforetakene må ha system for slik ambulans virksomhet.

Oppfølging: Rapportering av ressursbruk og aktivitetstall som viser omfang av ambulans virksomhet og omfang av rehabilitering uten brudd i forløpet etter akuttbehandling, samt fordeling mellom primær- og sekundærrehabilitering. Aktivitetstall for rehabilitering kodet som Vanlig og Kompleks rehabilitering i tråd med Regelverk for innsatsstyrt finansiering<sup>18</sup>.

## **2. Helseforetaket beskriver i utviklingsplanen hvor og hvordan et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt er synlig organisert, hvilken virksomhet og kompetanse som inngår, samt tilhørende roller og oppgaver. Planen beskriver hvilke nødvendige endringer som skal gjennomføres i tidsperioden.**

Tyngdepunktet defineres til en organisatorisk enhet i virksomheten, slik at helseforetakets plassering av det rehabiliteringsfaglige ansvaret blir synlig og viser én dør inn til tjenesten. Spesialisert rehabiliteringskompetanse inkluderer legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering samt spesialisert særfaglig og tverrfaglig kompetanse fra andre relevante faggrupper som spesifisert i Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator<sup>19</sup>. Helseforetakene har, med få unntak, slik kompetanse tilsatt slik at utfordringen i hovedsak er å organisere og synliggjøre fagområdet. Helseforetakene beskriver i utviklingsplanen hvordan ansvaret for rehabilitering håndteres dersom kompetanse fra flere organisatoriske enheter må involveres i det tverrfaglige teamet. Prosessinnhold og samarbeidsstrukturer beskrives og implementeres.

Et samlet faglig tyngdepunkt for rehabiliteringstjenesten vil være vesentlig for å utvikle og ivareta et robust fagmiljø som sikrer et pasienttilbud av høy faglig kvalitet. Det bidrar til å gi en samlet ramme for utvikling av fagmiljøet og god utnyttelse av den samlede tverrfaglige kompetansen. Et faglig tyngdepunkt bør være synliggjort i organisasjonsstrukturen og fungere som en ressursbase for andre organisatoriske avdelinger og enheter i og utenfor helseforetaket.

Oppfølging: Rapportering av funksjon og aktivitet, synlig plassering i organisasjonsstrukturen.

## **3. Helseforetaket tar initiativ til å formalisere struktur for samhandling innen rehabilitering i samarbeid med kommunene. Arbeidet forankres i de lovpålagte samarbeidsavtalene.**

Det beskrives i utviklingsplanen hvordan samarbeid med kommunene, relevante private aktører samt representanter for brukerne er systematisert og implementert innenfor rehabiliteringsfeltet. Planen beskriver tiltak for nødvendig konkretisering, og hvordan samarbeidsstrukturen kan fungere og evalueres.

Gode overganger mellom spesialisert rehabilitering i helseforetak i tidlig fase og videre til rehabilitering i nærmiljøet fordrer systematisk samarbeid med god forankring hos aktørene. Samarbeid bør skje i tråd med rutiner som er forutsigbare og omforente. De lovpålagte

---

<sup>18</sup> Regelverk for innsatsstyrt finansiering <https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet>

<sup>19</sup> Helsedirektoratet, Veileder til forskrift for habilitering og rehabilitering, koordinator og individuell plan

samarbeidsavtalene bør benyttes til å formalisere hvordan samarbeidet skal foregå<sup>20</sup>. En mulighet, som Akershus universitetssykehus har valgt, er å etablere Fagforum knyttet til tjenesteavtalene, her tjenesteavtale 2. Formålet med Fagforum er å operasjonalisere avtaleverket gjennom flere møtepunkter i året, for å gjennomføre årlige handlingsplaner og revidere avtalene.

Oppfølging: Rapportering fra overordnet samarbeidsutvalg mellom helseforetak og kommuner og rapportering fra brukerutvalg. Synlig og tilgjengelig informasjon om system og rutiner.

---

<sup>20</sup> Veileder til forskrift for habilitering og rehabilitering, koordinator og individuell plan