

## Referat fra møte i Regionalt fagråd for habilitering og rehabilitering 12.09.2011 i Tromsø

**Tilstede:** Jorun Støvne Pettersen UNN HF (JSP), Einar Einarsen Helgelandssykehuset HF (EE), Berit Malmo Helse Finnmark HF(BM), Audhild Hjalmarsen UNN HF(AH), Trude Hartviksen NLSH (TH), Hanne Jabobsen Valnesfjord helsesportssenter(HJ), Sverre Monsen Nordtun (SM), Merete Blankholm UNN HF(MB)

**Forfall:** Ingen

**Til sak vedr. Rapport om traumatisk hjerneskade møtte:** Roar Glefjell, Neuropsykolog Harstad Sykehus UNN HF

**Til sak vedr. revisjon av regional handlingsplan møtte:** Iselin Marstrander Valnesfjord Helsesportssenter (IM) og Guri Heiberg Harstad Sykehus UNN HF

**Godkjenning av referat:** Referatet ble godkjent med følgende bemerkninger: Til fast punkt på sakslisten: ”*Aktuelle viktige saker*” kan man sende inn skriftlig materiale, men det er ikke et krav, at det foreligger skriftlig redegjørelse i forkant av møtet. På siste møte ble det besluttet at det skulle utferdiges en mal for innhenting av statusopplysninger til revisjon av handlingsplan. Dette ble ikke sendt ut. JSP vil ta initiativ til dette umiddelbart etter dette møte. (Se egen sak om revisjon av handlingsplan).

### **Aktuelle saker siden sist:**

Her fremlegges det som er NYTT siden sist og som er viktig at fagrådet vet om. Både faglige og driftsmessige tema kan tas opp:

**Sverre Monsen:** D. 25.10.2011 i rehabiliteringsuka, blir det avholdt en *rehabiliteringskonferanse for Saltenområdet* på Valnesfjord helsesportssenter. Tema er rehabilitering og samhandling. Salten regionsråd er oppdragsgiver og har gitt mandatet som ledd i ”Sunnere Salten”. Valnesfjord Helsesportssenter og Nordtun er felles arrangør. NLSH, kommunene i Saltenområdet og brukerorganisasjoner er trukket inn i planleggingen. Målgruppe: Kommune- politikere og personal i helseadministrasjon. Saken tas til etterretning

**Einar Einarsen:** *Gjenopptar saken fra siste møte i fagrådet vedr. endring av tildeling av midler jvf. skriv til fagrådet fra EE om stengte senger, omfordeling av øremerkede midler fra Kronikersatsningen i Helgelandssykehuset, redusert budsjett på rehab avd. Sandnessjøen på 4 mill.*

Kapasitet for rehabilitering på sykehuset vesentlig redusert, hvilket igjen medfører et redusert tilbud til kronikerne. Dette skal ses i sammenheng med nedleggelse av senger i Bodø.

Problematikken forsterkes av konsekvensen av det som fremgår av oversikt fra RKE vedr. sommerstengning i helseregionen på rehabavdelinger og private institusjoner (se oversikt fra RKE). Den påviser utilstrekkelig antall plasser til primærrehabilitering.

**TH** gir kort innspill om at de to senger som var satt av til spesialisert rehab på neurologisk avdeling på NLSH ikke finnes mer. – Der foreligger plan om at det skal opprettes 8 senger i 2016. Saken tas opp under punkt på sakslisten: Prioritering av fagrådets oppgave

I forbindelse med *Strategisk kompetanseplan i Helse Nord*, hvor det fremgår at det innen fysikalsk – og rehabiliteringsmedisin er en uheldig aldersfordeling, etterspør EE status for

*rekrutteringsprosjektene* vedr. legespesialister. Nærmere presentasjon og status for prosjektene settes på sakslisten til neste møte

**Berit Malmo:** *Nytt prosjekt* iverksettes i Helse Finnmark mellom Enhet for spesialisert habilitering og rehabilitering og psykisk helsevern og rus: Prosjektet har følgende mandat: 1. Redegjøre for hvordan motivere og legge til rette for samarbeid i fagmiljøene knyttet opp mot enkeltsaker. 2. Utarbeide retningslinjer for systematisk grunnlag for samarbeid og samhandling mellom Enhet for spesialisert habilitering og rehabilitering og Klinikk psykisk helsevern og rus. 3. Ansvar for faglig avklaring av oppgavefordeling mellom de ulike enhetene iht. pasienter med sammensatte diagnoser og behov. 4. utarbeide retningslinjer for informasjonsflyt mellom de ulike enhetene, her gjøre vurdering iht. deling av informasjon i DIPS. Prosjektet løper fra 2.9.11 til 1.6.12. Saken tas til etterretning – fagrådet ønsker at bli orientert videre.

*"Det var planlagt lavdrift ved Avd FMR (sengeposten) med 4 senger i 8 uker i sommer, men avd. måtte stenge i 4 uker som strakstiltak pga Helse Finnmark sitt underskudd. Pasienter ble overflyttet til medisinsk avdeling. Dette er prøvet tidligere uten at det gav økonomisk gevinst. Tiltaket i 2011 skal evalueres."*

Helse Finnmark skal *redusere drift med 10 stillinger*. Det er foreslått en reduksjon på en stilling i Enhet for spesialisert habilitering og rehabilitering. Dette skal styrebehandles 27.09.11. Fagrådet følger saken i forhold til at avdelingen tidligere har vært underbemannet i forhold til at kunne fungere som spesialisthelsetjeneste.

**Trude Hartviksen:** *ART Salten er på plass med tre stillinger*. Fylkesmannen i Nordland arrangerte 7.9 i samarbeid med RKE et møte med ledere fra Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset RKE og *vedr. KE på helseforetakene*. Det er opprettet arbeidsgrupper regi av hhv. NLSH HF og Helgelandssykehuset HF. Det er sagt fra begge helseforetak at KE skal være på plass i løpet av høsten. Fagrådet ønsker at bli holt orientert om saken.

**Audhild Hjalmarssen:** Skibotn driver nå *lungerehabilitering* med 12 pasienter pr. måned i gruppe. Der er bygget opp team med spesialist i fysikalsk- og rehabiliteringsmedisin og psykolog – men legen har sagt opp. Andre faggrupper har tatt permisjon. Kompetansen er derfor meget sårbar selv om det gjøres en meget god jobb med god lokal inspirasjon. Kompetanseproblemet innen rehabilitering er den største utfordring. AH har skrevet *fagbok om lungerehabilitering* som utkommer på Cappelen i januar 2012. AH gir tips til fagrådet når boken utkommer.

Det er viktig at identifisere *hvilke kols pasienter* som har bruk for rehabilitering – AH etterspør om *pasienter med neuromuskulære sykdommer* som utvikler lungefunksjonssvikt, får tilbud om rehabilitering i Fys med UNN utover det de får når de er i lungeavdelingen. Oppfølging er problematisk ved overgang barn – voksne. Lungeteamet på Elisabethsenteret fungerer godt, men er der kompetanse i FYS med og kommunene? JSP svarer at det er et tilbud og oppfølging ut i kommunene skjer i regi av ART, men etter henvisning – Det finnes ikke en automatisk oppfølging. Lungeavdelingen kan henvise til ART. Det samarbeides med Neuromuskulært kompetansesenter som har rådgivende virksomhet. Fagrådet bør være oppmerksom på denne målgruppe v. revisjon av handlingsplanen.

**Jorun Støvne Pettersen:** *Nasjonal arbeidsgruppe vedr. habilitering og rehabilitering:* Arbeidsgruppen ble nedsatt i sommer i regi av Direktoratet. Ifølge mandatet skal man bl.a. se på funksjonsfordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste og avtaler mellom foretak og kommuner. Alle RHF er representert, i tillegg til KS og brukerorganisasjonene. Fra Helse

Nord sidder JSP, som vara for JSP sitter Hilde Lund fra Barnhabiliteringen Helse Finnmark. Iselin Marstrander Valnesfjord helsesportssenter sitter som representant fra KS bedrift. Arbeidsgruppen skal være ferdig til jul. Anden del av prosessen skal være ferdig i februar 2012 – Habilitering skal ha egen prosess. Et overordnet diskusjonstema er: Hva skal være styrende; diagnose eller funksjon? I hovedsaker konsentrerer man seg om funksjonsnivå, kompleksitet og intensitet.

Arbeidsgruppen skal beskrive pasientforløp: Muskel og skjelett, følger etter hjerneslag, smerte, fedme, livsstil ex. kols. Det diskuteres finansieringsordninger som gjør at kommunen evt. kan kjøpe plasser i de private institusjoner. (Mandatet og øvrige sakspapirer vedlegges referatet).

Fagrådet vil bli holt løpende orientert i det omfang som det er mulig at offentliggjøre innen de gitte rammer.

*Koordinering av feriedrift:* Brev fra UNN HF er adressert til Helse Nord og henvendelse er gått til alle helseforetak med forslag om at koordinere inntak i ferietiden – 6 senger er åpne på fys med UNN, i tillegg til geriatri i lavdrift. Hensikten er at ha åpent *et* sted og avvikle fellesferie i øvrige foretak. Dette krever endret finansiering. Det er ikke kommet inn noen svar. Brevet er videresendt til direktørmøte i Helse Nord og skal opp på neste møte. Saken følges opp av fagrådet.

*Regional vurderingsenhet* – utredning fra arbeidsgruppe i UNN HF (på oppdrag fra helse Nord) er etter avtale, levert i april. Det er ennå ikke kommet noe svar fra Helse Nord. UNN venter på klarsignal og er klar til at gå i gang med full drift fra årsskiftet UNN har satt noen penger av, men avventer penger fra de andre foretak.

Fagrådet oppfordrer til at purre på saken. Det er et stort og økende behov for denne tjenesten kommer i funksjon så rask som overhodet mulig. Regional oppfølging i forhold til de private institusjoner er gått i stå og formidlingsarbeid som skal utføres av RKE stagnerer i påvente av vurderingsenheten kommer i funksjon.

**Audhild Høyem, Regional koordinerende Enhet:** *Skriftlig henvendelse fra Regional koordinerende enhet: Oversikt over feriedrift for rehabiliteringsavdelingene ved helseforetakene i Nord for sommeren 2011.* Oversikten inneholder oppgjør av primærrehabiliteringspasienter som er avvist, sendt til andre regioner eller har fått manglende tilbud. Oversikten er supplert med cases. Oversikten er sendt til fagrådets medlemmer. Fagrådet sender oversikten til adm. direktør i Helse Nord og ber om at dette vedlegges saken til direktørmøtet om koordinert feriedrift i regionen.

### **Rapport om traumatisk hjerneskade: v. Roar Glefjell (RG), Neuropsykolog UNN Harstad,** Representant fra Fagnettverk for traumatisk hodeskade.

Rapporten ikke helt ferdig på grunn av manglende kapasitet da det er oppstått lang venteliste for neuropsykologiske utredninger i Harstad. RG regner med at det vil kunne foreligge endelig rapport i løpet av oktober. Det foreligger hodepunkter som vil bli gjennomgått, nok til at man kan jobbe videre med saken – det fremmes et nytt konsept som er viktig for fagrådet å diskutere og bringe videre med inn i den reviderte handlingsplan og i fremtidig tilrettlegging av tilbud til personer med traumatisk hjerneskade både barn og voksne. Arbeidsgruppen har omforent oppfattelse av hvordan tilbud for målgruppen bør tilrettelegges.

RG viser til ny undersøkelse: Death after head injury: The 13 year outcome of case control study. TM Mc Millian, G M Teasdale, CJ Weir, et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry online january 2011. Undersøkelsen omhandler oppfølging av pasienter med traumatisk hjerneskade over en periode på 13 år. Man har sett på dødelighet og sammenlignet hodeskadegruppen med to andre pasientgrupper. Det viser seg at dødeligheten er over dobbelt så stor, selv når man

fratrekker suicidaltilfeller og sosioøkonomiske forhold. Hodeskadeskade pasientene dør av samme ”vanlige” årsaker som pasienter i de andre grupper. Det er alvorlige langtidsvirkninger – en betydelig risiko ved at få en hodeskade. Også store konsekvenser for de med moderat og mild hodeskade – de milde er vanskelige å samle opp.

I rapporten settes opp en modell for: Hva mangler i organisering her i Nord. Rapporten omhandler både barn og voksne med skader. Man har delt opp i lettere moderat og alvorlig hodeskade. Det er fremmet forslag til hvordan forløp skal styres i forhold til prosedyre.. Direktøren bad ved den foreløpige rapport om at rus og psykiatri skulle med. Rus og psykiatri er et helt ubeskrevet område. Her er det er lav hyppighet, men alvorlige forløp på tross av stor innsats lyktes det ikke arbeidsgruppen at talfeste omfang av disse pasienter – så hvor er disse pasienter? – hvor er det blitt av dem? Hva skjer med alle de, som vi vet om, som er der, men som vi ikke har sett beskrevet? Det er på tide at få beskrevet. Forløpene er over meget lang tid. I behandlingsforløpene er det ikke økonomisk dekning for om det kommer flere pasientforløp på en gang. Det er meget sårbare fagmiljøer.

Det finnes god dokumentasjon og gode rutiner for at finne ut av om rus og psykiatri er en del av bakgrunn og bilde for traumet – det finnes god metodikk, men som ikke er tatt i bruk. Der er sammenheng mellom mild hodeskade og psykiatri./rus – det finnes former for former for trening som har god effekt. Det finnes gode effektstudier – standard psykiatri virker ikke. En må ha lenger perspektiv i tiltak – økt risiko stemningssving og rus og flere traumatiske hodeskader i kombinasjon finnes flere sequele. Man kan/bør screene for at finne ut om de har rusrelaterte problemer.

*Kommunenivået:* Vanskelig for vi har ikke ”kontroll” på dem. Vanskelig at få gruppen til at fungere med det som finnes i vanlig behandling på kommunenivået. Kommunenivået svikter: For svak faglig og organisatorisk forankring - alt stopper opp. Pårørende får rolle som pådrivere og det blir ustabile pasientforløp. Det må være koordinator med individuelt ansvar forankret i beslutningsnivå. Det bør være tydelig forslag til hvordan tilbudet skal organiseres. Kommunen må ha et tydelig kompetansested.

*Spesialisthelsetjenesten.* Det må være tilgang på spesialisert diagnostikk. Pårørende har eget behov. Mistet tid i start, er mistet tid for alltid. Flytting av pasienter som fører til stopp, er den største utfordring. (For dårlig feriedekning og for dårlig logistikk). Man må kvalitetssikre tidlige forløp.

Det mangler undersøkelse av rehabiliteringsbehov – ikke bare en neurologisk US mv. Det må bygges ut utvidet **rehab poliklinikk** med henblikk på vurdering av rehab behov når som helst i rehabprosessen i tilknytning til rehab – avdelingene. Poliklinikkene må knyttes til de eksisterende avdelinger. (Det **tverrfaglige** må ligge til grunn) Den ambulante tjeneste bør knyttes opp mot poliklinikken for at gi tilstrekkelig diagnostisk basis for tiltak ut mot kommunene i form av oppfølging, veiledning og kompetanseoverføring.

Utvidet kompetanse bør være knyttet til arbeidet i kommunene. Kommune må få mulighet for hjelp til diagnostisering lenger ute i forløpet v. henvisning til poliklinisk utredning og vurdering. Poliklinikken bør ha oppfølgingsansvar i flere år pr. automatikk. Slike organisatoriske enheter vil gi mer faglige tyngdepunkter og vil også komme slagpasienter til gode. – Det bør lages kriterier for at vurderes en del av traumeberedskapet.

Dette vil være optimalt at kunne utvikle som konsept. Lettere at optimalisere ressurser og øke i forhold til behov. Oppfølging skal skje i livsløpsperspektiv.

Hvordan få fatt i ”de milde” er en utfordring som må jobbes med og lages prosedyrer for Fagrådet tar innspillet til etterretning og tar det med videre i arbeidet med revisjon av handlingsplan. Fagrådet uttrykker tilfredshet med at fagnettverket har kommet med et solid faglig innspill.

### **Prioritering av fagrådets oppgaver ut fra mandat:**

Fagrådet gjennomgår mandat for fagråd for Helse Nord. Det er viktig at det fremmes en felles mandatforståelse. Det har kommet nye medlemmer av fagrådet siden man sist hadde en gjennomgang. Det finnes eget mandat for revisjon av handlingsplan. Den viktigste avklaring er: Hvilke spørsmål kan /bør fagrådet ta opp på egen foranledning samtidig som man ikke overtredet, det som er drifanliggende for de enkelte foretak. Samtidig er det viktig, at om det skjer vesentlige ting som har faglige konsekvenser for pasientgrupper, som følge av endret økonomi, organisasjon eller drift blir drøftet i fagrådet og videreformidlet til Helse Nord. Det er ingen "linjer" mellom fagrådet og foretakene, slik at all kommunikasjon må gå gjennom Helse Nord.

Fagrådet har gjennom den seneste periode sendt flere skriv til Helse Nord vedr. aktuelle vesentlige endringer som er foretatt i de enkelte foretak og som har betydelig konsekvens for tilbud til pasientgrupper i hele helseregionen. Fagrådet har fått i mandat at revidere handlingsplan for habilitering og rehabilitering og har i den anledning etterspurt retningslinjer for dette arbeid. Heller ikke på disse forespørsler er det kommet formelle svar fra Helse Nord. Fagrådet beslutter derfor at formulere brev til adm. Direktør i Helse Nord med forespørsel om status for de saker som er innberettet og ber om at Helse Nord gir en tilbakemelding til fagrådet på hvorledes Helse Nord ser på de spørsmål som er tatt opp og avklarer det videre forløp i de saker hvor det må fattes vedtak. Leder av fagrådet utformer skriv til Helse Nord som innbefatter brev som er sendt fagrådet fra EE.

Administrerende direktør inviteres til neste møte i fagrådet.

### **Revisjon av planarbeid:**

JSP lager en oppsummering av det lange forløp som har vært i forbindelse med prosess omkring revisjon av handlingsplan. Dvs. to oppstartskonferanser i hhv. 2009 og 2011. Prosessen har vært forsinket av forlenget anbudsprosess i forhold til de private institusjoner, divergerende signaler fra Helse Nord, senest i forbindelse med opprettelse av arbeidsgruppe i Direktoratet i forbindelse med samhandlingsreformen og mangel på mulighet for frikjøp av ressurser til skriveprosess.

På forrige møte i fagrådet ble det lagt en plan for det videre arbeid. Helse Nord ønsker imidlertid ikke et så omfattende arbeid på nåværende tidspunkt og ønsker ingen respons før april 2012. Fagrådet er av den oppfattelse at den nåværende plan ikke kan prolongeres, den er helt ute av trinn med dagens rammer og organisering. Samtidig mener fagrådet at det er viktig at det løpende gis faglige innspill fra spesialisthelsetjenesten, så man kan styrke den faglige kompetanse inn i samhandlingsreformen og de avtaler som skal inngås for rehabilitering med virkning fra 2013. Om det ikke foreligger et overordnet strategidokument for hele helseregionen kan man risikere at hvert foretak kjører sin linje og at pasienter ikke får samme kvalitet i tjenesten og ikke får samme rettigheter.

Det ble foreslått at Iselin Marstrander skulle lede prosessen. Ved nærmere overveielser er det blitt avklart at prosessen bør ledes av et foretak. Det besluttes derfor at JSP leder det kommende prosessforløp. Fagrådet er av den oppfattelse, at man må fastholde at Helse Nord som bestillere av et nytt strategidokument for rehabilitering, må sette av ressurser til planprosessen. Det avklares det hva som bør skje i det innværende kalenderår. Det besluttes at starte med å lage en statusbeskrivelse i 2011 og så "trå vande" inntil det skal lages egen plan som bl.a. bygger på det utredningsarbeide som foregår i direktorat, hvor både JSP og IM er deltagere. Statusbeskrivelsen kan i så fall bli et viktig vedlegg til selve strategidokumentet. Strategidokument UNN kan ligge til grunn. Denne metodikk inneholder at en beskriver: utfordringer og begrensninger, nye tiltak, det vi må videreføre, utviklingsoppgaver, oppgaver

som vi ønsker kan overtas av andre. Handlingsplanen skal innholde prioriterte tiltak som er operasjonaliserbare.

JSP tar ansvar for at det utarbeides en overordnet mal for hva som bør med i en kortfattet overordnet statusbeskrivelse på regionalt plan: Mal oversendes til fagrådet for innspill og oppdrages gis heretter til Regional koordinerende enhet (iht. tidligere avtale med Fagdirektør i Helse Nord). Evt. frigis en liten ressurs fra UNN HF til at Bistå RKE.

Stikkord til status/plan: - alt må ses i forhold til pasientforløp

- Statusbeskrivelse skal omfatte foretak og private institusjoner med avtale
- Oversikt over tilbud som ligger utenom egen helseregion (finnes i RKE)
- Nasjonale føringer – def. av spesialisert rehabilitering
- Regionale føringer
- Tilbud/nivå/hvor/kapasitet/funksjonsfordeling
- Mangler tilbud
- Hjemler/rekruttering/krav til utdanningsinstitusjon
- Kompetanse.

Referenten har notert stikkord fra pågående drøftning i fagrådet (disse er ikke medtatt i referatet), som er styringsgruppe for handlingsplanarbeidet, vedr. innspill om trends, mål og innhold til den del av strategidokumentet som ligger ut over statusdelen. Disse vil bli overført til arbeidsgruppen, når den delen av handlingsplansprosessen går i gang.

**Evaluering og neste møte i fagrådet:** Det vil bli innkalt til nytt videobasert møte i arbeidsgruppen i Des 2011 når det foreligger innspill i forhold til statusbeskrivelse. Neste møte i Fagrådet blir i Bodø i januar. Adm. direktør i Helse Nord innkalles til møtet. Evt. innkalles Finn Henry Hansen til at gi innspill vedr samhandlingsarbeidet i Helse Nord JSP får ros for sin gode møteledelse – tilfredshet med at fagrådet finner en måte å håndtere handlingsplansutfordringen – viktig med runden om hva nytt som skjer i hele helseregionen.. Konstruktivt med konkret faglig input. (RG fra fagnettverket)  
Det ønskes om mulig at mer materiale utsendes på forhånd så medlemmene av fagrådet har bedre mulighet for å forberede seg.

Ref Merete Blankholm  
15092011