

Rehabilitering i Nord-Norge

Rapport fra et prosjektarbeid for et likeverdig og mer forutsigbart rehabiliteringstilbud i Nord-Norge

Forord

Rehabilitering i Nord-Norge er et samhandlingsprosjekt mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og løper i perioden 2018-2023.

Prosjektets første kartleggingsfase er gjennomført. På denne bakgrunn har prosjektgruppa utarbeidet en rapport med anbefalinger til kommune- og spesialisthelsetjenesten. Rapporten vil være på høring i perioden mai- september 2019.

Basert på tilbakemeldinger fra høringsrunden, ber prosjektgruppa om å få lage en handlingsplan for rehabiliteringsfeltet som forplikter både kommuner og spesialisthelsetjenesten i samarbeid å jobbe fram en bedre helsetjeneste. Handlingsplanen vil gjelde i en begrenset tidsperiode og vil være en del av Helse Nord's langsiktige utviklingsplaner for helsetjenesten fram mot 2035.

Det pågår mye utviklingsarbeid innen rehabiliteringsfeltet både nasjonalt og lokalt, og det er mye vi kan hente av kunnskap fra andre fagmiljøer. Fotnotene vi har henvist til gir noen eksempler på dette. Vi håper dere vil lese disse og la dere inspirere i arbeidet med et mer forutsigbart og likeverdig rehabiliteringstilbud i Nord- Norge.

På vegne av prosjektgruppen

Anne Winther
Prosjektleder

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag.....	5
1. Innledning.....	8
1.1 Organisering av arbeidet.....	8
1.2 Datainnsamling og kunnskapsgrunnlag	9
1.3 Hovedmål.....	10
1.4 Delmål.....	10
1.5 Hvilke endringer skal prosjektet skape	10
1.6 Målgruppe - avgrensning.....	10
1.7 Bakgrunn for arbeidet	11
2. Ansvarsfordeling mellom nivåene.....	13
3. Beskrivelse av dagens rehabiliteringstilbud i Nord-Norge og utfordringer knyttet til ansvars- og oppgavefordeling mellom nivåene.....	18
3.1 Status for rehabilitering i kommunehelsetjenesten i nord	18
3.1.1 Kommunale utfordringer samt utfordringer knyttet til ansvars- og oppgavefordeling	21
3.2 Status for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i nord.....	23
3.2.1 Spesialisthelsetjenestens utfordringer samt utfordringer knyttet til ansvars- og oppgavefordeling.....	26
3.3 Identifisering av grupper med udekkede rehabiliteringsbehov	28
3.4 Områder med behov for samhandling og kompetanseoppbygging.....	31
3.4.1 Samhandling	31
3.4.2 Kompetanseoppbygging.....	32
4. Anbefalinger for å møte framtidig behov for rehabilitering	35
4.1 Anbefalte fellestiltak	35
4.2 Anbefalinger og tiltak kommunehelsetjenesten	36
4.3 Anbefalinger og tiltak spesialisthelsetjenesten inkl. private rehabiliteringsinstitusjoner.....	37
5. Anbefalinger for bedre samhandling og kompetanseoppbygging.....	39
5.1 Anbefalte fellestiltak	39
5.2 Anbefalinger og tiltak kommunehelsetjenesten	40
5.3 Anbefalinger og tiltak spesialisthelsetjenesten.....	41
6. Avsluttende kommentarer	43

7.	Ordliste.....	44
8.	Referanser.....	45
9.	Vedlegg.....	47
9.1	Vedlegg 1: Prosjektmandat.....	47
9.2	Vedlegg 2: Tema for diskusjon på dialogmøtene	47
9.3	Vedlegg 3: Skjematisk oversikt over pasientforløpene etter utskriving fra slagenhet.....	48

Sammendrag

Rapporten gir en generell beskrivelse av rehabiliteringsfeltet i nord, slik det ble presentert på dialogmøtene. I tillegg har vi sammenfattet informasjon fra ulike kartlegginger av rehabiliteringsfeltet i kommune- og spesialisthelsetjeneste gjennomført den senere tid.

Kapittel 1 redegjør for bakgrunn og oppdraget som ble gitt i mandatet.

I kapittel 2 skisseres modeller for oppgave- og ansvarsfordeling i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Dette må sees på som forslag, og spesielt den skisserte modellen for spesialisthelsetjenesten bør utvikles videre.

Kapittel 3 beskriver dagens rehabiliteringstjenester med figurer og tabeller, i den grad tall har vært tilgjengelig. Kapitlet beskriver også utfordringer i forhold til koordinering og samhandling, samt hvilken kompetanse som trengs for å gi en bedre rehabiliteringstjeneste.

I kapittel 4 og 5 følger prosjektgruppens anbefalinger når det gjelder å møte fremtidig behov for rehabiliteringstjenester, og hvordan samhandlings- og kompetanseutfordringer kan møtes. Anbefalingene er adressert både som fellestiltak og gitt til kommune- og spesialisthelsetjeneste spesielt. Disse er her presentert i en kortversjon.

Kapittel 4. 1 Anbefalinger for å møte framtidig behov for rehabilitering – fellestiltak

Nr.	Tiltak	Tidsplan
1	Styrke tilbudet til brukergrupper med udekkede rehabiliteringsbehov; <ul style="list-style-type: none">- pasienter med kognitive endringer- kreftpasienter med senskader- pasienter med nevrologiske eller progredierende nevromuskulære sykdommer- pasienter med CFS/ME- pasienter med muskel-/skjelettlidelser	
2	Etablere «Tidlig støttet utskriving» for hjerneslagpasienter	

Kapittel 4. 2 Anbefalinger til kommunehelsetjenesten for å møte framtidig behov for rehabilitering

Nr.	Tiltak	Tidsplan
1	Etablere Frisklivsentraler hvor frisklivs-resepten og læring og mestring blir bærebjelken i det forebyggende helsearbeidet	
2	Etablere et lavterskeltilbud drevet av et tverrfaglig team f.eks. etter modell av Hverdagsrehabilitering	

3	Tilgang til minst et tverrfaglig sammensatt rehabiliteringsteam som samarbeider nært med fastlegene, og hvor det etableres spisskompetanse på feltet kognisjon/kognitive vansker	
4	Tilgang til øremerkede senger til tverrfaglig rehabilitering for pasienter og brukere med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene	
5	Innta en offensiv holdning i forhold til innføring av velferdsteknologi slik at brukere med funksjonsnedsettelse kan oppleve mer selvstendighet. Og på sikt effektivisere og forbedre ressursinnsatsen.	

Kapittel 4. 3 Anbefalinger til spesialisthelsetjenesten for å møte framtidig behov for rehabilitering

Nr.	Tiltak	Tidsplan
1	Øke kapasiteten på døgnrehabilitering i sykehusene	
2	Nedsette en arbeidsgruppe som spesifiserer rollefordelingen internt i spesialisthelsetjenesten, og tydeliggjør kriterier for oppgavedeling i behandlingsskjeden	
3	Styrke tilbudet om senfaserehabilitering for pasienter med særlig komplekse behov	
4	Styrke de ambulante rehabiliteringsteamene for å kunne ivareta en utvidet målgruppe, og legge til rette for mer veiledning og kompetanseoverføring	

Kapittel 5. 1 Anbefalinger for å bedre samhandling og kompetanseoppbygging – fellestiltak

Nr.	Tiltak	Tidsplan
1	Igangsette utviklingsprosjekt for samhandling og koordinering innen rehabilitering med ansvarsområde på tvers av nivåene.	
2	Etablere «Rehabiliteringsnettverk» i alle foretaksområder for kompetanseoppbygging og bedre samhandling	
3	Videreføre erfaringer fra læringsnettverkene for Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke	
4	Styrke funksjonene Koordinerende enhet i form av ressurser og kompetanse	
5	Sette fokus på og i større grad bruke Koordinerende enhet i henhold til intensjonen med funksjonen	
6	Ta i bruk individuell plan og koordinatorordningen i større grad for å skape planlagte og individuelt tilpassede rehabiliteringsforløp	
7	Samarbeide om utvikling og utforskning av elektroniske samhandlingsverktøy	

Kapittel 5.2 Anbefalinger til kommunehelsetjenesten for å bedre samhandling og kompetanseoppbygging

Nr.	Tiltak	Tidsplan
1	Utarbeide rehabiliteringsplan i samarbeid med brukeren og de nærmeste, dersom brukeren ønsker det. Og sørge for at alle parter kjenner til planen og forholder seg til den, i den daglige samhandlingen med brukeren	
2	Sentrale parter som deltar i rehabiliteringsprosessene bør ved utskrivelse fra sykehus eller privat rehabiliteringsinstitusjon få anledning til å delta på planleggings- og utskrivingsmøter	
3	Gjøre Koordinerende enhets funksjon mer robust ved å organisere enheten som tverrfaglig team	
4	Bygge opp kompetanse innen helsepedagogikk	
5	Legge til rette for veiledning og hospitering ved behov for spesifikk kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten	
6	Etablere samarbeid om kompetansebygging innen rehabilitering mellom de tre Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i regionen	

Kapittel 5.3 Anbefalinger for spesialisthelsetjenesten for å bedre samhandling og kompetanseoppbygging

Nr.	Tiltak	Tidsplan
1	Bedre samkjøring mellom faggruppene internt i helsetjenesten	
2	Ta i bruk Koordinerende enhet internt i sykehusene i større grad, og se på funksjonen i sammenheng med andre ordninger som innbefatter koordinering av pasientforløp i sykehus	
3	Bedre informasjonen til kommunehelsetjenesten ved å sende tidligmelding i løpet av de første dagene etter innleggelse	
4	Ta initiativ overfor kommunen angående planlegging av videre forløp og veiledning i forhold til pasienter med komplekse sykdomsbilder	
5	I større grad inkludere pasientens nærmeste for å styrke dem i sine endrede roller, og som ressurs for å lage en god rehabiliteringsplan for pasienten	
6	Gjennomføre tverrfaglige utskrivingsmøter i større grad	
7	Ha ferdigskrevet tverrfaglig rapport og epikrise (elektronisk) som er klar når pasienten utskrives til videre oppfølging	
8	Tilby oppfølging av pasientene som har hatt rehabiliteringsopphold i sykehus	
9	Ta i bruk elektronisk kommunikasjon med pasienter i større grad	

1. Innledning

På initiativ fra Helse Nord RHF ble det i 2017 etablert et prosjekt med formål å utarbeide en felles avklaring og strategi innen rehabiliteringsfeltet på tvers av spesialisthelsetjeneste og kommunene i Nord Norge (jfr. OSO sak 2015). Alle fire overordnede samarbeidsorgan (OSO) i regionen sluttet seg til mandatet (Vedlegg 1) og bidro med å finne representanter til arbeidet. Prosjektet skal avdekke rehabiliteringsbehov og gi anbefalinger til tiltak for videre beslutning. Brukernes behov skal være styrende i arbeidet, og anbefalingene faglige og kunnskapsbaserte. Anbefalingene skal gi et faglig grunnlag for å treffe administrative og politiske beslutninger vedrørende rehabilitering i kommuner og helseforetak.

Hensikten med prosjektet er å videreføre Samhandlingsreformens intensjoner over i praktisk organisering av rehabiliteringstjenestene i Nord-Norge, med en visjon om at

«Kommunene og spesialisthelsetjenesten i Helse-Nord har en felles strategi for rehabiliteringsfeltet, slik at den enkelte bruker får dekket sitt behov for somatisk rehabilitering».

1.1 Organisering av arbeidet

Prosjekt Rehabilitering i Nord-Norge er et samhandlingsprosjekt mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i helseregionen. Oppdraget er gitt regional rådgiver innen rehabilitering ved Rehabiliteringsavdelingen, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Prosjektet er forankret gjennom Helse Nord RHF, helseforetakene og OSO-samarbeidet. Kommunenes sentralforbund (KS) har deltatt i oppnevningen av representanter til styrings- og prosjektgruppen, og det regionale fagråd for rehabilitering og samhandlingsutvalget i Helse Nord har fungert som referansegruppe. Brukerorganisasjoner, beslutningstakere, fagmiljøene i alle kommuner, helseforetak og de private rehabiliteringsinstitusjoner i regionen har fått invitasjon til deltakelse i de åtte dialogmøtene som har vært arrangert.

Arbeidet har fulgt standard prosjektorganisering med prosjektleder, prosjektgruppe, styringsgruppe og referansegruppe.

Prosjektgruppen

Laila Skogstad, regional rådgiver innen rehabilitering UNN, prosjektleder fra konseptfase til august 2018

Anne Winther, seksjonsleder Regional kompetanseseksjon UNN, prosjektleder fra august 2018

Tone Johnsen, leder Habilitering og Rehabilitering, Nordlandssykehuset

Sverre Rasch, virksomhetsleder Rehabiliteringstjenesten, Bodø kommune

Britt Reinertsen, sosionom Ambulant rehabiliteringsteam (ART), Helgelandssykehuset

Solveig Mørk, fagkonsulent/spesial-ergoterapeut ART, UNN
Kari Beate Engseth, avdelingsleder Rehabiliteringsavdelingen, koordinerende enhet (KE), Finnmarkssykehuset
Mette Hætta, fagleder Hverdagsrehabilitering, Alta kommune
May Iren Bendiksen, fagsykepleier/prosjektleder, Tromsø kommune
Asbjørn Larsen, brukerrepresentant Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon/Regionalt Brukerutvalg (RBU)
Randi Nilsen, brukerrepresentant Troms fylkeslag av Norsk Reumatikerforbund/RBU
Christoph Schäfer, legespesialist/seksjonsleder Fysikalsk- og Rehabiliteringsmedisinsk seksjon Tromsø/Narvik (FRM T/N), UNN
Tove Hauan Løvli, rådgiver KE, UNN

Styringsgruppen

Geir Tollåli, fagdirektør Helse Nord RHF, styringsgruppeleder
Haakon Lindekleiv, medisinsk fagsjef UNN
Tonje Hansen, fagsjef Nordlandssykehuset
Fred A. Mürer, medisinsk direktør Helgelandssykehuset
Kristine Brevik, kvalitets- og utviklingssjef Finnmarkssykehuset
Kari B. Sandnes, konserntillitsvalgt LO Stat, Helse Nord RHF
Anne-Trine Elde, helse- og omsorgssjef Nordkapp kommune
Johanne Steinmo-Solvang, ergoterapeut Sørfold kommune.
Evy Nordby, virksomhetsleder Lenvik kommune.
Christine Trondal, koordinerende enhet (KE), Loppa kommune (sluttet ved årsskiftet 2018/2019)

1.2 Datainnsamling og kunnskapsgrunnlag

Kunnskapsgrunnlaget for denne rapporten er bygget på nasjonale styringsdokumenter, regionale føringer, offentlige rapporter og tallmateriale samlet inn i regionen. Til grunn ligger bidrag fra kommunale representanter, helseforetak, private rehabiliteringsinstitusjoner med avtale og brukerrepresentanter gjennom deltakelse i dialogmøter, samt erfaringsgrunnlaget til deltakerne i prosjektgruppa.

Det ble lagt opp til åtte dialogmøter, to i hvert foretaksområde med bred representasjon fra brukergrupper og fagmiljøene i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Tema for diskusjon (vedlegg 2) ble fra og med dialogmøte 3 i rekken, sendt ut på forhånd og mål for dialogmøtene var å oppnå felles vurdering og kunnskap om dagens situasjon og lokale forhold.

Tabell 1: Oversikt over deltakelse på dialogmøtene

Dialog-møter	Sandnes-sjøen 15/5-18	Harstad 29/5-18	Kabelvåg 5/6-18	Alta 18/9-18	Kirkenes 18/10-18	Bodø 1/11-18	Mo i Rana 16/11-18	Tromsø 6/12-18
Deltakere	30	29	26	37	31	35	17	48
Antall kommuner/ inviterte	5/10	7/13	6/9	7/10	6/7	5/11	2/8	10/17
Deltakere kommune	19	21	14	25	19	18	8	24
Deltakere sykehus	5	4	5	4	7	9	5	12
Deltakere private rehab.inst.*	3	2	6	2	0	0	0	2
Deltakere brukerorg.**	3	2	1	6	5	4	3	8
*) Deltakere fra Opptreningscenteret i Finnmark, Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad, Valnesfjord Helseportsenter, Nordtun Helse rehab, Helgeland Rehabilitering Sømna								
**) Deltakere fra regionalt brukerutvalg Helse Nord, brukerutvalgene ved Finnmarkssykehuset og UNN, lokale eldreråd, MS-foreninga i Nordland, ME-foreninger lokalt og nasjonalt, kommunalt råd for funksjonshemmede Bodø, Tromsø og Kåfjord, lokallag av Norsk Revmatikerforbund, Landsforeningen av Nakkeskadde Troms og Finnmark, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon Nordland, Bikuben RBS								

1.3 Hovedmål

Avklare ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet i Helse Nord.

1.4 Delmål

- Synliggjøre tilbud og vurdere framtidig behov for institusjonsbasert rehabilitering, døgn- og dagplasser og ambulerende virksomhet i henholdsvis kommune og spesialisthelsetjeneste
- Identifisere brukergrupper med udekkede rehabiliteringsbehov, og utarbeide forslag til tiltak
- Identifisere områder med behov for samhandling og kompetanseoppbygging

1.5 Hvilke endringer skal prosjektet skape

- Gi anbefalinger som tydeliggjør på hvilket tjenestnivå pasienten skal få sitt rehabiliteringstilbud basert på funksjonsnivå.
- Utarbeide en plan for oppfølging av anbefalte tiltak

1.6 Målgruppe - avgrensning

Prosjektet er avgrenset til å omfatte rehabiliteringstilbudet til befolkningen over 18 år med somatiske helseplager.

1.7 Bakgrunn for arbeidet

Seksten prosent av den voksne norske befolkning oppgir å ha nedsatt funksjonsevne med varighet i minst seks måneder på grunn av sykdom, funksjonshemming eller skader [1]. Befolkningsutviklingen går i retning av flere eldre [2], flere som lever med kronisk sykdom, og flere skadde overlever ulykker. Mange har eller vil få behov for rehabilitering i løpet av livet. Rehabilitering av god kvalitet kan være avgjørende for å gjenvinne og opprettholde funksjon og aktivitet, og for å sikre den enkeltes deltakelse i samfunnet. Å mestre en endret livssituasjon betyr livskvalitet for den enkelte pasient/bruker¹ og pårørende.

Samhandlingsreformen fra 2009 trekker opp linjene for framtidens helse- og omsorgstjeneste [3]. Ved forebygging, tidlig intervensjon, rehabilitering og strategier for mestring ønsker man å fremme økt selvstendighet i hverdagen, forbedre innbyggernes funksjonsevne og utsette ytterligere funksjonsfall. En slik tilnærming skal bremse behovet for kostnadskrevende behandling og pleie i sykehus og sykehjem.

Rehabiliteringsfeltet er sammensatt av brukere med ulike diagnoser og ulik grad av funksjonsnedsettelse. Noen trenger enkeltstående tjenester i kommunen. Andre har opphold i sykehus etter skade/sykdom, men trenger kun kortvarig oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Andre igjen har svært sammensatte, kompliserte og langvarige rehabiliteringsbehov. Disse vil trenge gjentatte sykehusopphold og tverrfaglig oppfølging i kommunen. Til tross for stor variasjon i rehabiliteringsbehov er medvirkning i egen rehabiliteringsprosess et felles mål. Et tydeligere fokus på brukermedvirkning og de pårørendes rolle vektlegges i Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-2019)[4].

Koordinering og samhandling både innenfor og mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste er vesentlig for å binde tjenestene sammen. Forskning basert på data fra vår helseregion viser at tilbudet til slagpasienter er preget av desentralisert koordinering, monofaglige tilbud og usystematisk samarbeid [5]. Det er plausibelt å anta at dette gjelder for flere pasientgrupper. Et helhetlig pasientforløp er essensielt, det samme er bedre systematikk i tverrfaglig kartlegging og teambaserte tjenester. Rehabilitering må derfor være et utviklingsområde på begge tjenestenivå. Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) peker på behov for økt samhandling, veiledning fra spesialisthelsetjenesten, og større faglig bredde og kompetanse i kommunehelsetjenesten [6]. Intensjonen er at Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering skal «.....bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt rehabiliteringstilbud til innbyggerne, og over tid overtar flere rehabiliteringsoppgaver fra

¹ Begrepet «pasient» brukes i spesialisthelsetjenesten, mens i kommunehelsetjenesten benytter man oftest begrepet «bruker». I denne rapporten veksler vi på begrepene i forhold til hvilket nivå vi omtaler

spesialisthelsetjenesten»[4]. Disse tydelige føringene må både helseforetakene og kommunene ta tak i.

Riksrevisjonens rapport fra 2012 [7] viser til en reduksjon i rehabiliteringstilbudet. Nasjonale tall fra 2017 angir en nedgang på 3,4 % i antall pasienter som får rehabilitering i spesialisthelsetjenesten [8]. Nedgangen er først og fremst registrert for rehabilitering i sykehus, mens antallet som får rehabilitering ved de private rehabiliteringsinstitusjonene er relativt stabilt. Det synes som det er de lettere former for rehabilitering som reduseres, parallelt med at antall pasienter som mottar primær kompleks døgnrehabilitering², og sekundær døgnrehabilitering³ øker. Det skaper bekymring at en tilsvarende oppbygging av tjenestene i kommunene er vanskelig å spore [9], og at det samlede tilbudet til brukerne av rehabiliteringstjenester blir dårligere.

I 2018 ble det vedtatt en ny definisjon av habilitering og rehabilitering [10] og det er denne som er lagt til grunn for arbeidet i dette prosjektet:

«Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål.

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.

Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet».

² Primær kompleks døgnrehabilitering – rehabilitering som hovedbehandling, se nærmere forklaring s. 44

³ Sekundær kompleks døgnrehabilitering –rehabilitering i tillegg til annen medisinsk behandling se s. 44

2. Ansvarsfordeling mellom nivåene

Vektmodellen i Figur 1 har siden den ble lansert i 2012 skissert ansvars- og oppgavefordelingen mellom nivåene [11]. Modellen oppleves av mange som uklar og er en utfordring for samhandlingen.

Fig 1: Vektmodellen

Kommune	 <p>Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.</p>	Spesialisthelsetjeneste
Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø?		Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for kompleksitet?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for intensitet?

Fordelingen mellom nivåene er senere utdypet med utgangspunkt i diagnosegrupper, slik som illustrert i denne tabellen [4]:

Tabell 2: Helsedirektoratets anbefalinger i Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2015)

Tilbud som bør ytes i kommunene	Tilbud som bør ytes i spesialisthelsetjenesten
<p>Tilbud til pasienter og brukere med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene, f.eks.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - muskel- og skjelettsykdommer. - livsstilssykdommer. - lettere psykiske lidelser. - diabetes. - kols og lungesykdommer. - kreft. - rehabilitering i senere fase innen hjerte- og karsykdommer, herunder hjerneslag. - rehabilitering ved mindre omfattende behov etter ortopedisk behandling. 	<p>Rehabilitering av særlig kompleks art, og i akutte faser og ved betydelige endringer i funksjonsnivå, f.eks. til pasienter med:</p> <ul style="list-style-type: none"> - progredierende nevrologiske tilstander – ved betydelige endringer og i akutte faser - nevrologiske tilstander som CP, hjerneslag med komplekse utfall, spinalskade, traumatisk hodeskade - amputasjoner - multitraumer - sjeldne sykdommer og tilstander
Videre anbefales at kommunene styrker tilbudet innen sansetap, læring og mestring og endring av levevaner.	Tiltak fra spesialisthelsetjenesten må omfatte både utredning, behandling, veiledning og opplæring.

Likevel, når det kommer til den enkelte pasienten er det i mange tilfeller problematisk å avgjøre hvem som har ansvaret for rehabiliteringen i de ulike fasene av prosessen, og rehabiliteringsforløpet kan virke tilfeldig og uforutsigbart.

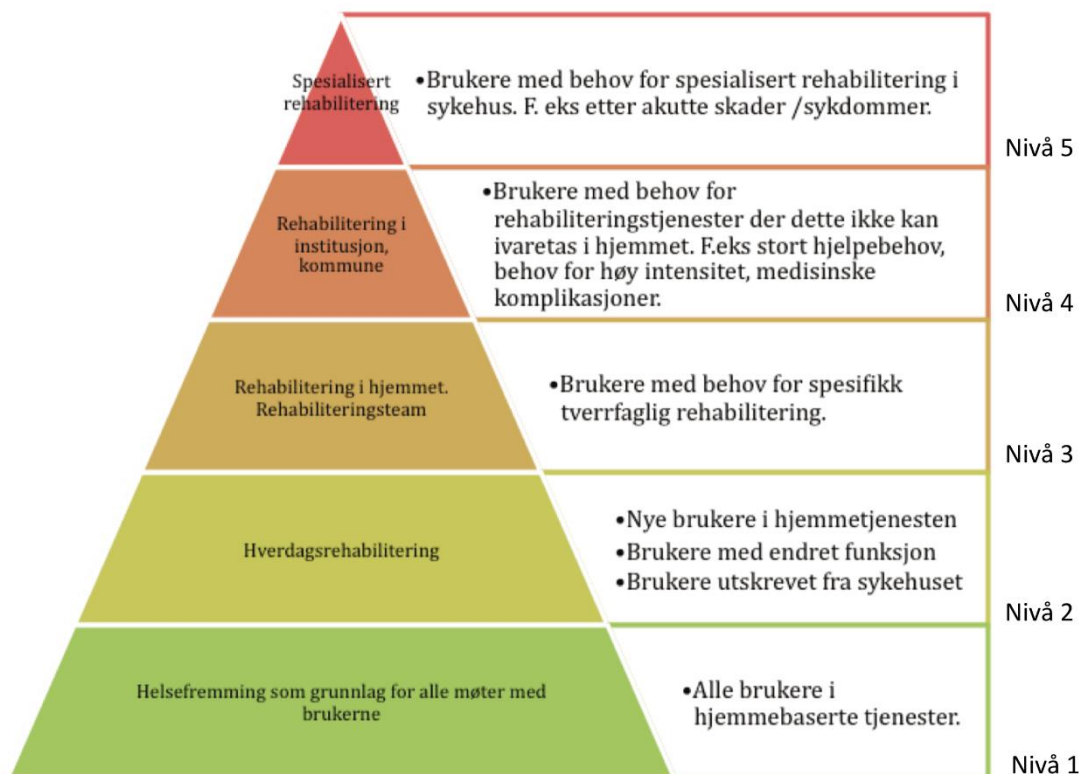
Prosjektet har fått i oppgave å gi anbefalinger som tydeliggjør på hvilket tjenestenivå pasienten skal få sitt rehabiliteringstilbud basert på funksjonsnivå. Helsedirektoratet har nedsatt en arbeidsgruppe som har kommet med en anbefaling om flere aktuelle funksjonsvurderingsverktøy som kan benyttes i videre arbeid for å få på plass kvalitetsindikatorer. Dette arbeidet slutføres i løpet av 2020, og det tas sikte på at dette verktøyet også skal kunne benyttes i kommunene. Prosjektgruppa foreslår derfor å avvente resultatet av dette arbeidet og trekke det inn i en senere fase av prosjektet. Våre anbefalinger vedrørende ansvarsfordelingen mellom nivåene er derfor basert på gjeldende føringer, inspirert av arbeidet med pakkeforløp for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, nærmere beskrevet i figur 2 og 3.

Valg av rehabiliteringsnivå for den enkelte pasient bør være basert på en individuell tverrfaglig vurdering av behovet og rehabiliteringspotensialet⁴.

I arbeidet med «Helsefremmingsplanen» brukte Kristiansand kommune **Rehabiliteringspyramiden** for å illustrere differensieringen i rehabiliteringstilbudet [12]. I tråd med nærhetsprinsippet ble det lagt vekt på at det meste av rehabilitering bør tas hånd om i kommunene, og modellen kan være til hjelp i arbeidet med tydeligere beskrivelse av tjenestene. Vi har nummerert nivåene for lettere å henvise til de ulike tilbud senere i rapporten.

⁴ For nærmere beskrivelse av rehabiliteringsbehov, se Sunnaas sine nettsider <https://www.sunnaas.no/fag-og-forskning/kompetansesentre-og-tjenester/regional-kompetansetjeneste-for-rehabilitering-rkr/nyheter-rkr/hva-betyr-det-a-ha-behov-for-rehabilitering#usikkerhet-og-etiske-betraktninger>

Fig 2: Rehabiliteringspyramiden (Plan for folkehelse, forebygging og rehabilitering. Kristiansand kommune, 2013.)

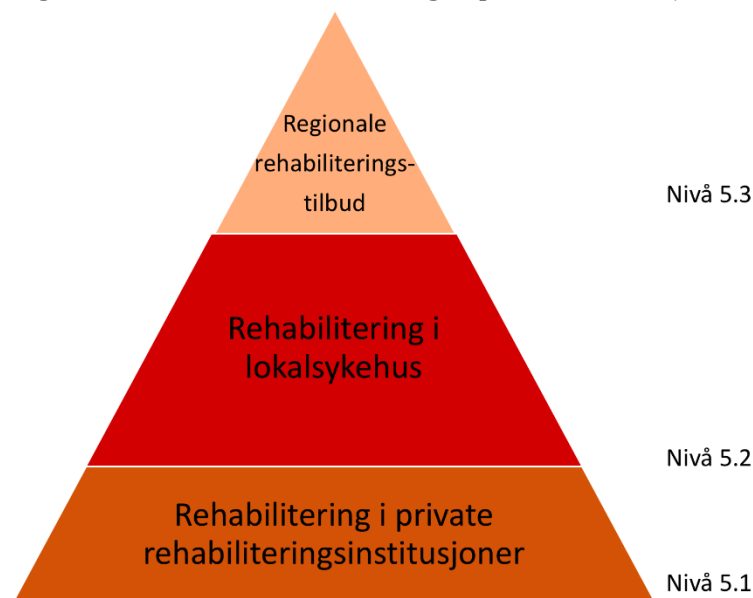


I vår helseregion med mange små kommuner hvor det er kompetanseutfordringer i form av tilgang og stabilitet av fagpersonell, kan det by på utfordringer å tilby et bredt spekter av tilbud og likeverdige helsetjenester. I følge *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* skal spesialisthelsetjenesten «... yte de tjenester som det ikke er naturlig å bygge opp kompetanse og infrastruktur til på kommunalt nivå. Og hva som er «naturlig» å bygge opp i kommunene kan blant annet avveies i forhold til omfanget av behov og utnyttelsesgrad.» Videre «... hensynet til belastning for pasient og bruker ved lange reiseavstander (kommunikasjonsmuligheter og geografi) må vektlegges i tillegg til faglige hensyn ved etablering av tilbud, men denne faktoren bør imidlertid i liten grad påvirke hvem som er ansvarlig for tilbudet»[10].

Henvisninger til spesialisthelsetjenesten inkludert de private rehabiliteringsinstitusjonene, skal rettighetsvurderes i henhold til *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [13] og *Prioriteringsveileder for fysikalsk medisin og rehabilitering*[14]. Kriterier som nytteverdi, ressursbruk og tilstandens alvorlighet skal vektlegges i denne vurderingen [15]. Tilbudet i spesialisthelsetjenesten gis hovedsaklig som døgnrehabilitering ved helseforetakene og de private rehabiliteringsinstitusjonene som har inngått avtaler med Helse Nord. Delvis som tilbud i spesialiserte

rehabiliteringsavdelinger⁵, og delvis som rehabilitering i andre kliniske avdelinger⁶. Dag- og poliklinisk rehabilitering⁷ utgjør en mindre del i vår region, og ambulant virksomhet faller under denne kategorien. For utvalgte komplekse og sjeldne tilstander er behandlingstilbudet samlet og definert som regionalt. Og det kan derfor være hensiktsmessig å dele nivå 5 i Rehabiliteringspyramiden inn i flere undernivåer.

Figur 3: Utkast til nivåinndeling i spesialisthelsetjenesten⁸



Forlaget har tatt utgangspunkt i Pakkeforløp hjerneslag fase 2 og er ikke dekkende. Pyramideformen illustrerer grad av kompleksitet når det gjelder funksjonsnedsettelse, men tar ikke hensyn til volum av tjenester.

Nivå 5.1:

Pasienter med *moderat til alvorlig* funksjonsnedsettelse med behov av rehabiliteringstjenester av høy kompleksitet og et bredt tilbud av tverrfaglige tjenester (2-4 faggrupper i tillegg til legespesialist og sykepleie, f.eks. fysioterapi, ergoterapi, sosionom, ernæringsfysiolog, logoped, nevropsykolog). Høy kompleksitet kjennetegnes av tilbud for sammensatte funksjonsproblemer med behov for rehabiliteringskompetanse på nivå med lokalsykehus. Dette tilbudet kan være egnet for ferdigdiagnostiserte pasienter med etablert behandlingsopplegg og medisinsk overvåkningsbehov som ikke krever at pasienten må være i sykehus. Eller for pasienter

⁵ Primær rehabilitering – se forklaring s. 44

⁶ Sekundær rehabilitering – se s. 44

⁷ Dag- og poliklinisk vurdering – se s. 44

⁸ Denne modellen er et utkast til videre drøfting, og er inspirert av Pakkeforløp hjerneslag fase 2. Modellen for hjerneslagsrehabilitering kombinerer Barthel index (diagnoseuavhengig) og modified Rankin Scale (for hjerneslagpasienter) til spesifisering av funksjonsnivå og valg av rehabiliteringsnivå (vedlegg 3: Skjematisk oversikt over pasientforløpene etter utskrivning fra slagenhetene). Fordelingen i spesialisthelsetjenesten bør utvikles med utgangspunkt i mer generiske funksjonsvurderingsverktøy.

som etter stadige utfordringer i hjemmet har behov for mer intensive og spesialiserte rehabiliteringstiltak.

Nivå 5.2: Pasienter med *moderat eller alvorlig* funksjonsnedsettelse med behov for rehabiliteringstjenester av høy kompleksitet, og som i tillegg til et bredt og omfattende tverrfaglig tilbud (4 eller flere faggrupper i tillegg til legespesialist eller sykepleie f.eks. fysioterapi, ergoterapi, logopedi, sosionomtjeneste, ernæringsfysiolog, nevropsykolog og synspedagog), krever *tilgang til medisinsk omsorg og oppfølging som ikke kan tilbys utenfor sykehus*. Det kan være i form av medisinsk ekspertise eller tilgang til kostbart/avansert utstyr, eller når medisinsk utredning og behandling foregår parallelt med rehabilitering.

Nivå 5.3: Høyspesialisert rehabilitering. Tilstander med medisinske komplikasjoner som krever døgntilbud fra 4 eller flere faggrupper med høy ekspertise (f.eks. fysioterapi, ergoterapi, logopedi, sosionomtjeneste, ernæringsfysiolog, nevropsykolog og synspedagog i tillegg til legespesialist og sykepleie), samt tilgang til ytterligere spesialkompetanse (f.eks. kommunikasjonsteknologi, omgivelseskontroll). Pr. i dag prioriteres følgende pasienter på regionalt nivå (Desember 2015):

- Pasienter med alvorlig traumatisk hjerneskade
- Pasienter med annen alvorlig hjerneskade med nedsatt bevissthet
- Pasienter med omfattende tverrsnittskade i tidlig fase, i påvente av plass på St. Olavs Hospital
- Pasienter med omfattende multitraume
- Pasienter med traumatiske beinamputasjoner
- Pasienter med MS (primærrehabilitering ved vesentlig endring i funksjonsnivå etter shub eller aggressiv nyoppstått sykdom)
- Pasienter med nevromuskulære sykdommer
- Pasienter med følgetilstander etter poliomyelitt

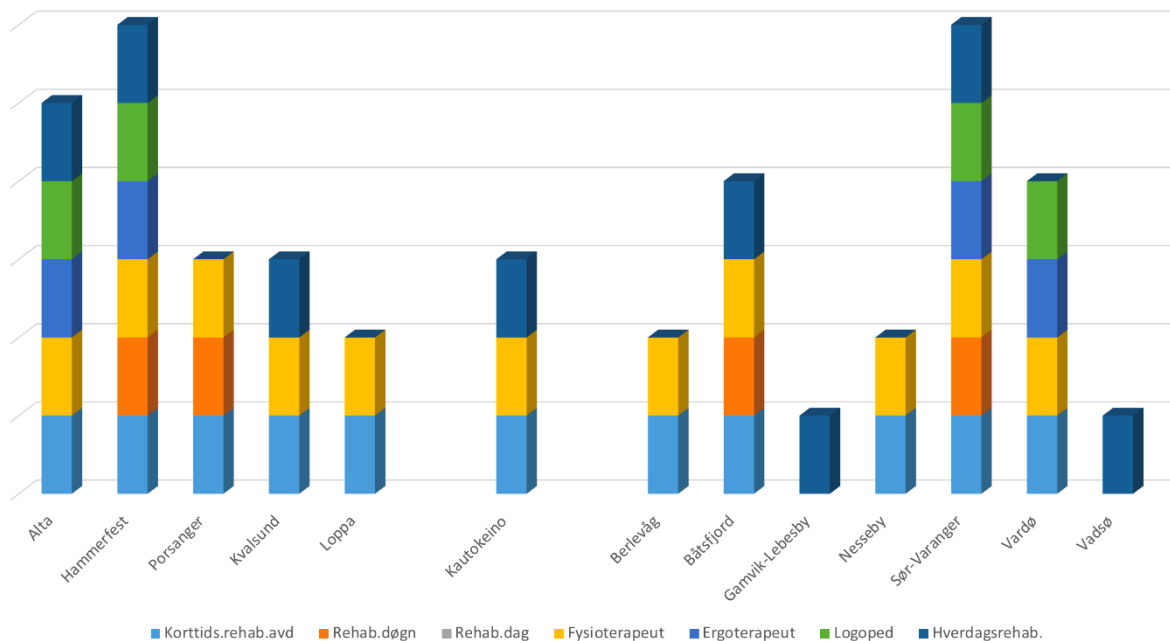
3. Beskrivelse av dagens rehabiliteringstilbud i Nord-Norge og utfordringer knyttet til ansvars- og oppgavefordeling mellom nivåene

3.1 Status for rehabilitering i kommunehelsetjenesten i nord

Kommunene i Nord-Norge er svært ulike når det gjelder areal, infrastruktur, demografi, sykdomspanorama og tilgang på tverrfaglig kompetanse innen rehabilitering. Avstand til lokalt helseforetak varierer også. Den nordnorske pasienten som har behov for rehabilitering møter derfor ulike virkeligheter.

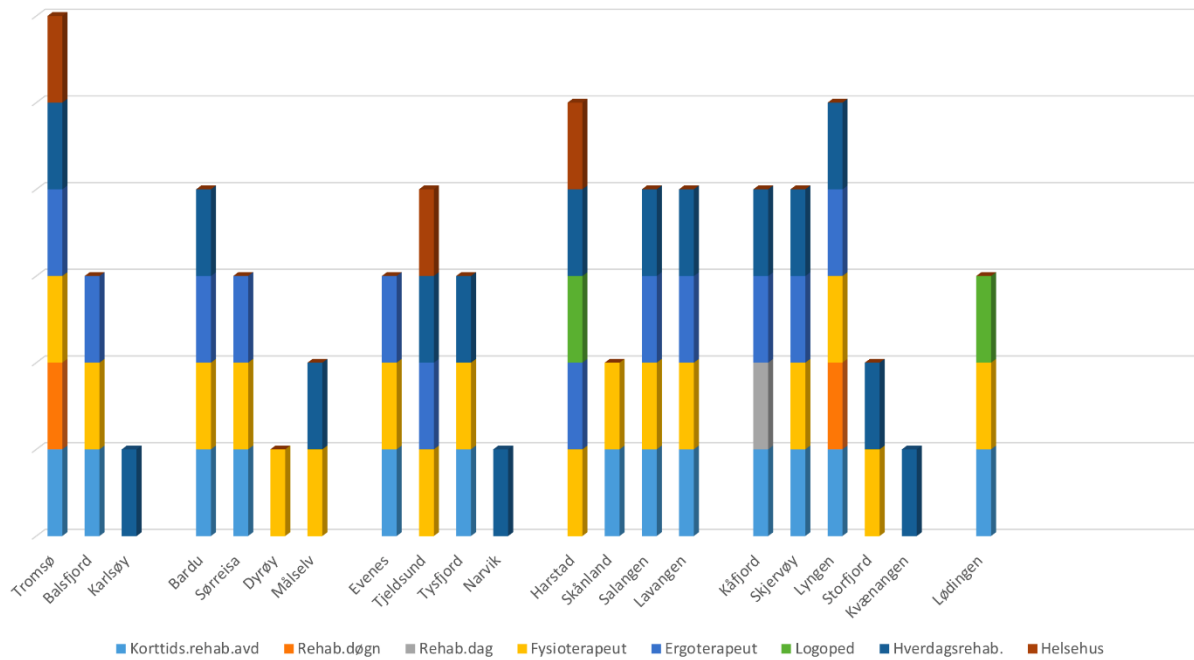
I 2017 gjorde Regional Koordinerende Enhet (RKE) en henvendelse til alle kommunale koordinerende enheter i regionen vedrørende eksisterende rehabiliteringstilbud. Basert på opplysninger fra denne og Norsk Ergoterapeutforbunds kartlegging av oppstartet eller planlagt hverdagsrehabilitering, presenterer vi rehabiliteringstilbudet i de nordnorske kommunene per april 2018. Det må presiseres at det er stor usikkerhet knyttet til oversikten, da svarprosenten var lav, og tilbudene kan være endret i ettertid. Det er også uklart om respondentene legger det samme i begrepene, vi ser også at kommuner med hverdagsrehabilitering ikke stemmer overens i de to kartleggingene. Volumet på tjenestene er ikke beskrevet og det framkommer ikke om tilbudet dekker behovet i den enkelte kommune.

Fig 4 Rehabiliteringstilbud i kommuner tilhørende Finnmarkssykehuset



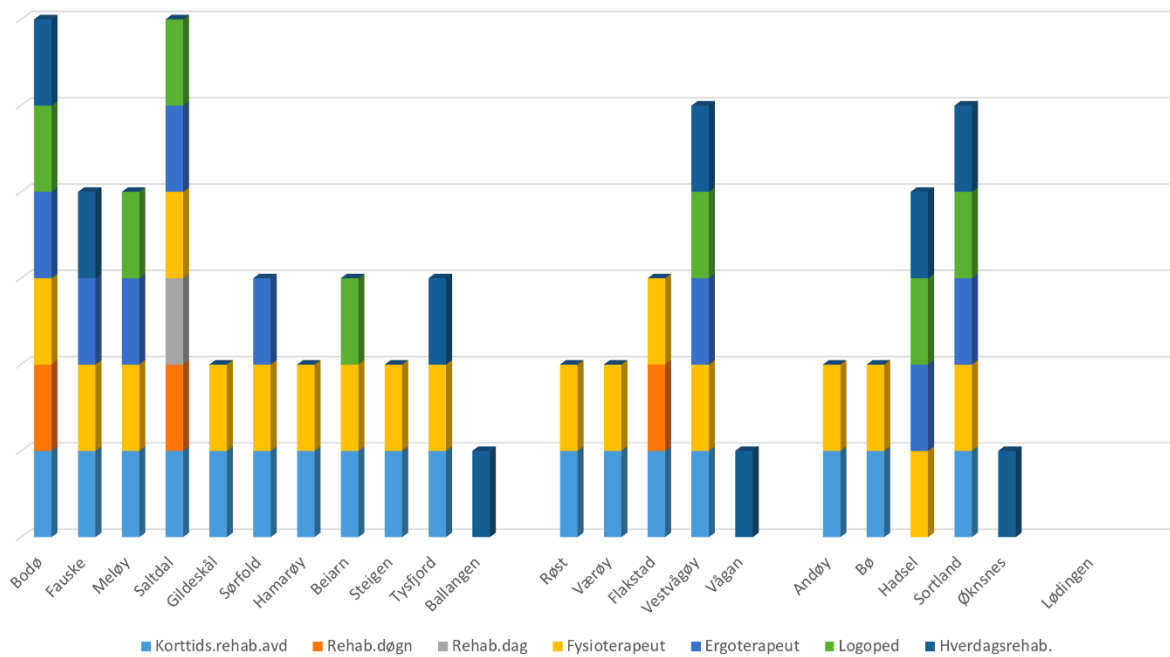
• Kartleggingsundersøkelse blant kommunene i Helse Nord 2017, inkl. data fra Ergoterapiforbundets undersøkelse om hverdagsrehabilitering 2018

Fig 5 Rehabiliteringstilbud i kommuner tilhørende UNN



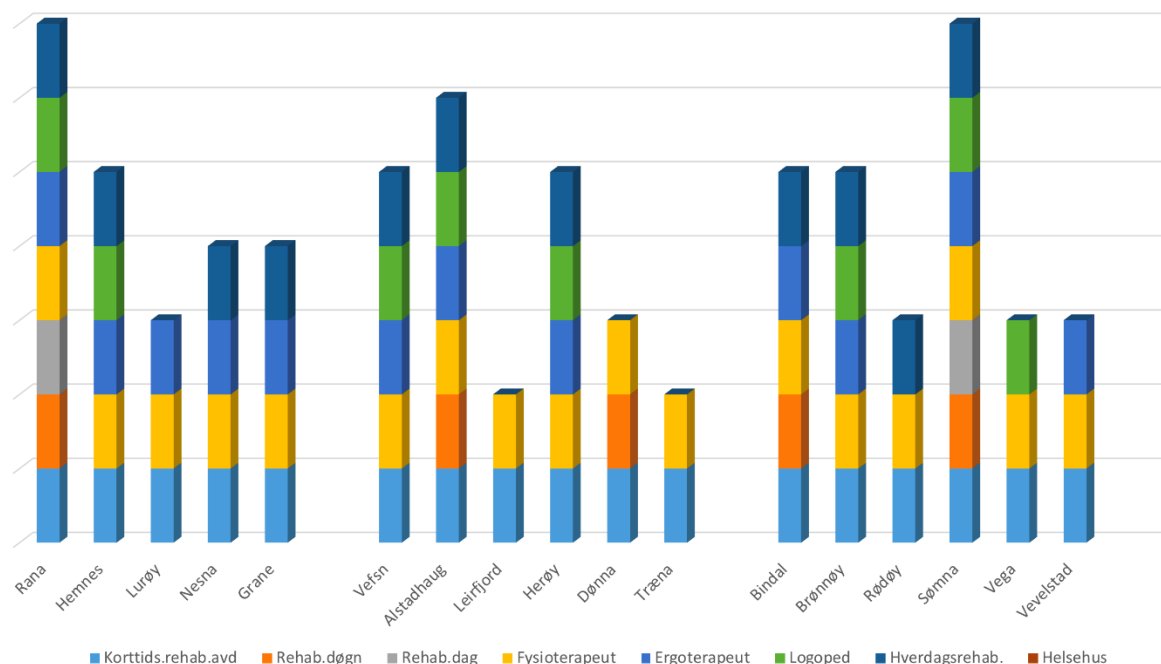
Kartleggingsundersøkelse blant kommunene i Helse Nord 2017 , inkl. data fra Ergoterapiforbundets undersøkelse om hverdagsrehabilitering 2018

Fig 6 Rehabiliteringstilbud i kommuner tilhørende Nordlandssykehuset



Kartleggingsundersøkelse blant kommunene i Helse Nord 2017 , inkl. data fra Ergoterapiforbundets undersøkelse om hverdagsrehabilitering 2018

Fig 7 Rehabiliteringstilbud i kommuner tilhørende Helgelandssykehuset



„Kartleggingsundersøkelse blant kommunene i Helse Nord 2017 , inkl. data fra Ergoterapiforbundets undersøkelse om hverdagsrehabilitering 2018

Basert på svar fra 85 av 87 kommuner i regionen gir 8 av Finnmarkssykehusets (totalt 19 kommuner), 15 av UNNs (30), 6 av Nordlandssykehusets (20) og 11 av Helgelandssykehusets (18) omliggende kommuner tilbud om Hverdagsrehabilitering [16].

Når det gjelder lærings- og mestringstilbud, rapporteres dette å være etablert i 4 av kommunene tilhørende Finnmarkssykehuset, 4 i kommunene tilhørende UNN, 3 tilhørende Nordlandssykehuset og i 5 av kommunene lokalisert rundt Helgelandssykehuset. For frisklivstilbud er tallene hhv. 5, 11, 11 og 8 kommuner i nedslagsfeltet til foretakene. Av erfaring vet vi at mange kommuner bygger lærings- og mestringstilbud inn i frisklivstilbudet.

Faktaboks: Pasientsentrert helsetjenesteteam (PSHT) er tverrfaglige team på tvers av 1. og 2. linjetjenesten. Formålet er å styrke helsetjenesten og pasientforløpene til skrøpelige eldre og pasienter med sammensatte og kroniske lidelser. Samt styrke samarbeidet mellom sykehus og kommuner for raskere å kunne iverksette utredning, behandling og tiltak.

Det er etablert PSHT i Tromsø og Harstad. Teamene består av ansatte fra spesialist- og kommunehelsetjenesten. I tillegg etableres nå tverrfaglig teamsamarbeid mot Distriktsmedisinsk senter i Midt-Troms og med kontaktpersoner i Balsfjord og Karlsøy.

PSHT er en viktig samarbeidspart med rehabiliteringstjenesten i de kommune hvor tilbudet er etablert.

KOSTRA-rapporten for 2017 viser at det i kommunene i Nord-Norge er 262 rehabiliteringssenger. Bodø kommune har 1 rehabiliteringsseng pr 3000 innbyggere, og i en 20-årsperiode har det vært god balanse mellom tilbud og etterspørsel. Denne dekningen tilsvarer behovsbeskrivelser fra andre deler av landet på 0,3-0,5 døgnplasser pr 1000 innbyggere [17]. Overført til hele Nord-Norge tilsvarer dette et behov for 160 kommunale rehabiliteringssenger. Ut fra innleggene på dialogmøtene er det grunn til å anta at det riktige tallet på rehabiliteringssenger er betydelig lavere enn de 262 KOSTRA-rapporterte sengene. Og at de faglige kriteriene for hva som kan kalles en rehabiliteringsseng er uklare. Rundt en rehabiliteringsseng forutsettes det tverrfaglighet, rehabiliteringskompetanse og en drift som gjenspeiler offisiell rehabiliteringsdefinisjon og nasjonale fagmyndigheters oppfatning av institusjonsrehabilitering.

3.1.1 Kommunale utfordringer samt utfordringer knyttet til ansvars- og oppgavefordeling

Dialogmøtene beskriver at brukere synes det er vanskelig å få oversikt over rehabiliteringstilbudene som tilbys. Tilbudene er dårlig kjent og markedsført. Når brukerne etterspør tilbud opplever de at heller ikke fastlege eller annet fagpersonell innad i kommunene kjenner til egne tilbud. Større grad av tverrfaglig samarbeid mellom de ulike faggruppene i kommunene, vil kunne virke positivt inn på oppbygging av en bedre rehabiliteringstjeneste. Slik situasjonen er nå ser vi en oppgavefokuset organisering hvor faggruppene i stor grad jobber ved siden av hverandre i stedet for å samhandle. I dialogmøtene påpekes det at manglende rehabiliteringsfokus og tverrfaglig samhandling i kommunehelsetjenesten, fører til at man kommer for sent inn med tiltak av forebyggende art. Tverrfaglig kartlegging og de rette tiltakene i tidlig fase av sykdomsforløpet vil kunne være med å forhindre en uheldig utvikling av funksjon.

Det beskrives at det kan være vanskelig å få fastlegen med i det tverrfaglige arbeidet. De er travle og har ofte ikke anledning til å delta på samarbeidsmøter.

Hjemmetjenesten har en sentral rolle i forhold til mange av brukerne som er i rehabiliteringsprosesser. De kan være inne i bildet når sykdom eller funksjonssvikt oppstår, når rehabilitering pågår og ved oppfølging av personen i etterkant av rehabiliteringen. På dialogmøtene påpekes det at det er for liten rehabiliteringskompetanse i hjemmetjenesten. Der er det en kultur for å hjelpe og kompensere for funksjonsfall i stedet for å jobbe med egenmestring og funksjonsforbedring. Dette kan føre til at man kommer for sent i gang med rehabiliteringen og føre til brudd i oppfølgingen under og etter rehabiliteringen.

En annen utfordring som beskrives er knapphet på ressurser i fysioterapi- og ergoterapitjenesten i kommunen. Dette gjelder både i små og store kommuner. I de største kommunene er det press på tjenestene slik at ventelistene er lange. De minste kommunene kan ha vansker med å rekruttere fagfolk og kan i verste fall stå helt uten terapeuter. Flere av kommunene har ikke opprettet stilling for ergoterapeut, men dette vil måtte endre seg fra 1. jan 2020 da ergoterapi blir en lovpålagt tjeneste.

På dialogmøtene oppfordres det til at kommunene satser på oppbygging av hverdagsrehabiliteringstilbud, evt. legger til rette for interkommunalt samarbeid i forhold til hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering er ment til brukergrupper som har enklere rehabiliteringsbehov hvor fokuset er å mestre hverdagens aktiviteter. Organisering og oppbygning av hverdagsrehabilitering er forskjellig fra kommune til kommune. I noen tilfeller er de organisert som spesialiserte team og samarbeider i liten grad med hjemmetjenesten, mens andre integrerer sitt tilbud inn i hjemmetjenesten. Noen gir bare tilbud til eldre, andre team gir tilbud til alle aldersgrupper og diagnoser.

Vi ser i mindre grad at det er bygd opp gode tilbud i kommunene til brukergrupper med komplekse og sammensatte tilstander. Dette er grupper som har behov for spesialisert kompetanse f.eks. en spesialisert nevrologisk tilnærming, og det gjelder gjerne personer med kroniske sykdommer. De opplever at de får oppfølging bare ved akutt forverring og i liten grad jevnlig tilbud som kan forsinke utviklingen av funksjonstap. Her er det ofte heller ikke avklart på hvilket nivå rehabiliteringen skal foregå.

Kommunale rehabiliteringssenger driftes forskjellig, og dialogmøtene beskriver at senger tiltenkt rehabilitering i stor grad benyttes til langtids pleie og omsorg. Vi ser også at sykehjem eller korttidsplasser blir benyttet til rehabilitering. Her er utfordringen at personalet ikke alltid har rehabiliteringskompetanse og at det i stor grad blir pleie- og omsorg i stedet for aktiv rehabilitering som tilbys.

Faktaboks: Det skal finnes en Koordinerende enhet (KE) for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunene (Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3). KE skal bl.a. være pådriver for samhandling på tvers av fagområder, nivåer og sektorer. Den skal legge til rette for brukermedvirkning, ha oversikt over rehabiliteringstilbud og sikre informasjon til befolkningen og samarbeidspartnere. Et overordnet ansvar for utarbeidelse av individuell plan og koordinatorordningen er også en viktig funksjon. KE bør være sentrale samarbeidspartnere for fastlegene i deres arbeid med henvisninger og søknader for pasienter med behov for rehabilitering.

Koordinerende enhets rolle er generelt for lite kjent. I små kommuner er det ofte personer som har funksjonen i en liten del av sin stilling. I noen større kommuner er det etablerte team. Det oppleves at funksjonen har liten myndighet og er for dårlig forankret

i ledelsen. Det er heller ingen krav til kompetanse. Det er derfor utfordrende å få etablert en velfungerende koordinerende enhet.

Sitat fra et dialogmøte: «En velfungerende koordinerende enhet som fremmer tverrfaglighet og samhandling, eliminerer «silotenkning» og får frem større helhetstenkning omkring bruker/pasient.»

Mange brukere ønsker individuell plan (IP) eller en koordinator. Som oftest oppnevnes koordinatorene fra fysioterapeut- og ergoterapeutmiljøet. Det er behov for å rekruttere koordinatorene med bakgrunn fra flere yrkesgrupper, men mange vegrer seg for å ta på seg rollen.

Det er et økende fokus på oppbygging av velferdsteknologiske løsninger i kommunene. I stor grad dreier det seg om teknologi som skal skape en tryggere hverdag for brukeren. Men også teknologi for medisinsk oppfølging, behandling, aktivitet og kommunikasjon er under utprøving og tas i økende grad i bruk. Slik situasjonen er nå ser man i liten grad samarbeid kommune- og spesialisthelsetjeneste i forhold til dette.

Faktaboks: Nasjonalt velferdsteknologiprogram er et samarbeid mellom KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. Programmet skal bidra til at flere kommuner tar i bruk velferdsteknologi. Velferdsteknologi kan gi bedre tjenester for eldre som bor hjemme og pasienter i sykehjem, pasienter innen rus og psykisk helse, og personer med nedsatt funksjonsevne. I Troms deltar ca. 70 % av kommunene i velferdsteknologiprogrammet.

3.2 Status for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i nord

Også i spesialisthelsetjenesten er rehabiliteringstilbudet organisert på flere måter. På sykehusene gis tilbud i egne rehabiliteringsavdelinger. I tillegg foregår en betydelig andel akuttrehabilitering i andre kliniske avdelinger, slik som medisinsk og kirurgisk avdeling eller spesialavdelinger for bl.a. nevrologi, ortopedi, revmatologi, hjerte- eller lungesykdommer. De private rehabiliteringsinstitusjonene ivaretar et stort volum av pasienter og det er etablert to områdegeriatriske team i regionen; Lenvik og Nordreisa med henholdsvis 6 og 3 senger hver.

Tabell 3: Oversikt over rehabiliteringstilbud i helseforetakene (inkl. senger i slagenhet)

		Døgnplasser		Poliklinisk tilbud		Ambulant team	Lærings/ Mestrings-tilbud
		Ant. Senger Tverrfaglig Rehab	Ant. Senger Slagenhet	Ja/Nei	Helse i Arbeid Avklarings-poliklinikk* Ja/Nei	Antall stillinger	Ja/Nei
Finnmarks-sykehuset	Kirkenes	9	4	Ja		5	
	Hammerfest		4				Ja
UNN	Tromsø	14**	10***		Ja	5,5	
	Harstad	11	6	Ja	Ja		Ja
	Narvik		3			5****	
Nordlands-sykehuset	Lofoten		4			3,5	
	Vesterålen	4	4	Ja		3,5	Ja
	Bodø/Salten		10		Ja	2	
Helgelands-sykehuset	Sandnessjøen	5	3		Ja	2	
	Mo i Rana		4	Ja			Ja
	Mosjøen						

* Oppstart 2019
 ** 9 av disse benyttes til regionale pasienter
 *** 12 slagsenger fra høst 2019
 **** Inkl. 2 stillinger i geriatri teamet

I det pasientadministrative systemet blir rehabiliteringen kodet i forhold til hoved- eller bitilstand og basert på kompleksitet. Vi har gjennomgått statistikken, men tallene er beheftet med stor usikkerhet da det synes å være feilregistreringer og ulik kodepraksis. Det vi imidlertid ser er at en stor andel av rehabiliteringen er sekundær, og foregår på andre kliniske avdelinger.

Fra 2015 har Helse Nord RHF hatt avtale med sju private rehabiliteringsinstitusjoner i regionen om kjøp av spesialisert tverrfaglig rehabilitering til utvalgte diagnosegrupper. Fram til 31.12.20⁹ er det inngått avtaler med Opptreningscenteret i Finnmark, LHL-klinikkene Skibotn¹⁰, Rehabiliteringssenteret Nord-Norges kurbad¹¹, Stamina Helse Bodø og Tromsø¹², Valnesfjord Helsesportsenter, Nordtun Helserehab og Helgeland Rehabilitering Sømna. I tillegg kjøpes det et mindre antall plasser fra institusjoner som har avtale med andre regionale helseforetak, bl.a. fra MS Senteret Hakadal

Fordeling til disse plassene gjøres etter søknad til Regional Vurderingsenhet (RVE). Enheten er lokalisert til rehabiliteringsavdelingen ved UNN Tromsø, og er bemannet med rehabiliteringsfaglig og merkantilt personell, med legespesialist i fysikalsk medisin

⁹ Avtalene med de private rehabiliteringsinstitusjonene er forlenget til 31.12.21

¹⁰ Endret navn til Skibotn Helse og rehabilitering

¹¹ Endret navn til til ViGØR

¹² Endret navn til Avonova

og rehabilitering som medisinsk ansvarlig. Søknadene kommer fra fastleger, privatpraktiserende spesialister og poliklinikkene ved sykehusene i Nord-Norge, mens henvisninger fra sykehusavdelinger går direkte til institusjonene. Henvisningene vurderes i forhold til om pasientene oppfyller kravene for rett til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (se nærmere omtale s. 15). Det finnes et slikt henvisningsmottak i hver av de fire helseregionene, og disse samarbeider for å sikre at pasienter i størst mulig grad får like rettigheter og tilbud om rehabilitering uavhengig av bosted.

Tabell 4: Antall tildelte rehabiliteringsopphold – individuelle og gruppeopphold, til pasienter over 18 år ved de private rehabiliteringsinstitusjonene i 2018 (kilde Regional Vurderingsenhet).

Diagnosegrupper/Ytelser	Antall henvisninger innvilget 2018	Totalt antall opphold
Intensiv gangtrening	10	
Intensiv behandling kreft voksne	158	
Voksne med sykkelig overvekt	100	
Overvekt-opererte	10	
Hjerneslag, subakutt	51	
Hjerneslag, senfase	163	
Nevrologi, Parkinson, epilepsi, Huntington, MS, polio	336	
CFS/ME	68	
Sanseforstyrrelser	92	
Hjertesykdommer	320	
KOLS og luftveislidelser	339	
Ortopedi	404	
Pasienter med kompleks og sammensatt sykdom	53	
Inflammatoriske sykdommer	234	
Muskel-skjelett/ ikke-inflammatoriske	789	
Arbeidsrettet rehabilitering	156	
		3283

Nevromuskulært kompetansesenter (NMK) som er ett av ni kompetansesenter under Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser er lokalisert ved UNN. Senteret arbeider for at pasienter med arvelige nevromuskulære sykdommer skal få et helhetlig og individuelt tilpasset tilbud i et livsløpsperspektiv (Veileder til Forskrift nr. 1706 av 17. desember 2010 [18]). Senteret tilbyr to ukers individuelt rehabiliteringsopphold (nevromuskulær bevegelsesterapi) etter først et vurderingsopphold. Tilbudet gjelder pasienter med arvelige nevromuskulære tilstander¹³.

¹³ Nevromuskulært kompetansesenter UNN
<https://unn.no/fag-og-forskning/kompetansetjenester-og-sentre/nevromuskulert-kompetansesenter/behandling-og-oppfolging-av-nevromuskulere-sykdommer>

Faktaboks: *I spesialisthelsetjenesten er det koordinerende enheter på to nivåer. Det er regionale koordinerende enheter (RKE) i hver av de fire helseregionene og koordinerende enheter på hvert helseforetak. RKE i Helse Nord er lokalisert på Universitetssykehuset Nord-Norge, og har et ansvar for hele helseregionen.*

Informasjon og rådgiving: *RKE gir informasjon om habiliterings- og rehabiliteringstilbud gjennom den nasjonale rådgivingstelefonen for ReHabilitering - 800 300 61 - for pasienter, pårørende og helsepersonell som de fire regionale koordinerende enhetene samarbeider om. RKE vedlikeholder og oppdaterer nettsider med informasjon om habiliterings- og rehabiliteringstilbud, henvisninger, kontaktinformasjon til koordinerende enheter, e-læringsressurser for arbeidet med Individuell plan, koordinatorrollen med mer på www.helse-nord.no/rehabilitering.*

Nettverks- og utviklingsarbeid: *RKE organiserer jevnlig møter for erfaringsutveksling og samarbeid mellom de koordinerende enhetene i helseforetakene innen Helse Nord. RKE bistår helseforetakene med utvikling av informasjon, kompetanse og prosedyrer knyttet til koordineringsordninger. RKE samarbeider med de regionale koordinerende enhetene i de andre helseregionene gjennom et nasjonalt nettverk som også har jevnlig møter med Helsedirektoratet. RKE tar oppdrag innenfor fagfeltet for Helse Nord og UNN.*

Samhandling: *RKE deltar i samhandlingsvirksomhet av relevans for habilitering og rehabilitering, samt koordinering omkring pasienter med komplekse eller langvarige helsetjenestebehov.*

3.2.1 Spesialisthelsetjenestens utfordringer samt utfordringer knyttet til ansvars- og oppgavefordeling

Dialogmøtene beskriver mange gode rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten med tanke på grundig kartlegging og start på opptrening av funksjoner som er endret for pasienten. Men det beskrives også utfordringer i forhold til planlegging, samkjøring og ansvarsfordeling for videre forløp.

Det er til dels lite kjent hvilke rehabiliteringstilbud som finnes internt i spesialisthelsetjenesten og hvilke tilbud som passer til de ulike målgrupper. Det kommer frem et inntrykk av at det ofte er kapasitet som avgjør hvor pasienten får tilbud når det skal henvises til videre rehabilitering etter akuttinnleggelse. Det kan derfor hende at tilbudet ikke er det best egnede for pasienten. Mange får tilbud, men noen med for lav intensitet og for kort varighet, og noen får etter lang ventetid. Det er også en utfordring at noen rehabiliteringsavdelinger og institusjoner holder stengt i ferietider.

Det er uklart hvilken standard det skal være i rehabiliteringssengeposter på lokalsykehusnivå. Ansvar og oversikt over tilbudene i sykehusene må være tydeligere,

hvis man skal få bedre klarhet i ansvarsfordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste.

Det jobbes med mål for oppholdene, men det er ofte helsepersonellens mål og ikke pasientens. Individuell plan startes sjeldent i spesialisthelsetjenesten. Under innleggelse blir ofte ansvarsfordeling lite, og for sent, diskutert med kommunen som pasienten skal utskrives til. Dette gjelder både i sykehus og i de private rehabiliteringsinstitusjoner. Overgangene er preget av ventetid og usikkerhet for pasient og pårørende.

Dialogmøtene refererer til pasienters tilbakemelding om at rehabiliteringstilbudene fremstår som fragmentert og det er ulikt hvor tverrfaglig tilbudene er. Både i enkel og kompleks rehabilitering¹⁴ stilles det krav om bruk av individuell behandlingsplan og samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen. Dette gjennomføres ikke alltid i praksis.

Sykehusene har utfordringer med å få til kontaktlege- og koordinatorordningen, både på grunn av manglende ressurser, samt at ordningene ikke er kjent blant fagfolk. Dersom ordningene fungerte bedre i organisasjonen ville de være til god hjelp i samarbeidet med å avklare ansvar og oppgavefordeling og fremme bedre pasientforløp.

Faktaboks: Koordinerende enhet (KE) i spesialisthelsetjenesten skal være en tilrettelegger for helhetlig koordinering og har et overordnet ansvar for ordningen med individuell plan (IP) og koordinator. Enheten skal bidra til å sikre helhetlige tilbud til pasienter med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, og ha generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen (Spesialisthelsetjenesteloven §2-5b). Dette inkluderer kunnskap om rehabiliteringsvirksomheten i tilhørende kommuner, og enheten skal være et kontaktpunkt for samarbeid med disse.

Koordinerende enhets (KE) rolle er lite kjent innad i helseforetakene, blant samarbeidende aktører og blant pasienter og pårørende. Det er utfordrende at sykehusavdelinger ikke tar initiativ til oppstart av IP ved lengre sykehusopphold og i perioder når pasienten kun mottar tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Manglende kunnskap om hva KE kan bidra med reduserer mulighet for samhandling både innad i helseforetak og eksternt. Små stillingshjemler, organisatorisk plassering og manglende myndighet er utfordringer i forhold til oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene.

Det er usikkerhet om hva som skal ivaretas av kommune og hva som er av en slik kompleksitet at det er spesialisthelsetjenestens ansvar. For eksempel tilsier kompleksiteten at flere pasienter med behov for kognitiv rehabilitering burde få et

¹⁴ Enkel og kompleks rehabilitering, se beskrivelser s. 44

tilbud i spesialisthelsetjenesten, men de får i realiteten et begrenset tilbud utover kartlegging. På den andre siden kan pasienten med kognitive vansker i mange tilfeller ha best utbytte av å rehabiliteres i sitt kjente miljø. Men mange kommuner har ikke tilstrekkelig kompetanse eller rammer for å jobbe tett på denne pasientgruppa med fokus på trening i daglige aktiviteter i hjemmet, når hovedproblemet er kognitive endringer.

Faktaboks: Rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon (jfr. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 15). Ambulant rehabiliteringsteam (ART) yter tjeneste utenfor sykehus, i samarbeid med kommunale tjenester. Arbeidsformen er egnet til å kombinere veiledning tett knyttet til pasient og brukers daglige livsarena, og til å styrke det tverrfaglige samarbeidet mellom nivåene.

På dialogmøtene framkommer det at personer med langvarige og sammensatte behov for rehabilitering ofte ikke får god nok oppfølging. En del pasienter henvises for oppfølging av de ambulante rehabiliteringsteamene (ART) i regionen. De ambulante teamene jobber for å skape gode overganger mellom de ulike tilbudene, og for å legge til rette for samarbeidsarenaer rundt pasienten. Henvisningene kommer ofte for sent for å skape gode overganger. ART har heller ikke tilbud til alle diagnosegrupper. En del pasienter får avslag på henvisning for innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Noen av disse henvises til Ambulant rehabiliteringsteam for oppfølging i samarbeid med det lokale hjelpeapparatet i stedet for innleggelse, men det etterlyses generelt mer utadrettet virksomhet fra spesialisthelsetjenesten.

3.3 Identifisering av grupper med udekkede rehabiliteringsbehov

Utsagn fra dialogmøte:

«Hvilke pasientgrupper som faller utenfor avhenger av hvilken kommune pasienten bor i. Utfordringene er størst i de minste kommunene, og pasienten her får ikke et likeverdig tilbud uavhengig av diagnose.»

På dialogmøtene ble mange av de samme pasient- og diagnosegrupper med udekkede rehabiliteringsbehov trukket fram. I tabell under har vi samlet pasientgrupper og tilstander som ble hyppigst nevnt og utfordringer som ble beskrevet i forhold til disse gruppene.

Tabell 5: Oppsummering av dialogmøtenes innspill når det gjelder pasientgrupper med udekkede rehabiliteringsbehov

Pasientgrupper/tilstander med udekkede rehabiliteringsbehov	
Den eldre pasienten	<ul style="list-style-type: none"> • Diskrimineres pga. alder, f.eks. de eldre amputasjonspasientene • Får manglende oppfølging når de kommer tilbake til kommune etter endt opphold i spesialisthelsetjenesten • Behov for intensive opphold for å fortsatt kunne være hjemme • Manglende rehabiliteringstilbud innenfor sykehjemmene og ved avlastningsopphold • Hoftebruddspasienter/ den ortogeriatriske pasient
Smertepasienten	<ul style="list-style-type: none"> • En stor gruppe; både tilbudet til de med konkrete smerter og til de med diffuse smerter • Behov for tverrfaglig kompetanse • Utfordring å jobbe kunnskapsbasert • Liten grad av hjelp å få fra spesialisthelsetjenesten
Kreftpasientene	<ul style="list-style-type: none"> • De som er erklært «friske», men som sliter med senskader • Lokale tilbud om lymfødembehandling • De som er i et forløp (f.eks. tilbudet «Pusterom» i regi av «Aktiv med kreft») • Unge som skal ta livet tilbake (atrofier, fatigue) • Det savnes mer tverrfaglighet i tilbudet til denne gruppa – det etterspørres strukturerte opplegg for å unngå forverring
Overvektspasienter	<ul style="list-style-type: none"> • Mangler oppfølging i kommunene etter opphold i spesialisthelsetjenesten
KOLS- og hjertepasienter (både svikt, arytmier og hjerteinfarkt)	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende kommunale tilbud • Spesialisthelsetjenesten mangler tverrfaglig systematisk oppfølging
Pasienter med nevrologiske- (som MS, Parkinson, ALS) og nevromuskulære sykdommer, «sjeldenfeltet» (dysmelier, medfødte dystrofier osv.), de med progredierende lidelser	<ul style="list-style-type: none"> • Uklart hvor disse skal få sine tilbud; for syk for kommunehelsetjenesten, noen for friske for spesialisthelsetjenesten • MS behandling bør foregå i spesialisthelsetjenesten, de med store hjelpebehov og behov for assistanse har dårlig tilbud • Lite tilbud i voksen alder • Senfølger med økende alder • Mangler tverrfaglig systematisk oppfølging fra spesialisthelsetjenesten

CFS/ME-pasientene	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitering er i liten grad tilpasset deres behov (innhold og varighet og fysisk miljø) • Manglende kunnskap i alle deler av helsetjenesten • Finnes noe for de som har milde til moderate plager, ikke tilbud til de som har alvorlige plager (kan ikke reise til tilbudet)
De med kognitive vansker	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitiv svikt (Hjerneslag i senfase, Usynlige plager, Endring av personlighet, Personer med demens) • Lette/moderate hode-/hjerneskerader – hvordan fange opp behov? • Ivaretagelse av de som allerede har hatt tiltak • De i yrkesaktiv alder – noe å gå til
Traumatiske hjerneskerader/hodeskerader, etter sykehus opphold	<ul style="list-style-type: none"> • Plager kan komme lenge etterpå. Kalle disse inn til sykehus etter noe tid, for tettere og tydeligere oppfølging kan avhjelpe her. Ulike plager knyttet til kognisjon etter sykdom og skade (syn/hørsel/tale). Synsforstyrrelser fremhevet spesielt, få synspedagoger i regionen (ting avdekkes i sykehus). Finnes ikke oversikt over det som faktisk finnes
Slagpasientene	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende kapasitet • Ventetid på rehabilitering • Mangelfulle tilbud for de med språk-, dysfagi og synsproblematikk • De med stort hjelpebehov får ikke tilbud
Pasienter med kombinasjonen rus, psykiatri og somatikk	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan samarbeide om denne gruppen best mulig? • Bostedsløse
Unge uten diagnose/kjent hjelpebehov som ikke klarer organisere livet sitt	<ul style="list-style-type: none"> • Falt ut av skole/job, sliter med hverdagsoppgaver • Unge voksne som faller ut av systemet
Pasienter med kompliserte amputasjoner, multitraume, senfaserehabilitering	<ul style="list-style-type: none"> •
Ulike muskel-/skjelettlidelser, både enkeltstående og i kombinasjon med psykiske plager som spesielt angst og depresjon	<ul style="list-style-type: none"> • Kombinasjon psykiske plager og somatikk

3.4 Områder med behov for samhandling og kompetanseoppbygging

3.4.1 Samhandling

Dialogmøtene påpekte viktigheten av at brukeren er en sentral part i samhandlingen. Brukeren vet hva som er viktig og riktig for ham og denne kunnskapen må etterspørres. Det må være en bevissthet om «Hva er viktig for deg?» i all samhandling med brukeren.

Det oppleves som en utfordring at informasjon tas imot forskjellig, dvs. at «bestillinga» forstås ulikt og at man dermed ikke jobber mot samme mål. For eksempel der en skal stimulere til egeninnsats, så kan fremgangen begrenses ved at andre gir pleie og hjelp.

Alle dialogmøtene viser til samhandlingsutfordringer når det gjelder informasjonsflyt og kommunikasjon mellom nivåene både ved innleggelse og utskrivning av pasienter. Det innebærer alltid en «risiko» hver gang pasienten «flyttes». Samhandlingen mellom nivåene preges av lite kontakt, og dokumentasjonssystemer og prosedyrer som ikke er kompatible. PLO-meldingene har potensiale til å bidra til bedre pasientforløp, men alle faggrupper har ikke tilgang til å sende meldinger og informasjonen når ofte ikke fram til de som skal behandle pasienten. Informasjonen kommer ofte for sent, slik at neste ledd ikke får gjort nødvendige forberedelser. Organisatoriske forhold har ført til at samarbeidet utover PLO-meldingene, mellom fagmiljø i spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste, er blitt mer eller mindre borte. Det er stor variasjon på dette området, men svært mange savner et faglig møtepunkt.

Kommunehelsetjenesten tar i mange tilfeller lite initiativ til å overføre sin kunnskap i forbindelse med innleggelse i spesialisthelsetjenesten for brukere som har hatt kommunale tjenester over lengre tid. Det fortelles om innleggelsesrapporter med for dårlig kvalitet til nødvendig ivaretagelse av pasienter, og i noen tilfeller manglende innleggelsesrapporter. I henhold til tjenesteavtale 3; Retningslinjer for innleggelse i sykehus [19], er kommunens ansvar for å formidle alle relevante opplysninger tydelig definert både når det gjelder øyeblikkelig og planlagt helsehjelp. Tilsvarende har spesialisthelsetjenesten ansvar for å innhente supplerende opplysninger ved behov. Det kommer fram på dialogmøtene at tjenesteavtalene mellom sykehus og kommuner i liten grad er kjent.

Det stilles også spørsmål ved kommunikasjon og kontinuitet i pasientforløpene internt i sykehusene. En tydeligere ansvarsavklaring og rollefordeling i forhold til koordinator- og kontaktlegeordningen i sykehus etterlyses. Det er forøvrig laget prosedyrer i sykehusenes prosedyresystem DocMap for disse ordningene¹⁵. Dialogmøtene viser til for liten grad av tverrfaglig samarbeid mellom de ulike tjenestene og faggruppene innad

¹⁵ DocMap-prosedyre RL5859 Kontaktlegeordningen i spesialisthelsetjenesten
<http://boo-hndcm-01.hn.helsenord.no/DocMapProd/page/doc/dmDocIndex.html?DOCVIEW=FALSE?DOCID=794829>

i samme enhet. Dette gjelder i både spesialist- og kommunehelsetjenesten, og kan være til hinder for at pasienten oppnår sine mål.

Når innleggelsesperioden er over, får kommunen i mange tilfeller informasjon om hjemreisen for sent, som oftest samme dag. Man får dermed ikke tid til å forberede hjemkomsten, spesielt urimelig oppleves dette for pasienter med komplekse problemstillinger.

Etter innleggelse i sykehus oppstår en «gråsoner» i forhold til hvem som tar ansvar for rehabilitering videre. En del pasienter skrives ut med nye problemstillinger, men det tas i begrenset grad initiativ til videreføring av spesialisthelsetjenestens kunnskap om den enkelte pasient. Det gis få konkrete anbefalinger i forhold til videre behandling og rehabilitering, og det beskrives en frykt for å forespeile pasient og pårørende tjenester som kommunene ikke kan innfri. Om det er forskjell mellom utskrivninger fra kliniske avdelinger og fra definerte rehabiliteringsavdelinger som har tradisjon for rehabiliteringsplaner og tverrfaglig informasjon, ble ikke spesifisert på dialogmøtene. Det legges for stort fokus på at neste behandlingsledd kan vurdere behov for henvisning videre, og dette skaper unødig ventetid for pasienten.

3.4.2 Kompetanseoppbygging

Det er behov for å bygge opp kompetanse på ulike nivå – både hos pasient, pårørende og helsepersonell.

På dialogmøtene kommer det frem at det gis lite informasjon fra behandlerne om hvilke følger og virkninger pasienten kan forvente seg senere i forløpet etter gjennomgått sykdom og skade.

Lærings- og mestringstilbud, inkludert tilbud i frisklivssentraler, er viktige elementer i sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering. God helse og et godt liv handler om mer enn fravær av sykdom. Både individuelle- og gruppetilbud med mål om læring og mestring har positiv betydning for helse og livskvalitet og kan gi bedre forutsetning for å takle sykdom og skade hos pasienter og deres pårørende [20]. Helsefremmende mestringstøtte og erfaringsdeling er viktige momenter i den helsepedagogiske tilnærmingen innen feltet. Både helseforetak og kommuner skal bidra til læring og mestring. Dialogmøtene pekte på et behov for økt kompetanse innen helsepedagogikk hos personell på alle nivå i rehabiliteringskjeden.

Utsagn fra dialogmøte: «I en liten kommune skal man kunne mye om mange ting.»

Dialogmøtene beskrev mangel på diagnosespesifikk kompetanse og på viktig fagkompetanse som logoped, sosionom, psykolog etc. i kommunene. I små kommuner opplevdes det som urealistisk at de ville kunne få ansatt slike ressurspersoner. De hadde

derfor ønske om tilgang til ambulerende team med slik kompetanse, i de tilfeller det var behov for det. Det ble også etterspurt veiledning over tid med kunnskapsoverføring og rådgiving til kommunene.

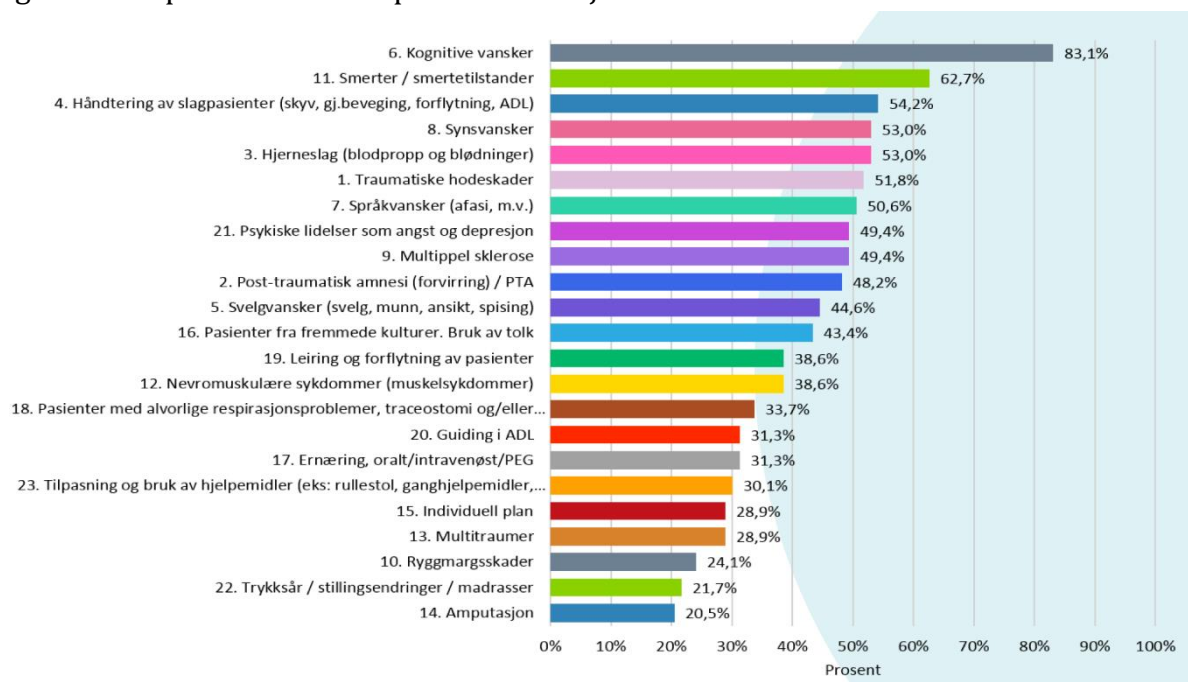
Det må settes mer fokus på den gjensidige veiledningsplikten mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, som beskrevet i tjenesteavtale 6. Kommunene og spesialisthelsetjenesten har ulik kunnskap og arbeidsmåte og for å fremme et godt samarbeid er det viktig å legge til rette for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, for faglige nettverk og hospitering. På dialogmøtene kom det fram at flere i kommunene ønsket spesifikk veiledning fra spesialisthelsetjenesten i forhold til pasientgrupper med komplekse behov. Dette kan i større grad foregå elektronisk, men det er behov for en endring av vaner knyttet til dette, samt at det er tekniske utfordringer i forhold til eksisterende systemer. I de mest komplekse tilfellene har kommunen behov for at spesialisthelsetjenesten følger pasienten ved overføring.

I kommunehelsetjenesten etterspørres økt rehabiliteringskompetanse, spesielt i hjemmetjenesten, men også innenfor andre områder og fagprofesjoner. Det pågår nå en satsning i kommunene i Troms. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Troms har fått i oppdrag fra Helsedirektoratet å spre rehabiliteringskompetanse. De tilbyr læringsnettverk i kommunene, hvor viktige områder i forhold til rehabilitering, hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring blir belyst.

Faktaboks: Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er en nasjonal satsing. En kommune i hvert fylke er vertskommune for et utviklingssenter. Det overordnede samfunnsoppdraget er å bidra til styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer. Sentrene skal bidra til utvikling innenfor nasjonale satsingsområder, med utgangspunkt i lokale behov. Målgruppene til det enkelte utviklingssenter er ledere og andre ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i eget fylke, først og fremst i sykehjem og hjemmebaserte tjenester <https://www.utviklingssenter.no>.

I 2017 gjennomførte UNNs rehabiliteringsavdeling en kartlegging av kompetansebehov innen rehabiliteringsfeltet i spesialisthelsetjenesten. Henvendelsen gikk til alle rehabiliteringsfaglige miljø i spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge. Figur 8 viser hvilke områder fagfolkene selv svarte det trengs mer kompetanse på.

Figur 8: Kompetansebehov i spesialisthelsetjenesten



På bakgrunn av denne undersøkelsen utvikles nå «Kompetansetrappa», et tverrfaglig kompetanseprogram innen somatisk rehabilitering for voksne¹⁶.

Kompetanseprogrammet vil bestå av nettkurs, VK-undervisning, praktisk undervisning og erfaringsamlinger i åtte utvalgte temaer. Det vil i tillegg legges til rette for innhenting av basiskunnskap i form av lenker til nettsider og e-læringskurs fra andre regioner. Nettkursene vil være tilgjengelig for alle. VK-undervisning, praktisk undervisning og erfaringsamlinger er foreløpig forbeholdt spesialisthelsetjenesten. Kompetansetrappa vil være under kontinuerlig utvikling, og kurs i forskjellige tema publiseres og arrangeres fortløpende.

Tilgang på kvalifisert personale er også en utfordring for spesialisthelsetjenesten, bl.a. er tilgangen på fysikalskmedisinere begrenset. Dette kan være kritisk for muligheten til å bygge opp gode rehabiliteringstilbud og sikre utdanning av flere spesialister.

Spesialisthelsetjenesten kjenner i for liten grad til eksisterende tilbud i den enkelte kommune og hva de private rehabiliteringsinstitusjonene kan tilby, for å kunne planlegge et godt pasientforløp.

I spesialisthelsetjenesten er det behov for kompetanseoppbygging om koordinerende enhets funksjon og hvordan enheten i kan bidra til at helseforetaket oppfyller sine plikter overfor pasienter med behov for langvarige og sammensatte tjenester.

¹⁶ Kompetansetrappa lanseres 1. juni 2019 med nettkurs i Dysfagi
<https://kompetansetrappa.helsekompetanse.no>

4. Anbefalinger for å møte framtidig behov for rehabilitering

4.1 Anbefalte fellestiltak

1. Basert på tilbakemeldingene fra dialogmøtene, kompleksitet i sykdomsforløpet, behov for tjenester fra flere nivåer og mangel på kompetanse, oppfordrer prosjektgruppen til at det settes ekstra fokus på rehabiliteringstilbudet både i kommune- og spesialisthelsetjenesten, til følgende pasientgrupper:

Pasienter med kognitive endringer, f.eks. etter hjerneslag og traumatiske hodeskader, eller demens i tidlig fase. Denne gruppens problematikk er diffus og dukker ofte opp etter en tid. De møtes av liten forståelse og kunnskap og det er behov for bedre rammer å jobbe etter.

Kreftpasienter etter at sykdomsbehandlingen er avsluttet. Behovene er varierte og sammensatte og kan være følgetilstander av selve sykdommen eller seinskader etter behandlingen.

Pasienter med nevrologiske eller progredierende nevromuskulære sykdommer. Disse pasientene har ulike behov som for de fleste vil være livsvarige. De er i behov av gjentatte intensive rehabiliteringsperioder for å opprettholde et optimalt funksjonsnivå så lenge som mulig og bremse en negativ utvikling.

Pasienter med CFS/ME. Tilbudet til denne gruppen er basert på et begrenset, til dels manglende kunnskapsgrunnlag. De har vansker med å nå fram med sine plager og behov. Hvordan tjenestetilbudet bør bygges opp er en utfordring for helsetjenesten som krever dialog med brukerne. Dette er ofte unge mennesker, med risiko for å falle utenfor arbeids- og sosialt liv.

Pasienter med muskel-/skjelettlidelser. Dette er den største pasientgruppen, med svært ulike behov og effekten av tiltakene svært variable. Gruppen er kostbar i et samfunnsmessig perspektiv i den forstand at de mottar mange tjenester og at mange faller utenfor arbeidslivet.

2. Etablering og samarbeid om «Tidlig støttet utskriving» som foreslått i *Pakkeforløp for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (høringsutkast)*[21]. Tilbudet gis av et tverrfaglig ambulerende team med spesialkompetanse på hjerneslag som følger opp pasienter med mild til moderat funksjonssvikt. Tidlig støttet utskriving gis i nær samhandling mellom sykehus og helse- og omsorgstjenestene i kommunene, rehabiliteringstilbud i hjemmet eventuelt kombinert med rehabilitering i dagavdeling.

4.2 Anbefalinger og tiltak kommunehelsetjenesten

1. Alle kommuner oppfordres til å etablere Frisklivsentraler hvor frisklivs-resepten og læring og mestring blir bærebjelken i det forebyggende helsearbeidet. Mindre kommuner oppfordres til samarbeid, f.eks. om en felles ressurs med ansvar for dette arbeidet. Brukerorganisasjoner er ressursbaser i forhold til kunnskap om diagnosene de representerer. Det anbefales at kommunehelsetjenesten benytter seg av dette både i forhold til bruk av likemenn og i utvikling av lærings- og mestringsprogrammer.
2. Det anbefales at alle kommuner etablerer et lavterskeltilbud drevet av et tverrfaglig team f.eks. etter modell av Hverdagsrehabilitering som kan gi tilbud til alle aldersgrupper (Jfr. Rehabiliteringspyramiden – nivå 2).
3. Det anbefales at hver enkelt kommune *har tilgang til* minst et tverrfaglig sammensatt rehabiliteringsteam (bestående av sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut) som samarbeider nært med fastlegene. Teamet bør ha diagnoserelatert kunnskap og kunne gi tilbud om spesifikk tverrfaglig vurdering og rehabilitering. I de kommunene det ikke lar seg gjøre, anbefales det å samarbeide om et interkommunalt ambulant rehabiliteringsteam, f. eks. etter modell av iKart¹⁷ [22] eller Askim-modellen¹⁸ [23]. I disse teamene bør det etableres en funksjon som rehabiliteringskontakt med spisskompetanse på feltet kognisjon/kognitive vansker som kan være en ressurs for fagmiljøene. (Jfr. Rehabiliteringspyramiden – nivå 3).
4. Det anbefales at alle kommuner *har tilgang til* øremerkede senger til tverrfaglig rehabilitering i forholdet 1 seng pr 3000 innbyggere, for pasienter og brukere med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene (Se begrunnelse s. 21). For mindre kommuner vil dette være en utfordring, men kan oppnås gjennom et samarbeid med nabokommuner, eller ved i større grad å kjøpe kommunale rehabiliteringssenger i de private rehabiliteringsinstitusjonene. Anbefalingen bygger på en erkjennelse av at det er utfordrende å bygge opp rehabiliteringskompetanse og ha pasientgrunnlag stort nok til å få kontinuitet innenfor institusjonsrehabilitering i de mindre kommunene. (Jfr. Rehabiliteringspyramiden – nivå 4).
5. Også innenfor rehabiliteringsområdet vil velferdsteknologi kunne bidra til at personer med funksjonsnedsettelse opplever mer selvstendighet i sine egne hjem. Begrepet «Smart helse» brukes mer og mer: F.eks. kan virtuell opptrening bli et tiltak som effektiviserer og forbedrer ressursinnsatsen. Det anbefales derfor at kommunene har en offensiv strategi innenfor dette området.

¹⁷ Interkommunalt rehabiliteringsteam, Sør- Rogaland

¹⁸ Innovativ rehabilitering Indre Østfold

4.3 Anbefalinger og tiltak spesialisthelsetjenesten inkl. private rehabiliteringsinstitusjoner

1. Det anbefales at det etableres døgnrehabilitering i alle helseforetak og en økning i andel spesialisert rehabilitering i sykehusene. I dag finnes ingen nasjonal norm for antall døgnplasser til spesialisert rehabilitering pr innbygger. Vi har tatt utgangspunkt i forslaget om en minstestandard som tilstreber 1 døgnplass pr 7000 innbyggere [24]. Forholdstallet er diagnoseuavhengig og tar ikke høyde for om tilbudet gis på regionalt eller lokalt nivå. Det er basert på tidligere erfaringstall, korrigert for endringer som følge av økt kommunalt ansvar for rehabilitering. Tilbudet bør bestå av både kartlegging og igangsetting av tiltak.

Tabell 6: Beregnet behov for døgnrehabilitering i helseforetakene (lokalsykehusnivå) basert på befolkningstall framskrevet til 2025 (Kilde: Samhandlingsbarometeret[25])

Helseforetak	Ant. Rehab-senger 2018	Befolkning >18 år 2025	Ant. Rehab-senger 2025*
Finnmarks-sykehuset	9	61 545	9
UNN	25	158 190	23
Nordlands-sykehuset	4	114 355	16
Helgelands-sykehuset	5	63 923	9
Totalt	43	398 013	57

* 1 seng pr 7000 innbyggere

2. Spesialisthelsetjenesten inkludert de private rehabiliteringsinstitusjonene må synliggjøre spesialisthelsetjenestens rehabiliteringstilbud. Prosjektgruppa har skissert en intern fordeling i spesialisthelsetjenesten (Jfr. Rehabiliteringspyramiden nivå 5.1-5.3), og vi foreslår det nedsettes en arbeidsgruppe som spesifiserer rollefordelingen regionalt, mellom de private og helseforetakene, slik at tilbudet ved de private rehabiliteringsinstitusjonene inngår som en del av behandlingsskjeden. En forutsetning for dette arbeidet er at volumet på det regionale tilbudet fastsettes av Helse Nord.
3. Det anbefales en økning i tilbudet om senfaserehabilitering for pasienter med særlig komplekse behov (f.eks. senskader etter kreftbehandling), livslange og progredierende lidelser (nevrologiske og nevromuskulære sykdommer).
4. Det anbefales at de ambulante rehabiliteringsteamene (se faktaboks s. 26) styrkes for å kunne ivareta en utvidet målgruppe, med hovedfokus på å bedre

tilbudet til de fem gruppene som er trukket frem innledningsvis i kapittel 4. Det anbefales at det legges til rette for at personell med ytterligere spisskompetanse fra f.eks. rehabiliteringssengepost, i komplekse tilfeller kan reise ut til pasienter i kommunene i samarbeid med ART. Anbefalingen bygger på at disse har kjennskap til pasienten fra innleggelse og kan veilede fra behandler til behandler, mens ART har hovedfokus på systemarbeidet. Per i dag finnes det ikke måltall for ART-virksomheten, men det er for stor variasjon i tilbudet innad i regionen (Jfr. Tabell 3 s. 24).

5. Anbefalinger for bedre samhandling og kompetanseoppbygging

Rehabiliteringsfeltet kjennetegnes av mange aktører på flere nivåer og det er komplisert å holde oversikt over muligheter og tilbud, spesielt når man sjelden står ovenfor enkelte av problemstillingene. Hvem skal man kontakte i forhold til veien videre, hvor ligger ansvaret for pasienten – på kommunenivå eller i spesialisthelsetjeneste? Vi ser at samhandling og koordinering ikke fungerer godt nok i den kliniske hverdag. Dagens samarbeidsmodeller tar i liten grad høyde for dette. Og det er behov for å tenke en tredje vei, i retning av et felles ansvar for pasienten i deler av pasientforløpet. Pasientsentrert helsetjenesteteteam (s. 20) har med stor suksess klart å skape en samhandlingslinje på tvers av nivåene og kan være en modell til inspirasjon.

5.1 Anbefalte fellestiltak

1. Det anbefales å etablere et samarbeidsprosjekt med representanter fra kommune- og spesialisthelsetjeneste for utvikling av en modell for samhandling og koordinering innen rehabilitering med ansvarsområde på tvers av nivåene.
2. Det bør etableres «Rehabiliteringsnettverk» i alle helseforetaksområder. Disse kan f.eks. driftes i et samarbeid mellom Koordinerende enhet i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Kompetanseoppbygging må settes i system og være en viktig del av Rehabiliteringsnettverkets virksomhet. Opplæringen må ha fokus på tverrfaglighet f.eks. i form av rehabiliteringskonferanser og deling av fagstoff som allerede er utarbeidet¹⁹. Samhandling internt og eksternt kan være et annet fokusområde.
3. Alle ansatte bør ha kunnskap om brukermedvirkning og hvordan jobbe systematisk i forhold til konseptet «Hva er viktig for deg». Erfaringer opparbeidet gjennom læringsnettverk for Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke anbefales videreført²⁰.
4. Funksjonen Koordinerende enhet bør styrkes i form av ressurser (stillinger) og kompetanse. Det må sørges for nødvendig opplæring av de som skal ivareta funksjonen. Å sette kompetansekrav til rollen og funksjonen Koordinerende enhet, vil styrke enhetens rolle i pasientforløpsarbeidet.

¹⁹ «Kompetansetrappa» et regionalt, tverrfaglig kompetanseprogram under utvikling på oppdrag fra rehabiliteringslederne i spesialisthelsetjenesten. Se omtale side 34

²⁰ Læringsnettverk for Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke er gjennomført i Nordland og pågår i Ofoten, og Troms og Finnmark. Målet for nettverkene av kommuner og helseforetak er å sikre brukernes behov for å møte helhetlige, koordinerte og trygge tjenester

<https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/gode-pasientforlop/>

5. Det anbefales mer bruk av Koordinerende enhet. KE skal være et kontaktpunkt som hjelper til å holde fokus på rehabilitering og som under forutsetning av at det er gjort gode kartlegginger kan hjelpe med å finne ut hvilket rehabiliteringstilbud som er passende for den enkelte bruker.
6. Det anbefales mer bruk av individuell plan og koordinator for å skape planlagte og individuelt tilpassede rehabiliteringsforløp. Koordinerende enheter vil bistå i opplæring og veiledning. Harstad kommune er et eksempel på en kommune som har løst dette på en hensiktsmessig måte. De har opplæringsplaner for koordinator og individuell plan, og en saksgang som sikrer funksjonens igangsettelse og drift.
7. Det anbefales at det utvikles systemer og elektroniske samhandlingsverktøy som kan gi gode arbeidsprosesser og informasjonsdeling i og mellom tjenestestedene i pasientforløpet, se f.eks. Bærum kommunes pilot IMATIS²¹ [26]. Hjelpemidler som Skype for Business, som i dag er godkjent i forhold til utveksling av pasientopplysninger anbefales gjort tilgjengelig for flere.

5.2 Anbefalinger og tiltak kommunehelsetjenesten

1. Rehabiliteringsplanene bør i den grad det er mulig utarbeides i samarbeid med brukeren og det tas utgangspunkt i de områdene som er viktig for vedkommende. Brukerens nærmeste bør involveres dersom brukeren samtykker til dette, eller som brukeren stemmer der det er behov for det. Alle parter som er involvert i behandling og pleie må kjenne til brukeren plan og forholde seg til den, i den daglige samhandlingen med brukeren.
2. Sentrale parter som deltar i rehabiliteringsprosessene bør ved utskrivelse fra sykehus eller privat rehabiliteringsinstitusjon få anledning til å delta på planleggings- og utskrivingsmøter. Her kan med fordel Skype eller andre digitale møtemuligheter brukes i større grad.
3. Det anbefales å organisere Koordinerende enhets funksjon i tverrfaglige team. Ved teamorganisering reduseres sårbarheten i rollen, man får ansvaret bedre plassert og ivaretatt, og man får en bedre oversikt over hva som kan gagne bruker best gjennom særfglig informasjon som frembringer en helhetlig forståelse.
4. Det er behov for å bygge opp personalets kunnskap innen helsepedagogikk. For å støtte brukerne i sin rehabiliteringsprosess må opplæringen tilpasses brukeren

²¹ Erfaringer med bruk av IMATIS Visi i Bærum kommune

personlige, kognitive og sosiale ferdigheter. Dette er avgjørende for brukerens og de nærmestes evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjonen.

5. Det anbefales at det i større grad legges til rette for veiledning og hospitering ved behov for spesifikk fagkompetanse som spesialisthelsetjenesten innehar. Slik veiledning kan gjerne foregå elektronisk slik at kunnskapen tilbys flere ansatte.
6. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Troms (se faktaboks side 33) oppfordres til videre satsning i forhold til kompetansebygging innen rehabilitering²². Det er ønskelig at det knyttes samarbeid med utviklingssentrene i Nordland og Finnmark, slik at temaet blir et satsningsområde også i disse fylkene.

5.3 Anbefalinger og tiltak spesialisthelsetjenesten

1. Bedre samhandling og kommunikasjon internt i spesialisthelsetjenesten.
2. Det anbefales mer bruk av Koordinerende enhet internt i sykehusene. Koordinerende enhet bidrar til veiledning og kompetanseheving i forhold til ordningen med koordinator og individuelle planer. Det anbefales at Koordinerende enhets funksjon sees i sammenheng med andre ordninger som innbefatter koordinering av pasientforløp i sykehus.
3. Tidligmelding skal sendes til kommunen i løpet av de første dagene etter innleggelse, og behovet for videre rehabilitering skal beskrives selv om det antakelig endrer seg underveis i oppholdet (i henhold til forskrifter og inngåtte tjenesteavtaler).
4. Komplekse sykdomsbilder bør vurderes i samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten før det tas avgjørelse om neste skritt i pasientforløpet (som beskrevet i tjenesteavtalene). Det anbefales økt bruk av Ambulant rehabiliteringsteam og Pasientsentrert helsetjenesteteam. Det skal tilbys veiledning til «neste ledd» som overtar behandlingen i forløpet.
5. Pasientens nærmeste bør få mer støtte og hjelp i sine endrede roller, og de bør brukes mer som ressurs for å lage en god rehabiliteringsplan for pasienten.
6. Det anbefales å gjennomføre tverrfaglig utskrivingsmøter for pasienter som skal ha tverrfaglig oppfølging videre.
7. Tverrfaglig rapport må i større grad være ferdig skrevet og epikrise (elektronisk) klar når pasienten utskrives til videre oppfølging.

²² Aktivitet og mestring – et læringsprogram i hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi
<http://kurs.helsekompetanse.no/hverdagsrehabilitering>

8. Det anbefales at pasientene som har hatt rehabiliteringsopphold i sykehus, følges opp etter en viss tid. I den grad det er hensiktsmessig bør det foregå per telefon eller elektronisk, eventuelt i samarbeid med de ambulante rehabiliteringsteam eller kommunen.
9. Det oppfordres til i større grad å ta i bruk elektronisk kommunikasjon som et tilbud til pasienter som ønsker det.

6. Avsluttende kommentarer

Prosjekt Rehabilitering i Nord-Norge har fått i oppdrag å avklare ansvars- og oppgavedelingen på rehabiliteringsområdet i Helse Nord, og gjennom dette tydeliggjøre på hvilket tjenestenivå pasienten skal få sitt rehabiliteringstilbud.

Oppgaven har vært utfordrende da fagfeltet ikke har en egnet målestokk for å klassifisere rehabiliteringsbehov uavhengig av diagnoser, og dermed ikke på en enkel måte kan beskrive hvilket tilbud som vil imøtekomme pasientens behov. Dette er en nasjonal utfordring, og vi har derfor anbefalt å trekke inn resultatet av helsedirektoratets arbeid med kvalitetsindikatorer i en senere fase av prosjektet. Våre anbefalinger når det gjelder nivåfordelingen innad i spesialisthelsetjenesten (fig 3 s. 16) har ikke hatt bred nok diskusjon i prosjektgruppa, og må sees på som et utgangspunkt for videre diskusjon.

Rehabilitering som fag inngår i tilbudet til mange pasientgrupper og på mange nivå. Parallelt med vårt arbeid er det gjennomført kartlegginger og undersøkelser både lokalt og nasjonalt. Vi har derfor støttet oss til rapporter og analyser utført av andre.

Vi har erfart at tallgrunlaget for beskrivelse av rehabiliteringsaktivitet i kommunene og i spesialisthelsetjenesten er beheftet med usikkerhet. Vi har likevel valgt å presentere noen figurer og tabeller som utgangspunkt for kunne følge utviklingen i prosjektperioden som går fram til 2023.

Dette prosjektet er unikt i form av at brukere og fagfolk på alle nivå innen rehabiliteringsfeltet i nord har fått lagt fram sine erfaringer og kommet med forslag til tiltak. Selv om vi inviterer bredt til dialogmøter vet vi ikke om vi har fått inn de viktigste stemmene, og om erfaringene som legges fram er dekkende for dagens bilde. Informasjonen fra dialogmøtene viser at rehabiliteringsfeltet i nord står overfor mange av de samme problemstillinger som er beskrevet nasjonalt. Innspillene sammenfaller med informasjon som vi har fått fra pasient- og brukerombudene i våre fylker. Prosjektgruppa mener derfor at beskrivelsen av dagens rehabiliteringstilbud og utfordringene er representativ for rehabiliteringsfeltet i nord. Og anbefalingene er basert på innspill på dialogmøtene og diskusjoner i prosjektgruppa.

Tilbudet til barn og brukere med habiliteringsbehov inngår ikke i dette prosjektet. Prosjektet omfatter heller ikke rehabilitering av funksjonstap for brukere hvor rus eller psykiatri er hovedutfordringen. Eksisterende rehabiliteringstilbud passer i liten grad for disse gruppene, og tilbakemeldingene fra dialogmøtene er at det må settes søkelys på pasienter som har sammensatte utfordringer. Prosjektgruppa oppfordrer derfor Helse Nord til å etablere tilsvarende prosjekt for disse pasientgruppene, hvor en kan få sterkere fokus på deres utfordringer.

7. Ordliste

Primær døgnrehabilitering; rehabilitering er hovedårsak til innleggelsen, og man skiller mellom *primær kompleks* rehabilitering og *primær enkel* rehabilitering avhengig av kompleksitet

Primær kompleks døgnrehabilitering; innebærer målrettet bruk av individuell behandlingsplan, samarbeid med relevante etater utenfor institusjon og *minimum seks* spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglige team. Det stilles spesifiserte krav til varighet av arbeidet, antall dager, overnatting og innhold i tjenesten. Arbeidet skal ledes av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, evt. annen legespesialist innenfor relevante fagområder, som har personlig kontakt med pasienten under oppholdet.

Primær enkel døgnrehabilitering; innebærer målrettet bruk av individuell behandlingsplan, samarbeid med relevante etater utenfor institusjon og *minimum fire* spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglige team. Arbeidet skal ledes av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, evt. annen legespesialist innenfor relevante fagområder, som har personlig kontakt med pasienten under oppholdet.

Sekundær døgnrehabilitering; pasienten mottar *rehabilitering ved siden av* eller *i direkte forlengelse av behandling for hovedårsaken til innleggelsen*. Det vil si at samme opphold omfatter både akuttbehandling (for eksempel for hjerneslag eller skader) og rehabilitering.

Dag- og poliklinisk rehabilitering; Rehabiliteringsopphold/kontakter som har null liggedager og over fem timers varighet, er definert som *dagrehabilitering*. Kontakter med null liggedager og under fem timers varighet er definert som *poliklinisk rehabilitering*.

8. Referanser

1. Bø, T.P. and I. Håland, *Funksjonshemma på arbeidsmarknaden*. 2017.
2. Helseatlas SKDE, *Eldrehealthatlas for Norge*. 2017.
3. Helse- og Omsorgsdepartementet, *Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. 2009.
4. Helse- og Omsorgsdepartementet, *Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*. 2016.
5. Aadal, L., et al., *Municipal Cross-Disciplinary Rehabilitation following Stroke in Denmark and Norway: A Qualitative Study*. Rehabil Res Pract, 2018. **2018**: p. 1972190.
6. Helse- og Omsorgsdepartementet, *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. 2015.
7. Riksrevisjonen, *Riksrevisjonens undersøkelse om habilitering innen helsetjenesten (2011-2012)*. 2012.
8. Helsedirektoratet, *Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten Analysenotat 8/2018 SAMDATA spesialisthelsetjenesten*, in . 2018.
9. Helsedirektoratet, *Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019 En midtveis oppsummering pr okt 2018*. 2018.
10. Helsedirektoratet, *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. 2018.
11. Helsedirektoratet, *Avklaring av ansvar og oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten på reahbiliteringsområdet*. 2012.
12. Kristiansand kommune, *Plan for folkehelse, forebygging og rehabilitering HELSEFRMMINGSPLANEN*. 2013.
13. Pasientrettighetsloven, *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. 1999.
14. Helsedirektoratet, *Prioriteringsveileder for fysikalsk medisin og rehabilitering*. 2018.
15. Helse- og Omsorgsdepartementet, *Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioriteringer*. 2016.
16. Regional arbeidsgruppe OSO, *Status og utviklingplaner for helse og omsorgstjenesten i nordnorske kommuner - foreløpig rapport funn og resultater*. 2018.
17. Helse Midt-Norge KS, *Prosjektrapport Rehabilitering i Midt-Norge*. 2014, Helse Midt-Norge: Stjørdal.
18. Helse- og Omsorgsdepartementet, *Veileder til Forskrift nr. 1706 Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesteloven*. 2010.
19. OSO Overordnet Samarbeidsorgan UNN og kommunene. *Tjenesteavtale 3*. 2016; Available from: <https://unn.no/Documents/Samhandling/Tjenesteavtaler/Tjenesteavtale%2003%20Retningslinjer%20for%20innleggelse.pdf>.
20. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. *mestring.no*. u.å. 24. mai 2019]; Available from: <https://mestring.no>.
21. Helsedirektoratet, *Pakkeforløp for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (HØRINGSUTKAST)*. 2019.
22. Helsehuset Stavanger Stavanger kommune, *Interkommunalt rehabiliteringsteam IKART*. 2015.

23. Helsehuset Indre Østfold medisinske kompetansesenter IKS. *Innovativ rehabilitering Indre Østfold - prosjekt*. u.å 24. mai 2019]; Available from: <http://www.iomk.no/innovativ-rehabilitering-indre-ostfold-prosjekt.405046.no.html>.
24. Helse Nord RHF, *Regional handlingsplan for somatisk rehabilitering i Helse Nord 2014–2017*. 2014.
25. Helse Nord RHF. *Samhandlingsbarometeret 2019* 13. april 2019]; Available from: <https://www.samhandlingsbarometeret.no/webview/>.
26. SINTEF IKT, *Rapport Samhandling og IKT-støtte for pleie- og omsorgstjenesten i Bærum kommune*. 2016.

9. Vedlegg

9.1 Vedlegg 1: Prosjektmandat

<https://helse-nord.no/behandlingssteder/rehabilitering-og-habilitering/rehabiliteringsprosjektet-i-nord-norge#mandat-for-prosjektet>

9.2 Vedlegg 2: Tema for diskusjon på dialogmøtene

Kafébord 1

Beskriv et rehabiliteringsforløp hvor rehabiliteringsbehovet oppstår i sykehuset (typisk i forbindelse med akutt sykdom eller skade)

Hvor og når oppstår flaskehalsene i samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjenesten?

Kafébord 2

Beskriv et rehabiliteringsforløp hvor behovet for rehabilitering oppstår i kommunehelsetjenesten (forverring av sykdomstilstand)

Hvor og når oppstår flaskehalsene i samarbeidet innad i kommune, og/eller mellom kommune og spesialisthelsetjenesten (inkludert private rehabiliteringsinstitusjoner)?

Kafébord 3

Hvordan opplever du at funksjonene til koordinerende enheter blir ivaretatt i dag i sykehus og kommune?

Hva er utfordringene?

Hva er mulighetene?

Forslag til bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

Kafébord 4

På hvilke områder er det behov for kompetanseheving og veiledning i rehabilitering?

Kafébord 5

Pasientgrupper som faller utenfor (rehabilitering)

Hvilke tiltak er gjennomført, pågående eller planlagt i din kommune/på din arbeidsplass for å sikre bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen for

pasienter/brukere med rehabiliteringsbehov. Hvem samarbeider dere med

Har din kommune/arbeidsplass utarbeidet en opptrappingsplan (eller annet) for rehabilitering/habilitering?

9.3 Vedlegg 3: Skjematisk oversikt over pasientforløpene etter utskriving fra slagenhet

Kilde: «Behandling og rehabilitering ved hjerneslag – høringsutkast»

Skjematisk oversikt over pasientforløpene etter utskriving fra slagenheten

		Spesialisert rehabilitering			Tidlig støttet utskriving	Kommunal rehabilitering			Innledende vurdering til ikke å ha effekt av rehabilitering	
		Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3		Dag	Hjemme	Dagp	Til hjem	Til sykehjem
		Barthel ADL Index								
		30 - 80	20 - 60	0 - 20	60 - 80	70 - 90	60 - 80	30 - 60	70 - 100	0 - 20
Modified Rankin Scale	0									
	1									
	2	Ved spesiell målsetting, f. eks. arbeid	Ved spesiell målsetting, som ikke kan dekkes på Nivå 1			Ofte kombinasjon Dag og Hjemme				Avhengig av alder og målsetting
	3				Dersom pasienten kan bo hjemme		Eventuelt i kombinasjon med kortere rehabilitering Dagp	Rehabilitering/ omsorgsmulighet i hjemmet ikke er tilstrekkelig		
	4									
	5			Ved spesielt komplekse tilfeller med nytte av rehabilitering						
Faggrupper (antall)		>= 4	>= 6	>= 6	3 - 4	2 - 3	2 - 4	3 - 4		

Hovedkriterie for valg av rehabiliteringsnivå
 Spesielle kriterier for valg av rehabiliteringsnivå