

Innspill til høringsvar på rapporten “Tiltak for bærekraft i Helse Nord”. Fra ressursgruppe 3 Rehabilitering.

Oppsummering

Ressursgruppe 3 Rehabilitering (heretter Ressursgruppe 3) i Helgelandssykehuset har fått i oppdrag å utarbeide innspill til høringsvar på rapporten «Tiltak for bærekraft i Helse Nord». Det har vært svært krevende med den stramme tidsrammen på høringen. Ressursgruppen skulle gjerne hatt tid til å gjøre mer grundige vurderinger av delrapporten fra den regionale arbeidsgruppen og høringsnotatet fra Helse Nord innenfor et komplekst fagfelt. Vi har valgt å løse oppdraget gjennom å gi en overordnet tilbakemelding med vekt på de viktigste risikofaktorene og mulighetene som ressursgruppen har identifisert innen foreslåtte endringer. Ressursgruppen står samlet om innspillet.

Ressursgruppe 3 støtter retningen på forslaget i arbeidsgruppens anbefaling av alternativ 2, som AD i Helse Nord har sendt på bred høring. Vi har likevel flere faglige innsigelser knyttet til forutsetninger som ikke er beskrevet og mangelen på konkretisering av hvordan endringene i rehabiliteringsfeltet skal skride frem, herunder også økonomi og finansiering.

Ressursgruppe 3 mener at å utvikle rehabiliteringsfeltet videre i den retningen som alternativ 2 peker ut, med de forutsetninger vi beskriver i dette innspillet og god risikostyring i prosessen, kan være med å sikre likeverdige rehabiliteringstjenester til befolkningen på sikt. Vi mener grepene kan bidra til å styrke stabilisering og rekruttering av fagfolk, under forutsetningen at interimfasen ressursettes tilstrekkelig, bygningsmessige investeringer ivaretas, og den videre finansieringen av tjenesten sikres.

Vi mener styrkingen av det inhospitale rehabiliteringstilbudet bør iverksettes så snart som mulig med tilstrekkelig ressurssetting. Kapasiteten per i dag vurderes å være underdimensjonert i Helgelandssykehuset, og fagmiljøet er lite og sårbart. Behovet for styrking av tilbudet i Helgelandssykehuset er flere ganger løftet frem av det lokale rehabiliteringsmedisinske fagmiljøet. En styrking av tilbudet vurderes som avgjørende for å sikre gode pasientforløp, stabilisering av personell og reduksjon av sårbarhet i fagmiljøet, helårsdrift og bedre økonomisk bærekraft i tilbudet om spesialisert rehabilitering i vårt foretak.

Spesialisthelsetjenesten og kommunene står i felles utfordringer innen rehabiliteringsfeltet. Vi vil fremheve behovet for tett samhandling med kommuner og private rehabiliteringsinstitusjoner i det videre arbeidet. Lokalt må god samhandling og forpliktende samarbeid om rehabiliteringsfeltet sikres i Helsefelleskapene. Det må i fellesskap utvikles konkrete planer for hvordan vi sammen i helsetjenesten i nord, sikrer forsvarlig og kunnskapsbasert rehabiliteringstilbud til pasienter både i kommuner, sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner. Samhandlingen må ivaretas på alle nivå, på strategisk og overordnet nivå, og ikke minst på det lokale nivået der sykehus og kommuner kan finne løsninger for tjenester mellom nivåene. Rehabilitering er fra et makroøkonomisk ståsted svært besparende, og kan spare spesialist- helse- og omsorgstjenestene ressurser i et langtidsperspektiv.

Ressursgruppe 3 vurderer at saksutredningen i tiltaksplanen til Helse Nord RHF er ikke grundig nok utredet til å være grunnlag for beslutninger knyttet til detaljer rundt dimensjonering og innhold i hele rehabiliteringsfeltet. Vi anbefaler at Helse Nord starter arbeidet med å utarbeide en regional rehabiliteringsplan, der blant annet kjøp av tjenester hos private rehabiliteringsinstitusjoner avklares. Arbeidsdelingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten må klargjøres ut fra de

lokale forholdene i Nord-Norge og mulighetene for tjenestesamarbeid på tvers. Regional rehabiliteringsplan bør utvikles i tett samarbeid med kommunene, og de private rehabiliteringsinstitusjonene må involveres. Brukermedvirkning er en selvfølge. Helsefelleskapene må mobiliseres til å bidra i arbeidet, og være den lokale arenaen for oppfølgingen av regional rehabiliteringsplan i samarbeid mellom helseforetakene, kommunene i nedslagsfeltet og private rehabiliteringsinstitusjoner som Helse Nord har avtaler med. Dette vil være i tråd med signaler i "Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027" (Meld. St. 9 (2024-2025)).

Ressursgruppe 3 mener at usikkerhetene i kostnadsberegningene som foreligger er store. Vår vurdering er at det er mer sannsynlig at Helse Nord må forvente høyere kostnader på rehabiliteringsfeltet i årene som kommer. Vi begrunner dette i følgende:

- Allerede dokumenterte svakheter ved rehabiliteringstilbudet i dag (blant annet dokumentert av Riksrevisjonens rapport 3:12 (2023-2024)) og konsekvenser av den demografiske utviklingen i nord, gir grunnlag for å forvente høyere kostnader i årene fremover.
- Kostnader i en interimfase ved oppbygging av det inhospitale tilbudet (mens kjøp hos private fremdeles er på dagens nivå), og nødvendige bygningsmessige tiltak ventes å kreve både investeringsbehov og økte driftsbudsjett.

Forslaget i delrapport 3, alternativ 2

Ressursgruppe 3 forstår at følgende endringer foreslås i delrapport 3, alternativ 2. Forslaget støttes av AD i Helse Nord, som etter vedtak i styret har sendt dette på en bred høring.

Foreslåtte endringer med konsekvenser for Helgeland:

- *Redusere kjøp hos private rehabiliteringsinstitusjoner slik fremgår i tabellen over alternativ 2.*
- *Merknad: Innenfor private kjøp skal en i alternativ 2 overføre en betydelig andel kjøp av ytelse som muskel/skjelett, ortopedi og sykkelig overvekt til kommunene. For å lykkes med denne overføringen legges det i alternativ 2 opp til mer omfattende samhandling gjennom forpliktende samarbeid mellom kommuner, lokalt helseforetak og private/ideelle/interkommunale leverandører for å sikre gode pasientforløp.*
- *Styrke tilbudet i Helgelandssykehuset, i Sandnessjøen fra 5 til 9 senger. Relateres til å ta ned kjøp hos private rehab.inst slik beskrevet i oversikten under.*

Regionalt innebærer forslaget:

Alternativ 2 foreslår å øke kapasiteten i Kirkenes, Bodø og Sandnessjøen for kunne ha helårsdrift slik beskrevet i alternativ 1. Alternativ 2 er lik alternativ 1 for UNN, og de private institusjonene fordi pasientene i de sub-akutte ytelsene skal få sitt tilbud i sykehus. I tillegg foreslår alternativ 2 å redusere noe av omfanget av dagens kjøp fra private institusjoner innen ytelse som muskel/skjelett, ortopedi og sykkelig overvekt. Denne andelen bør få sitt tilbud i kommunene for å bedre ivareta nærhetsprinsippet

Forskjellene i alternativ 1 og 2 kan illustreres slik:

Alternativ 1	
Endring i sykehus/private institusjoner	
Private rehabiliteringsinstitusjoner	Redusere dagens kjøp av ytelsene - Subakutt hjerneslag/ervertet hjerneskade - Brudd og slitasjeskader i skjelett - Kompleks og sammensatt sykdom/skade
Finnmarkssykehuset	Styrke Kirkenes
Universitetssykehuset Nord-Norge	Styrke UNN Tromsø og Harstad. Avvikle tilbudet på Finnsnes
Nordlandssykehuset	Bygge opp rehabiliteringsavdeling i Bodø
Helgelandssykehuset	Styrke Sandnessjøen
Samhandling med kommuner	Forsterke kompetanseoverføringen fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjenesten

Alternativ 2		
Alternativ 2 bygger på alternativ 1		
Endring i sykehus/private institusjoner/kommuner		
Private rehabiliteringsinstitusjoner	Redusere dagens kjøp av ytelsene - Subakutt hjerneslag/ervertet hjerneskade - Brudd og slitasjeskader i skjelett - Kompleks og sammensatt sykdom/skade	Redusere dagens kjøp av ytelsene - Muskel/skjelett - Ortopedi - Sykelig overvekt
Finnmarkssykehuset	Styrke Kirkenes	
Universitetssykehuset Nord-Norge	Styrke UNN Tromsø og Harstad. Avvikle tilbudet på Finnsnes	
Nordlandssykehuset	Bygge opp rehabiliteringsavdeling i Bodø	Avvikle tilbudet i Vesterålen
Helgelandssykehuset	Styrke Sandnessjøen	

Tabell 1: Beskrivelse av alternativ 2 i delrapport 3.

Overordnet vurdering av forslaget i alternativ 2, delrapport 3 Rehabilitering

Ressursgruppe 3 vurderer ut fra den relativt overordnede beskrivelsen som ligger i forslaget, at det ikke er gjennomførbart å foreta en ROS-analyse av forslaget, særlig med tanke på de korte tidsrammene vi har hatt for vårt arbeid. Vi vil likevel peke på de viktigste risikoområdene som vi har identifisert på overordnet nivå.

Brukeren av tjenesten

- Interimsfasen: Det vurderes å være stor risiko for at pasienter ikke får den rehabiliteringen de har rett på, hvis ikke oppbyggingen av fagmiljøene og opptrappingen av det inhospitale tilbudet kommer i gang tidlig nok og med tilstrekkelig ressurssetting.
- Vi vurderer at Helgelandssykehuset er underdimensjonert på antall rehabiliteringssenger per i dag, og er usikre på om dette er hensyntatt ved estimering av nødvendig økning av antall senger når kjøp hos private institusjoner tas ned. Vi anbefaler at dette vurderes nærmere før endelig fastsetting av antall senger. Dersom det ikke blir et riktig dimensjonert tilbud kan dette medføre at pasienter i Helgelandssykehusets nedslagsfelt ikke får det spesialiserte rehabiliteringstilbudet de har behov for og rett på.
- Vi tror oppbygging av en rehabiliteringsmedisinsk avdeling i Bodø vil kunne styrke tilbudet på Helgeland og gi et smidigere rehabiliteringsforløp ved tett samarbeid om felles pasienter.
- Når det kommer til tilgjengelighet og nærhet vil Ressursgruppe 3 påpeke de store avstandene til regionale funksjoner innen rehabiliteringstilbudet ved UNN. Det er eksempelvis 900 km. fra Brønnøysund på Sør-Helgeland til Tromsø. Det er tilsvarende avstand som mellom Brønnøysund og Oslo. Avstandene påvirker påvirkendes mulighet til å være til stede som støtte og motivasjon for pasienter. Vi mener det bør legges bedre til rette

for at pårørende som ressurs kan være mer tilgjengelig for pasienter som er avhengig av regionale rehabiliteringstilbud i UNN. Herunder mulighet for at pårørende kan å bo på pasienthotell og bedre mulighet for pengestøtte til besøksreiser. Det er også viktige at Helse Nord jobber aktivt mot samferdselsområdet for å sikre bedre reiselogistikk og pasienttransport til regionale funksjoner i Tromsø.

- Ved nedleggelsen av Sømna rehabilitering, som følge av Helse Nords beslutning i anbudsprosessen ift. kjøp av private tjenester frem mot 2027, har pasienter på Helgeland fått en helt annen situasjon i forhold til tilgjengelighet og nærhet for pasientgrupper som skal ha sitt tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner. Ressursgruppe 3 vil derfor påpeke risikoen for redusert tilgjengelighet og nærhet i rehabiliteringstjenestene ved en sentralisering av det private rehabiliteringstilbudet. Det er vesentlig å være obs på denne risikoen og ivareta god risikostyring og iverksette tiltak.
- *Innenfor private kjøp skal en i alternativ 2 overføre en betydelig andel kjøp av ytelser som muskel/skjelett, ortopedi og sykkelig overvekt til kommunene. For å lykkes med denne overføringen legges det i alternativ 2 opp til mer omfattende samhandling gjennom forpliktende samarbeid mellom kommuner, lokalt helseforetak og private/ideelle/interkommunale leverandører for å sikre gode pasientforløp.* Ressursgruppe 3 vil påpeke at det er stor risiko for at pasienter ikke får det rehabiliteringstilbudet de skal ha, dersom man går for fort fram i dette arbeidet. Dette kan utfordre prinsippet om likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted. Helgeland preges av småkommuner (kategori 5 og 6 kommuner i sentralitetsindeksen til Statistisk sentralbyrå).
- Det fastslå i *Primærhelsemeldingen* (Meld. St. 26 (2014-2015, s.104)) at (..) "tilbud i spesialisthelsetjenesten må imidlertid ikke trappes ned før det er bygget opp i kommunene". Vi noterer oss at kommunene også er opptatt av dette i sine innspillsnotater fra kommunedeltakere (kapittel 9.2 i delrapport 3, s. 52-53). Her vil vi fremheve følgende beskrivelser som er verdt å merke seg:

*"Det er svært få kommuner i Nord-Norge som har **øremerkede senger til døgnrehabilitering**. Dette skyldes at kommunene er små og at disse kommunene heller ikke har de faglige forutsetningene i sine institusjoner for å kunne gi dette tilbudet. Kommunene rapporterer at rehabiliteringssenger som finnes, ofte er lagt til korttidsavdelingene på sykehjemmene. Her klarer ikke kommunene å imøtekomme nasjonale krav til rehabilitering i institusjon. (...) Når personell i kommunen ikke har tilstrekkelig rehabiliteringskompetanse blir det i stor grad kun gitt pleie- og omsorgstjenester, og i liten grad aktiv rehabilitering. Disse brukergruppene krever et jevnt tilbud over tid, men opplever at de kun får oppfølging ved akutt forverring. Kommunene klarer derfor bare i mindre grad å forsinke utviklingen av funksjonstap. Dette fører igjen til **større belastning på kommunene sine pleie- og omsorgstjenester. En kan videre anta at dette også medfører større press på spesialisthelsetjenestene**".*

- Slik ressursgruppe 3 ser det er det en nødvendig forutsetning at kommunene innen noen områder søker samarbeid om interkommunale tjenester, samt at man i helsefellesskapet kan legge rammene for forpliktende samhandling mellom kommuner og sykehus i helhetlige pasientforløp innen diagnostikk, behandling og rehabilitering. Samarbeid om kompetanse og personell mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, og konkrete tjenestesamarbeid bør iverksettes så snart som mulig. Dette er et langsiktig arbeid som krever ressurssetting og målrettet oppbygging over tid. Kommunene må være forberedt og ha gjennomført nødvendig oppbygging i kapasitet før en reduksjon av kjøp hos private innen disse områdene kan gjennomføres på en måte som er trygg for pasientene. På grunn av små kommuner og

spredt befolkning, er det særlig behov for gruppetilbud for pasienter med ulike funksjonsnedsettelse. Dette gjelder alle aldersgrupper. Det må også være etablert tilstrekkelig kapasitet i spesialisthelsetjenesten til å ivareta veiledning og ambulante tjenester ut mot kommunene. Særlig gjelder dette for mindre vanlige sykdommer/skader.

Riksrevisjonen gjør alvorlige funn i sin undersøkelse om "Rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene" (Rapport 3:12 (2023-2024)):

- *Mange pasienter får ikke rehabiliteringstjenestene de har behov for av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten*
- *Det er store nasjonale forskjeller. Flaks og tilfeldigheter avgjør om, og hvilken hjelp du får.*
- *Over 60 prosent av kommunene mener at det er vanskelig å gi innbyggerne gode rehabiliteringstjenester.*
- *Også innholdet i tjenestene fra spesialisthelsetjenesten varierer. Hvor du bor, avgjør hvilken type hjelp du får. Pasienter med samme diagnose får svært ulik hjelp*
- *Flere steder fungerer ikke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten til det beste for pasientene*
- *Svakheter i rehabiliteringstjenestene får store konsekvenser for pasientenes helse, arbeidsevne, familieliv og fritid*
- *Svært mange pasienter opplever at de ikke får nok rehabilitering. Det får konsekvenser for både den fysiske og psykiske helsen. Kort sagt – de klarer seg dårligere enn de kunne gjort med riktig rehabilitering.*

Fagmiljøet i helseforetakene påpekte utfordringsbildet på rehabiliteringsfeltet i Helse Nord i en bekymringsmelding i juni 2022 (Delrapport 3, s. 28). Av oppsummeringen fremgår dette:

- *Det er vanskelig å få oversikt over hvem som har det overordnede ansvaret for at enkeltpasienter får rett tilbud på rett nivå/sted til rett tid.*
- *Kombinasjon av presset økonomi og måten foretakene organiseres og ledes på går ut over rehabiliteringstilbudet.*
- *Spesialisert rehabilitering er ressurskrevende, og det er manglende sammenheng mellom kostnadene ved å ha tilfredsstillende faglig tilbud og «inntjeningen» dette gir gjennom dagens finansieringssystem.*
- *Rekruttering og stabilisering av kompetent personale er helt essensielt for å holde rehabiliteringssengene åpne og sørge for et godt faglig nivå. (..)*
- *Innleie av vikarer er dyrt, både regnet i kroner, men også i form av potensielt manglende kompetanse og kontinuitet i pasientoppfølgingen. -*
- *Det er få «harde målepunkter» for rehabiliteringspasienter og ikke mye som kan telles og regnes på.*
- *Når pasienten blir overført til rehabilitering direkte fra andre sykehusavdelinger, noe som er vanlig praksis, blir det ikke registrert fristbrudd hvis pasientene ikke får det tilbudet de har behov for på rett tid. Dette kan påvirke hvordan ledelsen prioriterer tiltakene.*

Vi viser også til innspillet fra kommunedeltakerne som fremgår i kapittel 9.2 i delrapport 3 (s. 52):

*I 2020 fikk 37,4% av de som søkte den regionale vurderingsenhet (RVE) om rehabilitering avslag. Dette utgjør 1522 avslag. Tall fra 2020 viser videre at av 119 klager på avslag, fikk 106 pasienter medhold etter ny vurdering fra RVE. Erfaringene fra prosjektet gjennomført av 12 kommuner på Helgeland viser at **mange fastleger «gir opp» å henvise, da de opplever avslag på pasienter de selv vurderer å ha en rett til spesialisert rehabilitering.** Erfaring viser*

videre at et fåtall pasienter har kapasitet til å klage. Ut fra dette er det grunn til å frykte at det i Helse Nord sin statistikk er store mørketall over pasienter som burde hatt rett til spesialisert rehabilitering, men som ikke får det, og der de heller ikke ser seg i stand til klage. Disse pasientene vil ofte heller ikke kunne få et fullverdig tilbud fra egen kommune. Helse Nord sin ensidige og betydelige reduksjon i tilbudet om rehabilitering gjennom spesialisthelsetjenesten er ikke blitt kompensert ved økt tilbud i kommunehelsetjenesten.

Ressursgruppe 3 mener at funnene til Riksrevisjonen, bekymringsmeldingen fra fagmiljøene i Helse Nord og innspillet fra kommunedeltakerne i delrapport 3 gir en dekkende beskrivelse av status innen rehabiliteringsfeltet. Med dette utfordringsbildet lokalt, regionalt og nasjonalt kreves et langt mer omfattende og samhandlingsorientert utredningsarbeid enn det som fremgår av delrapport 3, som grunnlag for å kunne videreutvikle rehabiliteringstjenestene i tråd med behovet i befolkningen i nord.

Arbeidet med en regional rehabiliteringsplan kan ikke vente!

Behandlingstilbud

- Ressursgruppe 3 mener det er en ønsket utvikling å bygge opp kapasiteten inhospitalt til å håndtere pasientkategoriene subakutte hjerneslag/ervertet hjerneskade, og kompleks/sammensatt sykdom og skade. Det er et riktig strategisk valg som flytter utviklingen av tilbudene inn under en felles faglig styringslinje i regionen, og er et godt utgangspunkt for en videre utredning om dimensjonering, struktur og ansvarsfordeling. Det er imidlertid behov for å bygge opp kapasiteten i spesialisthelsetjenesten tilstrekkelig før reduksjon i kjøp av tjenester hos private iverksettes.
- Rehabiliteringsfeltet har et betydelig behov for en helhetlig gjennomgang. Det er behov både for regionale avklaringer omkring oppgavedeling mellom sykehusene, men også for å etablere felles forståelse og ansvarsfordeling mellom helseforetakene og kommuner i deres opptaksområder.
- Som delrapport 3 påpeker, er det en rekke kjente utfordringer med uønsket variasjon i rehabiliteringsfeltet. Riksrevisjonens rapport 3:12 (2023-2024) påpeker at helsetjenestene ikke har lyktes med å reformere feltet, selv etter målrettet opptrapping over år. Det påpekes blant annet at: "Styringen av rehabiliteringstjenestene er mangelfull på alle områder". Forsterkning av både regional og lokal styringskapasitet, gjennom en integrering av et større spekter av rehabiliteringstjenester innenfor sykehusforetakenes ansvarsområde, er ansett som et nødvendig tiltak for å adressere disse utfordringene.
- Gjennomføringen av endringene som Helse Nord foreslår forutsetter at hvert HF har en *koordinerende enhet for rehabilitering*, i henhold til anbefaling i Riksrevisjonens rapport (3:12 2023-2024). Dette innebærer riktig bemanning og kompetanse i *Koordinerende enhet*. Det er lovpålagt for alle kommuner og helseforetak å ha en koordinerende enhet med tilstrekkelig kompetanse og kapasitet. I Riksrevisjonens rapport fremgår det at en betydelig andel sykehus og kommuner har for lite ressurssetting og bemanning i koordinerende enhet. Dette gir utfordringer ift. samhandling, koordinering og helhetlige forløp. Kapasitet og kompetanse i koordinerende enhet må prioriteres.
- Det forventes et økt behov for rådgivning og veiledning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. De ambulante rehabiliteringsteamene må derfor styrkes. Det ambulante rehabiliteringsteam i Helgelandssykehuset er per i dag underdimensjonert sammenliknet med andre team i helseregionen, og må derfor styrkes ytterligere.

- Dersom det foreligger behandlingstilbud med lav eller ingen helsegevinst (lav effekt) innen dagens tilbud i spesialisert rehabilitering, så må disse tilbudene fjernes (både i sykehus og hos private tilbydere). Vi må skille mellom tradisjoner, og kunnskapsbasert praksis. Allerede i meldingen til Stortinget “Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet” (Meld. St. 26 (2014-2015)) er det påpekt at (s. 104):

Det må klargjøres hva som er nødvendige og forsvarlige habiliterings- og rehabiliteringstjenester for de store målgruppene. Ansvarsdelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten må bli tydelig.

Riksrevisjonen (Rapport 3:12 (2023-2024)) dokumenterer at det fortsatt er et mangelfullt datagrunnlag for å ha tilstrekkelig kunnskap om innhold og virkning av de ulike tjenestene. Riksrevisjonen henviser til at Helsedirektoratet oppsummerer at det mangler tjenestedata/styringsdata til å gjøre en tilstrekkelig vurdering av kvalitet. Det fremgår at det ikke finnes kvalitetsindikatorer for rehabilitering ut over at det foreligger informasjon om individuell plan og pakkeforløp.

Bemanning

- Det er en krevende rekrutteringssituasjon nasjonalt når det gjelder tilgang til flere helsepersonellgrupper, noe som også oppleves innen rehabiliteringsfeltet i Helgelandssykehuset. Rekruttering og stabilisering av kvalifisert personell vil derfor være en risikofaktor.
- For å lykkes med rekruttering og oppbemanning i tråd med behovene ved en økning av antall rehabiliteringssenger i Helgelandssykehuset, vektlegger ressursgruppe 3 behovet for en gradvis opptrapping av tilbudet med tilstrekkelig økonomisk ramme i interimfasen og vilje til nødvendig ressurssetting. En rask avklaring og beslutning om økt aktivitet er viktig for å stabilisere og bygge videre på eksisterende fagmiljø.
- Fysikalsk og rehabiliteringsmedisinsk avdeling i Sandnessjøen er eneste utdanningsvirksomhet for spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering på Helgeland. En økning i aktivitet vil også øke utdanningskapasiteten, og vil kunne medføre at leger i spesialisering kan gjennomføre større del av spesialistutdanningen på Helgeland. Dette vil være viktig for å sikre fremtidig rekruttering og nok spesialistkompetanse innen fagfeltet på Helgeland.
- Ved en økning i aktivitet vil det gi økt utdanningskapasitet for alt helsepersonell (terapeuter, sykepleiere, helsefagarbeidere) tilknyttet avdelingen, og dette vil igjen styrke kompetanseheving innen fagfeltet.

Kapasitet

- Antall rehabiliteringsmedisinske senger vurderes å være underdimensjonert i Helgelandssykehuset per i dag. Behovet for styrking av tilbudet i Helgelandssykehuset er flere ganger løftet frem av det rehabiliteringsmedisinske fagmiljøet.
- Ressursgruppe 3 deler vurderingen av risiko ved at private aktører mister en større del av inntektsgrunnlaget ved gjennomføring av alternativ 2. Dette kan utfordre grunnlaget for videre drift for aktørene i en slik grad at også rehabiliteringstilbud som er ønsket gjennomført i private institusjoner forsvinner. Hvis et slikt scenario inntreffer vil Helse Nord ikke ha tilstrekkelig kapasitet for pasientene som fortsatt skal ha et rehabiliteringstilbud hos private. Det er sentralt at denne risikoen tas på alvor og håndteres klokt i videre vurderinger rundt reduksjon av kjøp hos private rehabiliteringsinstitusjoner.

Organisatoriske forhold

- Delrapport 3 peker på arealbehov som en kostnadsdriver, som ikke er grundig vurdert i arbeidet. Arbeidsgruppe 3 har påpekt at arealbehovet derfor må utredes nærmere og eksisterende bygningsmasse må gjennomgås grundig.
- Ressursgruppe 3 vil opplyse om at Helgelandssykehuset Sandnessjøen opprinnelig ble dimensjonert for et betydelig høyere sengeantall enn det som benyttes per i dag. I styresak 10-2023 i Helgelandssykehuset fremkommer en ledig kapasitet i Sandnessjøen på 43 senger. I tillegg til dette vil det frigjøres ytterligere areal når Nordland fylkeskommunes tannklinikk flytter ut av de lokalene de leier i sykehusbygget, dette er planlagt ved årsskiftet. Det ansees derfor som fullt mulig å realisere arealer til rehabiliteringsformål i eksisterende areal i sykehusbygget i Sandnessjøen.
- En avdeling for spesialisert rehabilitering i sykehus skal ivareta de alvorligst skadde/syke som kommer direkte fra annen sykehusavdeling i subakutfase (eksempelvis hjerneslagpasienter), og må derfor være lokalisert i akuttisykehus med tilstrekkelig spesialistbredde og akuttvakt-funksjoner som sikrer trygg og adekvat utredning og behandling til rett tid.

Økonomi

- Ressursgruppe 3 vurderer det som å være et økende behov for ressurser innen rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, slik som fremgår i vår oppsummering.
- Ressursgruppe 3 er helt klar på at styrking av rehabiliteringstilbudene i sykehus kan ikke utsettes i påvente av at ressurser skal frigjøres fra reduksjon i kjøp av private rehabiliteringstjenester. Det er lite omtalt hvilken økonomisk ressurssetting som berammes for interimfasen. Vi vurderer at en bortimot dobling av antall senger innen rehabilitering i Helgelandssykehuset krever ressurssetting i interimfasen ift. rekruttering og tilstrekkelig tid til å bygge opp fagmiljøet.
- Det må finnes økonomisk handlingsrom til å gjøre nødvendige bygningsmessige tilpasninger.
- Ressursgruppe 3 er bekymret over finansieringen av rehabiliteringstjenester gitt ønsket om å bygge opp fagmiljøer og tjenester inhospitalt og i kommunene i årene fremover. Dette krever ressurser og prioritering av rehabiliteringstjenestene på annet nivå enn i dag. Det bør utredes om finansieringen og DRG-systemet understøtter dette tilstrekkelig.