

Til

SSU Helsefelleskap Helgeland

9. september 2024

## Innkalling til møte i Strategisk Samarbeidsutvalg (SSU) 16.09.24

### Saksliste:

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
22-2024	Godkjenning av innkalling og saksliste	Strategisk samarbeidsutvalg	16.09.2024
23-2024	Beslutningssak	Strategisk samarbeidsutvalg	16.09.2024
24-2024	Beslutningssak	Strategisk samarbeidsutvalg	16.09.2024
25-2024	Orienteringssaker	Strategisk samarbeidsutvalg	16.09.2024
26-2024	Eventuelt	Strategisk samarbeidsutvalg	16.09.2024

Sak 22/24 Godkjenning av innkalling og saksliste

## Sak 23/24 Rehabilitering på Helgeland

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
23-2024	Beslutningssak	Strategisk samarbeidsutvalg	16.09.2024

## Innstilling

1. Strategisk samarbeidsutvalg tar orienteringen om status på rehabiliteringsfeltet til etterretning
2. Strategisk samarbeidsutvalg etablerer et faglig samarbeidsutvalg (FSU) for rehabilitering på Helgeland som får vedlagte mandat
3. Oversikt over deltakere til FSUet opplyses om i neste møte i SSU

## Saksopplysninger

Rehabilitering ble løftet som sak inn i Helsefelleskap Helgeland av kommunene desember 2023, med en bekymring for utfallet av anbudet som Helse Nord RHF gjennomførte som medførte at den eneste private avtalespesialisten på Helgeland ble lagt ned, og med dette også et initiativ fra mange kommuner på Helgeland om et interkommunalt samarbeid om rehabilitering. Rehabilitering har etter dette vært et tema i Helse Nord's oppgave og funksjonsfordelingsprosess, og har også opptatt kommunene på Helgeland. I SSU møte i juni 2024 ble sekretariatet bedt om å utarbeide en sak om status på rehabiliteringsfeltet både i kommunene og i Helgelandssykehuset.

Arbeidsgruppen som har jobbet med saken på vegne av sekretariatet har bestått av:

- Åse Albertsen, avdelingsleder medisinsk klinikk,
- Kristin Sakshaug, seksjonsoverlege i Fysikalsk medisin og rehabilitering
- Eline Monsen, interkommunal samhandlingsleder

Interkommunal samhandlingsleder har lagt til grunn kunnskap fra prosjektet Helgeland rehabilitering og dialog med helseledernetverket på Helgeland som grunnlag for det kommunale perspektivet.

Det generelle bildet er at spesialisthelsetjenesten står for et omfattende tjenestetilbud innenfor rehabilitering, likevel er dette tilbudet fallende, spesielt ved sykehus, og kommunene har fått økte oppgaver. Samtidig er flere forhold som peker i retning av at behovet for rehabiliteringstjenester i fremtiden vil være økende.

Rehabilitering kan bidra både til å bedre livet til den enkelte som mottar tilbudet, men vil også kunne være en viktig del av løsningen når samfunnet skal sikre aktive deltakere på sosiale arenaer og i arbeidslivet. Et godt rehabiliteringstilbud kan dessuten være med å begrense behovet for øvrige helsetjenester, noe som kan vise seg særs viktig i årene som kommer.

## Nasjonale føringer og andre relevante dokumenter

### Nasjonal Helse og samhandlingsplan


Rehabilitering er beskrevet i Nasjonal- Helse og samhandlingsplan, kap 3. Definisjonen av habilitering og rehabilitering følger av Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator. Rehabilitering innebærer å trene opp funksjon etter sykdom eller skader som har oppstått i løpet av livet.

Ansvar for spesialisthelsetjenester og rehabilitering i og utenfor institusjon ligger til de regionale helseforetakene, mens kommunene også skal tilby forsvarlige helsetjenester innenfor sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering. Sykehusene har ansvar for å gi kommunene råd, veiledning og opplysninger som er nødvendige for at kommunene skal kunne løse sine oppgaver.

Det har de siste årene vært en svak nedgang i rehabiliteringstilbud i sykehusene, mens antallet som har fått rehabilitering i kommunene antas å være relativt stabilt.

Gjennom Nasjonal helse- og stortingsplan vektlegger regjeringen at rehabilitering bør vektlegges i helsefelleskapet som samarbeidsorgan mellom sykehus og kommuner. Dette vil kunne styrke pasientflyten.

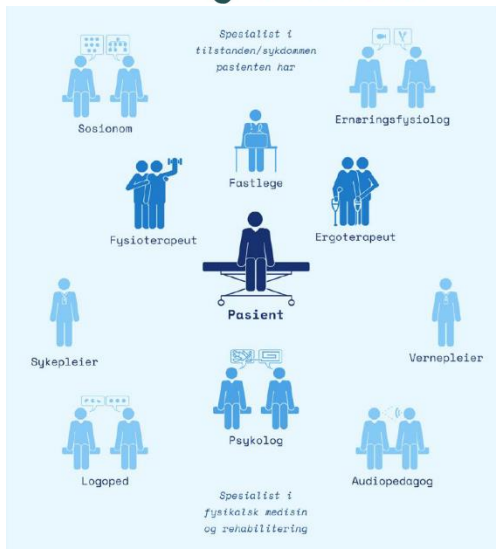
Ansvarsfordeling og oppgavefordeling skal beskrives nærmere i de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom sykehus og kommuner. Helsefelleskap Helgeland har revidert sine avtaler våren 2024, men innspillene til *Tjenesteavtale 2* som omhandler rehabiliteringsfeltet var svært få. Det er grunn til å tro at denne avtalen ikke er godt nok kjent hos begge partene, og at det er muligheter for forbedring av avtalene. Dette vil kunne bidra til å tydeliggjøre ansvarsfordeling, og felles satsningsområder i årene fremover.

Kommune		Spesialisthelsetjeneste
Behov for tverrfaglig breddekompetanse?	 <p>Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.</p>	Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for bredt sammensatt tverrfaglig team samlet på ett sted?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for intensiv oppfølging?
Behov for nærhet til brukers <u>livsarena</u> ?		Behov for nærhet til spesialisert, medisinsk kompetanse?
Behov for erfaring knyttet til store diagnosegrupper og relativt hyppig forekommende problemstillinger?		Behov for erfaring knyttet til smalere og mer spissede problemstillinger?

Figur 1: vektmodellen for ansvarsfordeling av rehabiliteringstjenester mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

## Riksrevisjonens rapport

Bakgrunnen for Riksrevisjonens undersøkelse er at rehabilitering over år er pekt på som et av de svakeste områdene innenfor helse- og omsorgstjenestene våre, uavhengig av nivå. Utfordringene har vært knyttet til manglende kunnskap om kapasitet og behov for tjenester, mangelfull ansvarsavklaring mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, svikt i samhandling og koordinering og manglende kapasitet og kvalitet i kommunehelsetjenesten. Riksrevisjonens konklusjon er at det er kritikkverdig at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har iverksatt tilstrekkelige tiltak for å sørge for at pasientene får de rehabiliteringstjenestene de har behov for.



Figur 2: Yrkesgrupper en rehabiliteringspasient kan ha behov for. Kilde: Riksrevisjonen.

Mange kommuner mangler tilstrekkelig kompetanse som kreves for en god nok tverrfaglig rehabiliteringstjeneste, og kan derfor heller ikke tilby sine innbyggere de rehabiliteringstjenestene som Helsedirektoratet anbefaler at kommunene skal ha til sine innbyggere.

Siden utgangspunktet for vellykket rehabilitering er pasientens ressurser og mål, stilles det høye krav til individuell tilnærming og tilpasning, pasient- og brukermedvirkning og koordinering av de involverte rehabiliteringstjenestene.

Det er store forskjeller mellom helseregionene når det gjelder hvor mange pasienter som får spesialisert rehabilitering. Det har vært en nedgang totalt sett i landet på om lag 11 % fra 2017 – 2021. De regionale helseforetakene har sørge-for ansvaret, men kjøper spesialisert rehabilitering i stor grad av private og ideelle institusjoner. (Nytt anbud i kraft fra 01.01.2024 i Helse Nord).

Videre anfører riksrevisjonen at de koordinerende enhetene i helseforetakene ikke fungerer etter intensjonen. Koordinerende enhet i sykehusene skal holde en oversikt over rehabiliteringstilbudet i regionen. Det er bekymringsfullt at denne funksjonen ikke prioriteres i tilstrekkelig grad i sykehusene, men oftest overlates til ansatte som ikke jobber primært med rehabilitering.

Riksrevisjonen er tydelig på at de regionale helseforetakene og kommunene arbeider for lite systematisk med rehabilitering.

*Etter riksrevisjonens vurdering får mangler i rehabiliteringstilbudet på begge nivå store konsekvenser for pasientenes helse, arbeidsevne, familieliv og fritid.*

Helse Nord; Tiltak som sikrer bærekraft i Helse Nord og Helgelandssykehuset HF, fremtidig struktur

Flertallet i arbeidsgruppe 3 anbefalte alternativ 2, som består i å utvide kapasiteten i egne helseforetak for å ta hånd om tidligrehabilitering av pasienter etter akutte hendelser som hjerneslag, brudd og slitasjeskader og pasienter med komplekse tilstander. Dette alternativet anbefaler også Helse Nord å kjøpe noe mindre spesialisert rehabilitering hos private institusjoner for pasientgruppene muskel- og skjelett, sykkelig overvekt og lettere ortopediske tilstander, som er vurdert som kommunale rehabiliteringsoppgaver.

Alternativ 2		
Alternativ 2 bygger på alternativ 1		
Endring i sykehus/private institusjoner/kommuner		
Private rehabiliterings-institusjoner	Redusere dagens kjøp av ytelsene <ul style="list-style-type: none"> <li>- Subakutt hjerneslag/ervertet hjerneskode</li> <li>- Brudd og slitasjeskader i skjelett</li> <li>- Kompleks og sammensatt sykdom/skade</li> </ul>	Redusere dagens kjøp av ytelsene <ul style="list-style-type: none"> <li>- Muskel/skjelett</li> <li>- Ortopedi</li> <li>- Sykelig overvekt</li> </ul>
Finnmarkssykehuset	Styrke Kirkenes	
Universitetssykehuset Nord- Norge	Styrke UNN Tromsø og Harstad	
Nordlandssykehuset	Bygge opp rehabiliteringsavdeling i Bodø	Avvikle tilbudet i Vesterålen
Helgelandssykehuset	Styrke Sandnessjøen	

«Som følge av anbefalingen må sengekapasitet og ressurser økes i egne sykehus. Vurderingene heller til at et slikt alternativ er bærekraftig både med hensyn til personell og økonomi. Anbefalingen forutsetter et mer forpliktende samarbeid mellom helseforetak og kommunene i de etablerte helsefelleskapene, som også bør inkludere de private avtalepartene som gir spesialisert rehabilitering.» (Rehabiliterings- og private tjenester. Delrapport arbeidsgruppe 3. s.5)

De kommunale deltakerne i arbeidsgruppen tok dissens fra rapportens anbefalinger. «Rehabilitering i Nord-Norge er underdimensjonert, noe som også er kommunisert fra fagområdet i Helse Nord tidligere. Styrking av tidlig rehabilitering i sykehusene vil derfor være et viktig tiltak for å styrke rehabiliteringstilbudet i sin helhet. Rehabilitering vil være et viktig virkemiddel for å kunne møte fremtidige demografiutfordringer også for spesialisthelsetjenesten. Helse Nord har over tid bygget ned tilbudet om spesialisert rehabilitering i landsdelen. Dette har i liten grad vært gjort på et faglig fundert grunnlag, uten at kommunene har vært involvert og uten at kommunene har vært i stand til å overta rehabilitering som krever spesialisert, tverrfaglig og intensiv tilnærming. Dette har over tid svekket tilbudet til innbyggerne, og er utfordrende sett i lys av Helse Nord sitt sørge for – ansvar.» (Rehabiliterings- og private tjenester. Delrapport arbeidsgruppe 3. s.45)

## Helgelandssykehuset – status presens på rehabiliteringsfeltet

Fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering er organisert under medisinsk klinikk i Helgelandssykehuset HF og er funksjonsfordelt til Helgelandssykehuset Sandnessjøen. Vurdering- og behandling gjøres i stor grad tverrfaglig (flere faggrupper med ulik kompetanse). Herunder er det to enheter: Rehabiliteringsmedisinsk sengepost, og fysikalsk medisinsk poliklinikk med HelseArbeid senter og ambuleringende rehabiliteringsteam (ART).

### Rehabiliteringsmedisinsk sengepost (5 senger):

Sengeposten har i hovedsak tilbud om rehabilitering for pasienter i subakutfase (rett etter behandling ved annen sykehusavdeling) ved hjerneslag og andre nevrologiske sykdommer/skader. Pasienter som trenger nivå 2 (kompetanse, faggrupper, intensitet) og/ eller må ligge i sykehus har også rett til å få behandling her. Dette gjelder dermed enkelte andre pasienter med komplekse problemstillinger. Sengeposten tar også inn noen vurderingsopphold i senere fase.

## Rehabiliteringspoliklinikk:

Er organisert under sengeposten, og gir tverrfaglig tilbud til pasienter som trenger oppfølging etter rehabiliteringsopphold eller som henvises av primær-leger.

## Fysikalsk medisinsk poliklinikk:

Tverrfaglige og monofaglige (eksempelvis bare lege) timer for vurdering eller behandling av muskel-/skjelett lidelser med smerte og funksjonstap der operasjon ikke skal gjøres eller hjelper, eller for pasienter som trenger tiltak med bio-psyko-sosial tilnærming.

Ved fysikalsk medisinsk poliklinikk gis det tilbud om hjertetreningsgrupper og hjerteskolet (LMS-kurs) i samarbeid med medisinsk poliklinikk. Ambulerende rehabiliteringsteam (ART) er organisert under denne poliklinikken. ART jobber mye selvstendig og utenfor sykehuset og har oppgaver med oppfølging av komplekse rehabiliteringspasienter i overgangen fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste.

## HelseArbeid poliklinikk:

HelseArbeid er en tverrsektoriell tjeneste, der samhandling mellom helsetjeneste og NAV gir en mulighet til samtidighet i fokus på arbeidsdeltakelse og helse. Tilbudet har to hovedelementer: 1) Bedriftstiltak – helsefremmende og forebyggende kunnskapsformidling på arbeidsplassen. 2) Individtiltak - rask tilgang til tverrfaglig utredning og arbeidsfokusert avklaring. Har også tilbud om mestringskurs samt behandling av depresjon og angstlidelser for personer som er i ferd med å miste tilknytning til jobb eller studier.

## Kommentar:

Helgelandssykehuset har og utfører altså deler av sykehusenes "må-opdrag" innen rehabilitering. Oppdraget er godt synliggjort i "Pakkeforløp for hjerneslag del II" og i prioriteringsveileder for FMR. Sengeposten sitt nivå/opdrag innen rehabilitering gir behov for et fullt akutt-sykehus rundt den sammensatte pasienten. Vi samarbeider tett med andre spesialiteter og bruker akutt/subakutt-funksjoner i sykehuset inkludert vaktleger og diagnostikk.obs Det gir en risiko/sårbarhet dersom ikke akutt-sykehuset har de nødvendige funksjoner

Tilbudet er pr i dag sårbart også pga avdelingen lille størrelse, da dette gir for lav kapasitet og begrenser muligheten til å bruke de sengene vi har. En styrking som skissert i forslag i HelseNord vil være nødvendig. Det er også et stort behov for stabilisering og rekruttering i bemanning

Det brukes i dag mye tid på å finne plass/tilbud for pasienter og veilede samarbeidspartnere. spesialisthelsetjenesten vurderer ut fra prioriteringsveildere, og det finnes mye nyttig informasjon i denne: (se under)

Noen tilbud ligger vanligvis i lokalsykehus, men vi har det ikke ennå tilstede på Helgeland.

- Kartlegging synsfunksjon/synsrehabilitering. (Harstad, Finnmark, Tromsø, private)
- Mangler litt på kompetanse akkurat nå vedr kognitiv kartlegging (nevropsykolog), planlagt at det skal komme. Tilbud i senfase for pasienter med kognitive vansker :mangler i Helse Nord. (Sunnaas har)
- Tidlig støttet utskrivning (tilbud i noen byer/tettbebygde strøk) vanskelig gjennomførbart med vår geografi på Helgeland
- Tverrfaglig poliklinikk med vurdering av spastisitet inkludert behandlinger md Botox (nevrolog i Mosjøen setter Botox). Tilbud finnes i Bodø, Tromsø
- Hodeskade poliklinikk , tverrfaglig. Mangler på Helgeland pr nå. Kan forhåpentligvis bli endel av rehabiliteringspoliklinikken.

- Tverrfaglig førerkort-vurdering inkludert nevropsykolog, (Finnes i Bodø, Tromsø, Finnmark? Harstad?)
- Skulder- og annen ledd-poliklinikk med ultralyd (Tromsø De andre? )
- Lærings- og mestringskurs Utmattelse /CFS ME.
- Utredning utmattelse/CFS-ME (skal gjøres i PHT, men noen skal til SHT) Tromsø, Finnmark, Bodø, Harstad? Helgelandssykehuset har fått oppdraget , men har ikke tilbud pr i dag.

Oversikt over rehabiliteringstilbudet i regionen og lokalt, i spesialisthelsetjenesten.

<b>Regionalt, Helse Nord</b>	<b>UNN</b>	<b>St.Olavs</b>	
<i>UNN FMR Tromsø</i>	X		
<i>Regional koordinerende enhet (RVE UNN)</i>	X		
<i>Rehabiliteringstelefonen</i>	X		
<i>Ryggmargskade</i>		X	

**St Olavs FMR ryggmargskade:** Ryggmargsskadde pasienter fra hele Nord-Norge. (Noen får ikke plass eller må av andre grunner begynne på UNN FMR Tromsø, og noen få hos Helgelandssykehuset.)

**Sunnaas: NASJONALE OPPGAVER** Noen få pasientgrupper starter alltid på Sunnaas. Eks "Locked in syndrom" - Rehabilitering for de med kognitive utfall litt mer ut i forløpet

<b>Lokalsykehus</b>	<b>HSYK</b>	<b>Nordlandssykehuse t</b>	<b>UNN</b>	<b>Finnmarksykehuse t</b>
<i>Sengepost</i>	X (Sandnessjøen )	X (Stokmarknes, ikke nivå 2)	X (Harstad og Tromsø)	X (Kirkenes)
<i>Poliklinikker</i>	X	X	X	X
<i>Ambulant rehabiliteringsteam</i>	X	X	X	X
<i>Lærings og mestringskurs</i>	X	X	X	X
<i>Koordinerende enhet</i>	-	X	X	X

<i>Private avtalespesialister</i>	Nordtun	Valnesfjorden	Vigør Tromsø	Helsepartner (Finnmark)
<i>Brudd og slitasjeskader i skjelett</i>	X		X	X
<i>Hjerneslag og ervervet hjerneskode</i>	X		X	X
<i>Hjertesykdommer</i>	X	X	X	X
<i>Imflamatoriske og revmatiske sykdommer</i>		X	X	
<i>Komplekst sykdomsbilde med behov for rehabilitering</i>	X		X	
<i>Kreftsykdom</i>	X		X	X
<i>Kronisk muskel og bløtdelssmerte</i>	X	X	X	X
<i>CFS ME Kronisk utmattelsessyndrom</i>			X	
<i>Lungesykdom</i>	X	X		X
<i>Nevrologiske og neuromuskulære sykdommer</i>		X	X	
<i>Sanseforstyrrelser (alvorlig grad)</i>	X			X
<i>Sykkelig overvekt, overvektsopererte</i>	X	X (kun barn)	X	X

## HSYK

<i>Sengepost</i>	5 senger, Nivå 2	Nevro, ervervet hjerneskode, hjerneslag i subakutt fase  Noen andre komplekse, sammensatte	Pasienter som må ligge intrahospitalt i et akuttsykehus og/eller ha mange faggrupper og høyt nivå
<i>Poliklinikker</i>	Fysikalsk medisinsk poliklinikk	Muskel skjelett lidelser/smerter . Tverrfaglig og noen monofaglige konsultasjoner	
	Helse i arbeid	Tverrfaglig, for de med skjelett/muskelplager og lettere psykiske lidelser. arbeidstilknytning Mestringskurs bedriftsoppfølging HIA tar de med arbeidstilknytning	



	Rehabilitering poliklinikk	(NAV , psykolog, inkluderer også de med psykiske lettere lidelser)	Tverrfaglig poliklinikk
<i>Ambulant rehabiliteringsteam</i>	Tverrfaglig, i dag 2 stillinger. Må styrkes videre for å ha reell funksjon som rehabiliteringsteam.	Oppfølging etter opphold Noen vurderinger etter henvisning fra primærleger	
<i>Lærings og mestringskurs</i>	Hjertetrening/hjerteskolet	Utfører ikke direkte treninger osv, men fagkonsulenter som kartlegger behov og følger opp pasientene i overgang mellom sykehus og kommune. Kartlegging, Veiledning, koordinering. Se brosjyre	Oppfølging av pasienter når de skrives ut, eller når de ikke kan eller skal ha tilbud intrahospitalt.
	Hjerneslag (pasienter og pårørende)	Hjertepasienter  Henvises via medisinsk poliklinikk	Treningen er poliklinisk og er aktiv trening veiledet av fysio , flere ganger (evt i samarbeid med lokale tiltak når lang reisevei)
<i>Koordinerende enhet</i>	Nei		

#### Faggrupper:

Lege, ergoterapeut, logoped, sykepleier og fast 2 fysioterapeuter hvorav 1 spesialist i nevrologi, sykepleiere/helsefagarbeidere. Ved behov: sosionom, KEF, nevropsykolog (akkurat nå mangler ressurs til stede nevropsykolog, men skal komme)

Hvem kan henvise og tildele rett til spesialisert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten?

*RVE: Regionale vurderingsenheter i hver helseregion rettighetsvurderer og prioriterer henvisninger til tverrfaglig spesialisert habilitering og rehabiliterings tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner. I Helse Nord er Regional vurderingsenhet (RVE) organisert i UNN, Tromsø.*

*Fastleger:* Henviser til RVE. Fastleger kan henvise til sykehusavdelinger/poliklinikker.

*Sykehusleger:* Egen prosedyre for henvisning av pasienter som skal direkte fra sengepost i sykehus til privat institusjon trenger ikke henvisning via RVE.

*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.*

## Helgelandkommunene - status presens på rehabiliteringsfeltet

Helgeland Rehabilitering – et interkommunalt initiativ for rehabilitering på Helgeland.

Prosjekt startet i 2021, med mål om et interkommunalt selskap med samling av spesialisthelsetjenester og kommunehelsetjenester i ett og samme hus med felles administrativ og faglig ledelse. Interimsstyre for et fremtidig IKS ble etablert hvor 12 av 18 kommuner på Helgeland var med i prosjektet. Prosjektet tok form etter inspirasjon og erfaring fra Namdal Rehabilitering (omtalt i Nasjonal helse og samhandlingsplan s. 32, som eksempel på organisering av rehabiliteringstjenester).

I arbeidet med analysen av det kommunale rehabiliteringstilbudet ble det samlet inn et kunnskapsgrunnlag fra primært tre kilder:

- Intervjuer og gjennomgang av oversendt dokumentasjon
- Statistikk og nøkkeltall
- Offentlig tilgjengelig dokumentasjon og litteraturstudier

Efaringene fra prosjektet 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.

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. Tall fra Bodø kommune viser at kommunen har 1 rehabiliteringsseng pr 3000 innbyggere. (ref: Rapport rehabilitering i Nord-Norge 2019) Denne dekningen tilsvarer behovsbeskrivelsen fra andre deler av landet på 0,3 -0,5 døgnplasser per 1000 innbyggere. I prosjekt som de 12 Helgelandskommunen gjennomførte viste erfaringene at kommunen på Helgeland heller ikke har tilstrekkelig tilbud om døgnrehabilitering slik behovet skulle tilsi. De har heller ikke tilstrekkelig kompetanse som kreves for å drifte døgnplasser. Kommunen har de siste årene fått et større ansvar for brukere med mer komplekse og sammensatte tilstander. Dette er grupper som har behov for mer spesialisert kompetanse. Erfaringen fra prosjekt viser at kommunen sliter med å rekruttere og beholde lovpålagt kompetanse som ergoterapeut, logoped og psykolog. Generelt er det også vanskelig å rekruttere og beholde annet helsepersonell som fysioterapeuter, sykepleiere og helsefagarbeidere.

## Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering skal bevare, vedlikeholde og styrke brukerens funksjonsnivå og helse, og dermed utsette mer omfattende pleiebehov. Hverdagsrehabilitering representerer en ny måte å tenke «omsorg» på. Istedenfor å tilby brukere med funksjonssvikt kompenserende og passiviserende tiltak, vil de få et skreddersydd rehabiliteringstilbud med mål om bedre mestring av dagligdagse gjøremål. Arbeidet med hverdagsrehabiliteringsteam, mestringsteam el. Er kommet godt i gang i de fleste kommuner. I de mindre kommunene er det mer sårbart med slike team av hensyn til tilstrekkelig tilgang på kompetanse nok til et tverrfaglig sammensatt team.

### Pågående arbeid i kommunene:

Det pågår mye godt arbeid ute i kommunene på Helgeland for å styrke pasientforløpene gjennom å tenke nytt, bruke teknologi og se på samarbeid og løsninger på tvers, både innad i kommunen, mellom kommuner og mellom kommunene og sykehuset.

Rana kommune har blant annet samlet alle sine korttidsplasser på ett sted i samme bygg som rehabiliteringsavdelingen for å samle og utvikle kompetanse og kvalitet i tilbudet. Her samarbeider de bla med nærskolen om bruk av gymsal til trimgrupper o.l. Det er i gang et arbeide med å styrke koordineringen mellom rehabiliteringsavdelingen, korttidsplasser, helsepark, innsatsteam og langtidsplasser. Dette vil på sikt gi både faglige og økonomiske gevinster for kommunen.

Nesna kommune er i gang med å starte opp med Digirehab i kommunen. Dette er et digitalt tilbud som har potensiale til økt egenomsorg og utsettelse av tjenestebehov. Kommunen tester med dette ut ny teknologi og digital hjemmeoppfølging på rehabiliteringsfeltet. Nesna har også etablert en pilot der de har omgjort en omsorgsleilighet til en korttids- og opptreningsleilighet.

Vefsn, Hemnes og Grane har etablert et interkommunalt prosjekt der de skal jobbe med ulike delprosjekt i egne kommuner. I Hemnes oppretter de et kommunalt mestrings- og vurderingsteam som skal vurdere og tildele tjenester til alle de som søker helsetjenester i kommunen. Målet er rett tjeneste til rett tid, med fokus på forebygging og et mestringsperspektiv med mål om bedre folkehelse i den eldre befolkningen spesielt, og redusert behov for helsetjenester og institusjonsplasser.

Kommunene på Helgeland er ulikt rustet når det kommer til kapasitet, kompetanse og tradisjon for rehabilitering. I arbeidet med arbeidsgruppe 3 sin rapport i Helseledernetverk Helgeland, er det bred enighet hos kommunalsjefene at det vil kunne blir svært utfordrende for kommunene med den oppgaveforskyvningen som signaliseres fra Helse Nord, og at det allerede i dag er behov for ytterligere samarbeid, spesielt imellom de små kommunene, for å ivareta krav til kompetanse, samt veiledning og kompetanseoverføring fra sykehus til kommer på feltet.

## Vurdering:

Rehabilitering har vært et fagfelt som ikke har vært prioritert og satt i system i helsetjenesten, hverken i kommunehelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten. Rehabilitering som fagfelt, og de komplekse grenseflatene mellom nivåene har fått økt fokus gjennom bla riksrevisjonens rapport og Nasjonal helse og samhandlingsplan. Begge deler peker på både mangler og retning for fagfeltet videre.

Det er en utfordring at det regionale helseforetaket har sørge-for ansvaret for rehabiliteringen i spesialisthelsetjenesten, men ikke er deltaker i helsefelleskapene der det anmodes om at det videre arbeidet med rehabilitering gjøres i samarbeid mellom sykehusene og kommunene.

Det kan ofte være vanskelig å bli enige om hvem som har ansvaret for et tilbud når det ikke oppleves å være knapphet på ressurser og kapasitet.

Vi kan anta at det i dag er pasienter som ikke har, eller får, tilgang til et adekvat rehabiliteringstilbud. Samtidig er det viktig å også være klar over at rehabilitering skal være tidsbegrensede tilbud som settes inn, etter faglige vurderinger. Det vil være vesentlig med tett samarbeid både internt i kommunen og sykehuset, og også mellom nivåene for å få til gode pasientforløp og en hensiktsmessig bruk av rehabiliteringstjenester på alle nivå. Gjennom et systematisk arbeid med rehabilitering vil en kunne bidra til å bedre livet til den enkelte som mottar tilbudet. Et godt rehabiliteringstilbud på begge nivå kan dessuten være med å begrense behovet for øvrige helsetjenester, noe som kan vise seg særs viktig i årene som kommer.

#### Kilder:

- Riksrevisjonens rapport
- Nasjonal Helse- og samhandlingsplan
- Forskrift for habilitering, rehabilitering, koordinator og individuell plan
- Helse Nord. Rehabiliterings- og private tjenester. Delrapport fra arbeidsgruppe 3.
- Rapport Videreutvikling av Helgeland rehabilitering
- Prioriteringsveilederen:  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/fysikalsk-medisin-og-rehabilitering>

Vedlegg Sak 23-2024 Mandat for faglig samarbeidsutvalg (FSU) om rehabilitering

## Mandat for faglig samarbeidsutvalg (FSU) om rehabilitering

### Formål:

**Sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.**

Faglig samarbeidsutvalg om rehabilitering skal være et midlertidig utvalg som skal arbeide systematisk med rehabilitering på tvers av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

FSUet skal bidra til å styrke kompetanse, samarbeid, samhandling og bidra til utvikling av helhetlige tjenesteforløp som gir bedre rehabiliteringsforløp mellom Helgelandssykehuset HF og kommunene for pasienter i Helgelandssykehusets nedslagsfelt

### Mandat (ansvar, myndighet og oppgaver)

FSU Rehabilitering skal fremme og behandle saker og problemstillinger innen rehabiliteringsfeltet, koordinerende enhet, koordinatorene og individuell plan.

- FSU Rehabilitering skal være et rådgivende utvalg for SSU i spørsmål om rehabilitering
- FSU Rehabilitering skal bidra til å avklare ansvarsområdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten på rehabiliteringsfeltet, herunder blant annet gjennom å gi innspill til revidering av Tjenesteavtale 2.
- FSU Rehabilitering skal gi råd om faglige og strategiske veivalg innen rehabilitering i samhandling mellom Helgelandssykehuset og kommunene som bruker Helgelandssykehuset som lokalsykehus, herunder også inkludere det regionale helseforetaket og private og ideelle institusjoner som tilbyr spesialisert rehabilitering
- FSU Rehabilitering skal utvikle nye gjennomgående prosedyrer og tjenestemodeller for rehabiliteringsfeltet på Helgeland
- FSU Rehabilitering skal involvere fagmiljøene i relevante saker for å sikre god forankring og effektiv gjennomføring i egen organisasjon
- FSU Rehabilitering skal avholde møter ved behov, og minimum fire ganger årlig.
- FSU Rehabilitering rapporterer til Strategisk samarbeidsutvalg og skal utarbeide en årsrapport som minimum omtaler prioriterte arbeids- og innsatsområder, arrangementer utvalget har vært involvert i, antall møter i utvalget med deltakelse, og oversikt over saker som er behandlet med status og resultat for disse

### Organisering:

- FSU Rehabilitering er et tidsbestemt utvalg i perioden 2024-2028
- FSUet skal bestå av minst 8 medlemmer
- Helgelandssykehuset og kommunene skal ha likt antall medlemmer og oppnevner egne representanter for en periode på 2 år
- Ved gjenoppnevning hvert 2. år skal kontinuitet balanseres med behovet for fornyelse
- FSUet skal være partssammensatt likt fra begge nivå, samt ha fastlege- og brukerrepresentant

- Leder og nestleder skal representere hver av partene kommunene og Helgelandssykehuset, og oppnevnes av SSU for to år av gangen med bytte av rollene som leder og nestleder i de neste to årene
- Leder for FSUet har ansvar for møteledelse og representerer utvalget utad
- Det kan inviteres inn andre faste medlemmer til FSUet fra andre tjenester og etater dersom dette vurderes som hensiktsmessig. Forslag om dette må komme fra FSUet til SSU som formelt godkjenner utvidelse av FSUets deltakere

#### **Drift og økonomi:**

- Sekretariatsfunksjonen ivaretas av utvalget selv
- Saker som ønskes belyst av FSU Rehabilitering skal fremmes skriftlig til FSUs leder
- Hver av partene dekker egne reise- og driftsutgifter

## Sak 24/24 Akuttmedisinsk samarbeid og Trygg akuttmedisin

Saksnr	Type sak	Utvalg	Møtedato
24-2024	Beslutningssak	Strategisk samarbeidsutvalg	16.09.2024

### Innstilling

1. Strategisk samarbeidsutvalg støtter FSU Akuttmedisinsk samarbeid sitt forslag til organisering av arbeidet med Trygg akuttmedisin på Helgeland
2. Strategisk samarbeidsutvalg oppfordrer kommunene til å legge til rette for at kommunalt ansatte fastleger får anledning til å delta i kursing i Trygg akuttmedisin.
3. Strategisk samarbeidsutvalg oppfordrer kommunene til å legge til rette for lik kompensasjon til selvstendig næringsdrivende leger som deltar i opplæring/kursing i Trygg akuttmedisin, og at normaltariffens takst 14 legges til grunn på lik linje med det som er vedtatt brukt som kompensasjon for deltakelse i faglige samarbeidsutvalg med tilhørende arbeidsgrupper i Helsefelleskapet.

### Saksopplysninger

Prosjektet er organisert med en styringsgruppe, prosjekteier, regional prosjektgruppe og lokale prosjektgrupper. Leder for lokal prosjektgruppe i hvert Helsefelleskap rapporterer til regional prosjektleder, og bruker lokalt FSU til råd og informasjon. Hver lokal prosjektgruppe er ansvarlig for utrulling i hvert av Helsefelleskapene.

Helgelandssykehuset innehar lokalt prosjektlederansvar ved Monica Storkjørren, men det er per i dag ikke etablert lokal prosjektgruppe.

Implementering av Trygg Akuttmedisin på Helgeland er forankret i OSO (overordnet samarbeidsorgan), som 15/6-22 opprett et KSU (klinisk samarbeidsutvalg) for å ivareta implementering av Trygg Akuttmedisin.

OSO er nå erstattet av Helsefelleskap Helgeland. KSU-et er oppløst og er erstattet av FSU Akuttmedisinsk samarbeid, som vedtatt i SSU 29/1-24.

FSU Akuttmedisinsk samarbeid behandlet i konstituerende møte sak 1/2024 Trygg Akuttmedisin, hvor lokal prosjektleder presenterte forslag til organisering av lokal prosjektgruppe.

#### Saksbehandling FSU Akuttmedisinsk samarbeid 21/5-24

Det kom innspill på organiseringen av lokale TA-team, først og fremst på at man bør benytte den instruktør/fasilitator-kompetansen og de strukturene som allerede eksisterer i kommunene.

Videre kom det innspill på at AMK bør ha representant i prosjektgruppa, og at AMK eventuelt kunne erstatte foreslått legeressurs fra sykehus.

I møtet ble det avtalt at nesteleder i FSU Akuttmedisinsk samarbeid skulle ta opp Trygg Akuttmedisin i neste kommuneoverlegeforum (KOF), med målsetning om å få på plass kommuneleger til lokal prosjektgruppe, samt lokale TA-team.

Samhandlingsavdelingen skulle rekruttere brukerrepresentant.

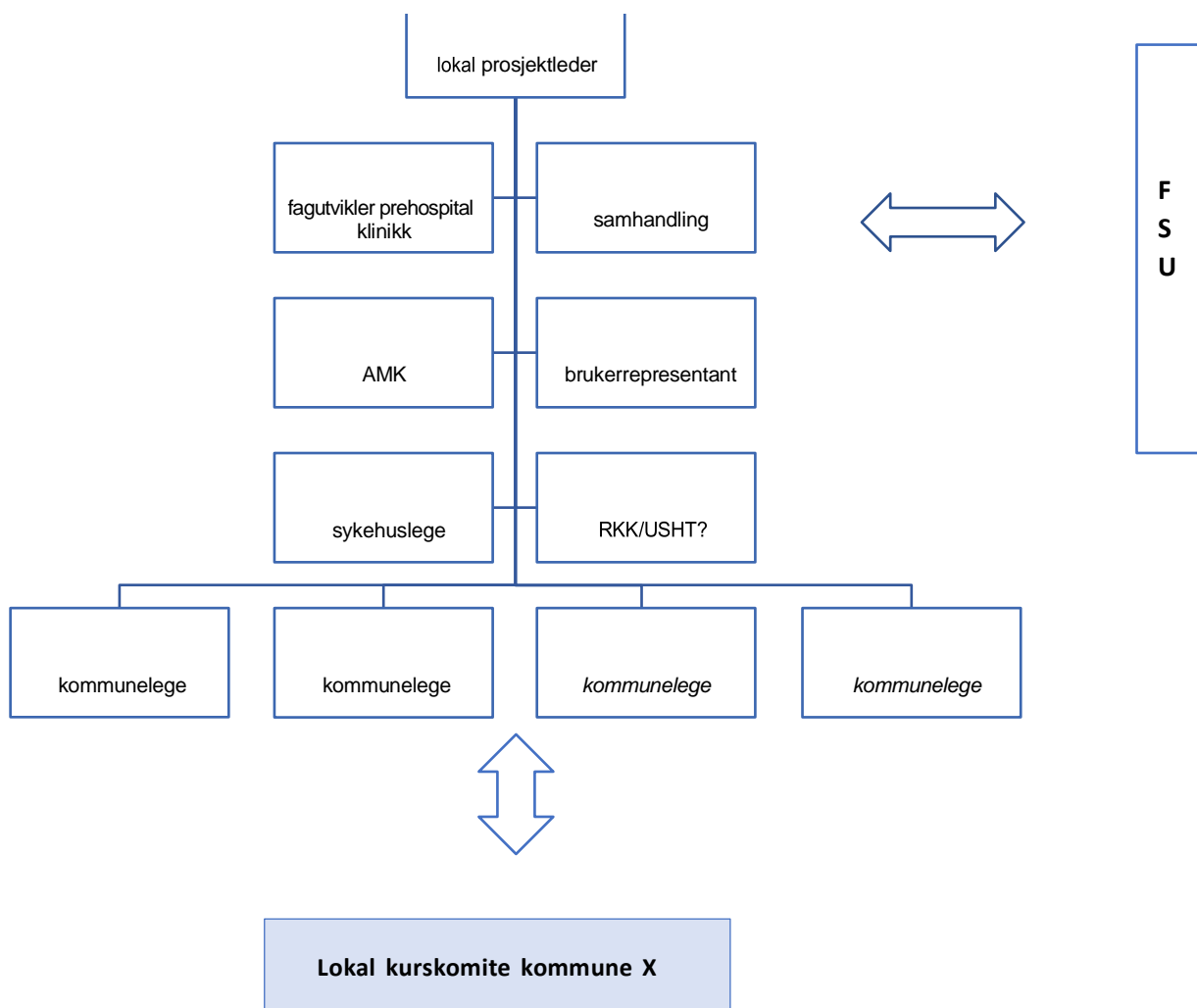
## Tilbakemelding fra KOF 31/5-24

Legene er positive til prosjektet, men lønn og praksiskompensasjon for leger som skål delta i prosjektgruppen må avklares. Tilsvarende må lønn og praksiskompensasjon for leger ved deltagelse på kurs avklares. Godkjenning som poenggivende aktivitet i etter- og videreutdanning vektlegges. Avslutningsvis anbefales å benytte eksisterende små grupper på de ulike lokaliteter.

I på vente av nødvendige avklaringer om lønn/praksiskompensasjon i kommunene, vil prosjektleder og prosjekt deltagere fra foretaket tilby kurs/samtrening til et par kommuner, for å komme i gang med Trygg Akuttmedisin på Helgeland.

Målet er å få alle kommunene til å delta.

Figur 3 Revidert forslag for organisering av lokal prosjektgruppe:



Prosjektleder vil i dialog med hver enkelt kommune opprette en lokal kurskomite som består av lokale ressurser fra den kommunale helsetjenesten og ambulansetjenesten, i tillegg til deler prosjektledelsen. Den lokale kurskomiteen skal planlegge og gjennomføre kurs i sin kommune,



alternativt interkommunalt dersom kommunene foretrekker det. Innholdet i kursdagen er standardisert, men det kan gjøres lokale tilpasninger som f.eks hvilken del av den kommunale helsetjenesten scenariet utspiller seg osv.

Anslått tidsbruk for lokal kurskomite er to-tre møter av 1,5 times varighet for planlegging. De som skal fasilitere ved scenariotrening på kursdagen må påregne et separat møte i tillegg til møtene i kurskomiteen. Selve kursdagen er 8 timer for deltagerne, noe lenger for kursarrangører pga forberedelse og opprydding.

## Vurdering:

Trygg akuttmedisin er et regionalt kvalitetsforbedringsprosjekt med mål om kvalitetssikre pasientbehandlingen og spare tid ved tre tidskritiske akuttmedisinske tilstander; sepsis, akutte brystmerter og hjerneslag. Disse felles rutinene skal alle sykehusene i Nord-Norge ta i bruk, og det er forankret i alle Helsefelleskapene i landsdelen noe som også forplikter kommunene. For Helgeland er det nå avgjørende for videre fremdrift i prosjektet at det forankres godt i kommunene og blant fastlegene. FSU Akuttmedisinsk samarbeid ber derfor om en tilslutning i SSU til prosjektplan og forslag om felles tilnærming i kommunene til deltakelse fra både kommunalt ansatte leger og selvstendig næringsdrivende leger.

## Sak 25/24 Orientering fra sekretariatet

- Tjenesteavtaler
- Orientering Dialog og partnerskapsmøte og valg 2025
- Orientering Arbeidsgruppe Avvik og avviksforbedring
- Orientering av FSU Utdanning, rekruttering og stabilisering
- Orientering FSU Digitale helsetjenester og E-Heseløsninger.
- Pakkeforløp hjem - Orientering om mandat og arbeidsgruppe
- DHH (Digital Hjemmeoppfølging Helgeland), status for prosjektet etter tildeling av rekruttering og samhandlingstilskudd 2024

## Sak 26/24 Eventuelt

Med vennlig hilsen

**Eline Monsen**

Interkommunal samhandlingsleder

Helsefelleskap Helgeland

Tlf: 977 12 791

E-post: [eline.monsen@helsefelleskap-helgeland.no](mailto:eline.monsen@helsefelleskap-helgeland.no)

**Knut Roar Johnsen**

Samhandlingssjef Helgelandssykehuset

Tlf: 916 62 226

E-post: [knut.roar.johnsen@helgelandssykehuset.no](mailto:knut.roar.johnsen@helgelandssykehuset.no)