

HANDLINGSPLAN FOR HABILITERING OG REHABILITERING 2004 – 2010

”Av og til kurere, ofte rehabilitere”

**Rapport fra
prosjektgruppe.
Mai 2004**



FORORD

Sykehusreformen gir nye og bedre muligheter for å styrke fagområder som er underprioritert. Rehabilitering/habilitering er et godt eksempel på tjenestetilbud som bør få et markert løft. Helse Nords posisjon til å gjøre helhetlige, regionale grep er i reformens perspektiv et nytt og helt nødvendig virkemiddel. Regionale grep omfatter både fornyet prioritering mellom og innen fagområder, samt en styrket gjennomføringsevne både faglig, finansielt og organisatorisk.

I 2004 presenterer Helse Nord tre store handlingsplaner: for psykiatri, geriatri og rehabilitering/habilitering. I tillegg vil vi kartlegge mulige tiltak for andre store kronikergrupper, hvorav diabetes allerede er gjennomgått. Således vil Helse Nord ved utgangen av 2004 kunne legge frem en samlet plan for å styrke tjenestetilbudet til kronikergruppene, eller såkalte "lavstatusfag". Det er tvilsomt om kostnadsveksten i spesialisthelsetjenesten kan fortsette som de siste årene, og derfor må en styrking av tilbudet til kronikergruppene høyst sannsynlig bety overføring av ressurser fra andre fagområder.

Den medisinske utvikling og forlenget levealder i befolkningen vil gi flere personer med funksjonshemninger etter skade og/eller sykdom. Behandlingsmessig er liggetiden blitt kortere og det er overgang til mer dagbehandling. Rehabiliteringstjenesten vil bli utfordret på å møte habiliterings- og rehabiliteringsbehov grunnet ny teknologi, endret sykdomsutvikling og endrede krav til spesialisthelsetjenesten.

I denne handlingsplanen gis en god beskrivelse av historikk, nåsituasjon, trender og aktuelle tiltak for å bedre omsorgen. Planen er både perspektivrik og detaljert. For lesere som ikke arbeider innen dette fagområdet til daglig, representerer rapporten en lettlest og grundig innføring i temaet. Særlig nyttig er kapittel 5 som beskriver 21 ulike målgrupper og deres behov. I den historiske oppsummeringen kan vi også merke oss tidligere gode handlingsplaner eller foreslått tiltak som ikke ble mer enn festtaler. Men denne gangen er det alvor, og den fremlagte handlingsplanen bør i størst mulig grad realiseres for å rette opp en veldokumentert underdekning av tjenester. Som leseren ser, er kostnadene ved de ulike tiltak ikke angitt her. Et grovt anslag er at driftsutgiftene for de samlede tiltak vil være ca. 20-30 millioner kroner årlig. I tillegg kan det komme investeringsbehov ved evt. ombygging eller nybygg. Helse Nord vil høsten 2004 på en standardisert måte kostnadsberegne alle aktuelle tiltak for kronikergruppene og gi en samlet fremstilling til Helse Nords styre.

Vi takker helsepersonell fra nord som har deltatt aktivt i arbeidet og gitt en rekke viktige innspill. En spesiell takk til prosjektleder, avdelingsoverlege dr.med. Audny Anke ved avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved UNN, og rådgiver Knut Tjeldnes i Helse Nord, som har drevet frem en stor og komplisert planprosess til et meget godt resultat.

Bodø, mai 2004

Einar Hannisdal
Fagdirektør

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	SAMMENDRAG	7
2	INNLEDNING OG BAKGRUNN	9
2.1	Bakgrunn - framveksten av habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten	9
2.2	Prosjektgruppe og mandat	10
2.3	Avgrensninger av mandatet	11
2.4	Regional delplan for habilitering og rehabilitering fra 2000	11
2.5	Regional plan for barnehabiliteringstjenesten	12
2.6	Hvorfor en ny plan for rehabilitering og habilitering?	12
2.7	Viktige faglige føringer for handlingsplanen.....	13
2.8	Parallele planprosesser	14
2.9	Definisjoner	14
2.10	Lovgrunnlag	15
3	AKTUELLE TRENDER OG UTVIKLINGSTREKK	16
3.1	Medisinsk utvikling og levekår	16
3.2	Rettigheter og valgfrihet.....	16
3.3	Brukermedvirkning og brukerstyring	16
3.4	Behandlingsmessige trender innen rehabilitering.....	17
3.5	Samarbeid mellom habilitering, rehabilitering og andre etater	17
3.6	Pasient- og pårørendeopplæring – lærings- og mestringssentre.....	17
4	HABILITERINGS- OG REHABILITERINGSTJENESTEN I HELSE NORD	19
4.1	Dagens organisering og ledelse	19
4.2	Generell beskrivelse av habiliterings- og rehabiliteringstilbudene	19
4.2.1	Beskrivelse av habiliterings- og rehabiliteringstilbudene.....	19
4.2.2	Faggrupper innen habilitering og rehabilitering	21
4.3	Organiseringen av tjenestetilbudet.....	22
4.3.1	Helse Finnmark HF	22
4.3.2	Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)	22
4.3.3	Hålogalandssykehuset HF	23
4.3.4	Nordlandssykehuset HF	23
4.3.5	Helgelandssykehuset HF	24
4.3.6	Opptreningscenteret i Finnmark	24
4.3.7	Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad	24
4.3.8	Skibotn Rehabiliteringssenter.....	25
4.3.9	Opptreningscenteret i Salangen	25
4.3.10	Nordtun HelseRehab	25
4.3.11	Valnesfjord Helsesportssenter	25
4.4	Aktivitet og kvalitetsmål for rehabilitering i Helse Nord.....	26
4.4.1	Aktivitet – antall avdelingsopphold, dagopphold og polikliniske vurderinger.....	26
4.4.2	Kapasitet og ventetider – bruk av rehabiliteringstilbud utenfor Helse Nord	27
4.4.3	Personellsituasjonen	28

4.5	Kvalitetsindikatorer og pasienttilfredshet	29
4.6	Utdanningstilbud i rehabilitering i Helse Nord.....	29
4.6.1	Utdanning av medisinere.....	29
4.6.2	Utdanning av legespesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering.....	29
4.6.3	Utdanning av øvrig helsepersonell	29
4.7	Forskning og utvikling.....	30
4.8	Regionsfunksjoner og andre tilbud som dekker flere helseforetak.....	30
4.9	Statlige og private instanser med habiliterings- og rehabiliteringstilbud.....	31
4.9.1	Det statlige spesialpedagogiske støttesystem	31
4.9.2	Arbeidsmarkeds- og trygdeetaten.....	32
4.10	Habilitering og rehabilitering i kommunene	32
5	<i>MÅLGRUPPER FOR HABILITERING OG REHABILITERING.....</i>	34
5.1	Pasienter med utviklingshemninger og multifunksjonshemninger	34
5.2	Pasienter med hjerneslag.....	35
5.3	Pasienter med kroniske smertetilstander i bevegelsesapparatet	35
5.4	Pasienter med ortopediske inngrep	36
5.5	Amputasjonspasienter	37
5.5.1	Underekstremitetsamputerte.....	37
5.5.2	Overekstremitetsamputerte.....	37
5.6	Pasienter med inflammatoriske (betennelsesaktige) revmatiske sykdommer	37
5.7	Voksne pasienter med hjerte-og karsykdommer	37
5.8	Pasienter med kroniske lungesykdommer	38
5.9	Eldre pasienter med akutt funksjonssvikt	38
5.10	Pasienter med hodeskade	39
5.11	Pasienter med multitraume.....	39
5.12	Pasienter med ryggmargsskader	40
5.13	Pasienter med multippel sklerose (MS)	40
5.14	Pasienter med muskelsykdommer	40
5.15	Pasienter med følgetilstander etter poliomyelitt	41
5.16	Pasienter med Parkinsons sykdom.....	41
5.17	Voksne pasienter med cerebral parese.....	42
5.18	Pasienter med ryggmargsbrokk	42
5.19	Pasienter med autisme.....	42
5.20	Pasienter med sansetap.....	42
5.20.1	Hørselshemming.....	42
5.20.2	Synshemming	43
5.20.3	Pasienter med kreft.....	43
5.20.4	Pasienter med diabetes (og overvekt).....	44
6	<i>HANDLINGSPLAN MED TILTAK.....</i>	45
6.1	Visjoner og mål for habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i Helse Nord	45
6.1.1	Visjon.....	45
6.1.2	Hovedmål fram mot 2010	45
6.1.3	Servicemål.....	45

6.2	Ledelse og koordinering	46
6.3	Anbefalt funksjons- og oppgavedeling - habilitering og rehabilitering i Helse Nord ..	47
6.4	Anbefalt organisering av rehabiliteringstilbud for voksne	49
6.5	Styrking av ambulante habiliterings- og rehabiliteringstjenester for voksne	50
6.6	Kapasitetsøkning av senger for rehabilitering i helseforetak	51
6.7	Organisering og styrking av habiliteringstilbud for barn.....	52
6.8	Behov for økt rekruttering	53
6.8.1	Rekruttering av legespesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering	53
6.8.2	Rekruttering av sentrale fagpersoner.....	53
6.9	Samisk befolkning og personer med annen kulturbakgrunn	54
6.10	Forskning, undervisning og utvikling	54
6.11	Regionale fagnettverk.....	55
6.12	Ressursbehov	56
6.12.1	Økte personellressurser	56
6.12.2	Bedret bygningsmessig standard	56
6.13	Nasjonal opptrappingsplan	57
6.14	Prioritering av tiltakene i handlingsplanen	57
6.14.1	Prioriterte tiltak i 2004 og 2005.....	58
6.14.2	Prioriterte tiltak 2006 – 2010.....	59
7	<i>VEDLEGG</i>.....	60

FORKORTELSER

Noen vanlige forkortelser i handlingsplanen:

AFMR: Avdeling for Fysikalsk Medisin og Rehabilitering

ART: Ambulante rehabiliteringsteam

HELTEF: Stiftelse for Helsetjenesteforskning

HF: Helseforetak

LMS: Lærings- og mestringssenter

MBR: Mellomveien Bo- og Rehabiliteringssenter (UNN)

MS: Multipel Sklerose

NLSH: Nordlandssykehuset (tidligere Nordland Sentralsykehus - NSS)

OiF: Opptreningscenteret i Finnmark (Alta)

OiS: Opptreningscenteret i Salangen

(re)habilitering: Rehabilitering og habilitering

RNNK: Rehabiliteringssentret Nord-Norges Kurbad

RHF: Regionalt helseforetak

RTV: Rikstrygdeverket

SKUR: Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (Høgskolen i Bodø)

TRS: Trenings- og Rådgivningssentret Sunnaas

UiTø: Universitetet i Tromsø

UNN: Universitetssykehuset Nord-Norge (tidligere Regionsykehuset i Tromsø- RiTø)

VHSS: Valnesfjord Helsesportssenter

Se også kap. 2.9. – definisjoner.

1 SAMMENDRAG

Fysikalsk medisin og rehabilitering er en ung medisinsk spesialitet og den siste som ble etablert i Helse Nord. Denne handlingsplanen setter søkelys på et underprioritert fagområde.

Det er underkapasitet på tverrfaglige rehabiliteringsenheter og ambulante team i regionen. Mange må fortsatt sendes ut av regionen for rehabilitering, eller velger dette selv. Tidligere vedtatte planer om kapasitetsøkning er ikke realisert.

Av Helse Nord's brutto budsjett i 2003 utgjorde rehabiliterings- og habiliteringstilbudene, inkludert opptreningsinstitusjonene og Valnesfjord Helsesportssenter, totalt 3,4 %.

Kapittel 2 begrunner behovet for en handlingsplan for habilitering og rehabilitering i Helse Nord. Det gis en beskrivelse av faglige føringer, statlige politiske føringer og tidligere planarbeid.

Kapittel 3 viser noen aktuelle trender og utviklingstrekk for fagområdet. Nye behandlingsmuligheter gjør at flere personer overlever etter akutt skade og sykdom, og flere lever lengre med en funksjonshemming. Brukermedvirkning står sentralt, og det er økt fokus på betydningen av å få til sammenhengende behandlingsskjeder fra akutt skade/sykdom via rehabilitering og til bosted i kommunen. Pasient- og pårørendeopplæring er mer vektlagt, og framveksten av lærings- og mestringssentre omtales.

Kapittel 4 beskriver habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i Helse Nord. Det gis en oversikt over avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering, slagenheter, geriatriske rehabiliteringstilbud, tverrfaglige poliklinikker, ambulante habiliterings- og rehabiliteringstjenester, lærings- og mestringssentre, opptreningsinstitusjoner og Valnesfjord Helsesportssenter. Aktivitetsnivået presenteres. En stor del av pasientene på lokalsykehusavdelinger i fysikalsk medisin og rehabilitering er over 70 år. Det aktualiserer behovet for nærmere samarbeid med geriatrien.

Kapittelet gir også en oversikt over utdanningstilbud. En konklusjon er at det er viktig å gi medisinske studenter bedre undervisning i fagområdet, samt å utdanne legespesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering. Videre er det et stort behov for å styrke forsknings- og utviklingsarbeid. Spesialisthelsetjenestens rolle i forhold til habilitering og rehabilitering i kommunen omtales.

Kapittel 5 omtaler målgrupper. 21 brukergrupper beskrives i forhold til forekomst, eksisterende rehabiliteringstilbud i regionen og prosjektgruppas forslag til nye tiltak eller funksjonsfordeling.

Kapittel 6 inneholder handlingsplanen med forslag til tiltak. Det presenteres servicemål for tjenesten. Prosjektgruppa beskriver en anbefalt funksjons- og oppgavedeling for habilitering og rehabilitering i Helse Nord som inkluderer både helseforetak, opptreningsinstitusjoner og Valnesfjord Helsesportssenter. Til grunn for funksjonsfordelingen ligger en beskrivelse av basistilbud i rehabilitering.

Det viktigste tiltak er å konsolidere og videreutvikle en avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering i hvert helseforetak. Arbeidet med å øke sengekapasiteten ved

Nordlandssykehuset bør særlig intensiveres. På lokalsykehusavdelinger med basistilbud, bør virksomheten samorganiseres med geriatri. Flere legestillinger og rekrutteringstiltak for leger er meget høyt prioritert. For å kunne utvikle utdanning og forskning må Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) styrkes, og det må sikres fortsatte stimuleringsmidler for forskning. Kliniske kvalitetsregistre og undervisningsstillinger ved Universitetet i Tromsø må prioriteres.

Videre foreslås fagutviklings-/koordinatorstillinger ved UNN og Nordlandssykehuset, opprettelse av lovpålagte koordinerende enheter for rehabilitering og rehabilitering ved alle helseforetak, og en regional koordinerende enhet ved UNN. Lærings- og mestringssentre bør sikres ved alle helseforetak. For å ivareta en sammenhengende behandlingsskjede fra akutt skade til rehabiliteringsavdeling, med rehabiliteringstiltak i intensivfasen, anbefales det å etablere en intermediær-enhet ved UNN.

For å inkludere opptreningsinstitusjoner i behandlingsskjeden i rehabilitering og sikre samarbeidet innen spesialisthelsetjenesten, anbefales et samarbeid mellom Helse Nord og de 5 opptreningsinstitusjoner om å utarbeide rapporter som tar stilling til funksjonsdeling og faglig utvikling etter mønster av samarbeidsrapport med Valnesfjord Helseportssenter.

Habiliteringstjenesten for voksne er ulikt organisert og har ulike funksjoner. Etter råd fra fagnettverket for voksenhabilitering i regionen anbefaler prosjektgruppa en egen plan for habiliteringstjenesten for voksne i Helse Nord. Ambulante habiliterings- og rehabiliteringstjenester for voksne og barn må styrkes.

2 INNLEDNING OG BAKGRUNN

I Helse Nords styringsdokument til helseforetakene for 2003 ble det signalisert en satsing på habilitering og rehabilitering:

Regional delplan for habilitering og rehabilitering godkjent i 2001, vil bli gjennomgått i samarbeid med helseforetakene. Dette er et godt grunnlag for en samlet vurdering av habiliterings- og rehabiliteringstjenesten.

Rekrutteringssituasjonen er en alvorlig hindring for en videre utvikling av habiliterings- og rehabiliteringstjenesten. Det trengs flere akademiske stillinger ved Universitetet i Tromsø innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Tiltak for rekruttering og finansiering av flere leger til spesialisering i helseforetakene må vurderes. Problemstillingene vil bli tatt opp med et samlet fagmiljø i landsdelen i løpet av 2003.

Helsedepartementets styringsdokument for 2004, samt Helse Nords styringsdokument til helseforetakene, har forsterket signalene om styrking av habiliterings- og rehabiliteringstjenesten.

Helse Nord har fulgt opp disse signalene med å utarbeide en regional handlingsplan for habilitering og rehabilitering. Det foregår samtidig lignende planarbeid i andre helseregioner som tar sikte på å styrke habiliterings- og rehabiliteringstjenesten og innsatsen for pasienter med kroniske lidelser.

2.1 Bakgrunn - framveksten av habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Habilitering og rehabilitering har etter helsereformen fått økt oppmerksomhet i samtlige helseregioner, og er i Helsedepartementets styringsdokument for 2004 definert som særskilt prioritert område. Historisk er dette relativt nye tjenestetilbud i spesialisthelsetjenesten. Et kort tilbakeblikk:

Etter "HVPU-reformen" (Midlertidig lov om avvikling av Helsevernet for psykisk utviklingshemmede) og avviklingen av institusjonene for psykisk utviklingshemmede rundt 1990, ble det bygd opp ambulante habiliteringsteam i fylkeshelsetjenesten. Samtidig ble det bygd opp lokale tilbud rundt hver enkelt bruker i kommunal regi.

Fra 1994 til 1998 ble det gitt statlige stimuleringsmidler til å utvikle rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Disse årene kom det på plass rehabiliteringsteam, avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering og slagenheter, delvis som resultat av midlene fra Helsedepartementet.

Det er i de senere år kommet flere tjenestetilbud inn i spesialisthelsetjenesten som har fokus på kronikergrupper og funksjonshemmede. Ved Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge er det etablert smerteklinikker, og tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikker er for tiden under etablering. Rehabiliteringsinstitusjonene Mellomveien Bo- og rehabiliteringssenter i Tromsø, Lødingen Rehabiliteringssenter og Helgeland Rehabilitering er overtatt av spesialisthelsetjenesten, og det går også i retning av et mer forpliktende samarbeid mellom opptreningsinstitusjonene, Valnesfjord Helsesportssenter og Helse Nord/helseforetakene.

Framveksten av lærings- og mestringssentre i helseforetakene de senere årene må også ses i sammenheng med at rehabilitering og mestringsstrategier har kommet mer i fokus. Disse sentrene er pådriver og koordinator for pasient- og pårørendeopplæring. Aktiviteten er sterkt økende.

2.2 Prosjektgruppe og mandat

Planarbeidet har vært organisert som prosjekt, med fagråd for habilitering og rehabilitering som prosjektgruppe og fagrådets leder som prosjektleder for planarbeidet. Det ble på fagrådsmøtet 29.04.03 besluttet å utvide prosjektgruppa med en representant fra de private opptreningsinstitusjonene i landsdelen, og med en representant fra Regionalt Brukerutvalg.

Mandatet framgår av brev 11.04.03 fra fagdirektør Helse Nord RHF (vedlegg 1). Kort oppsummert har det vært å beskrive nåsituasjonen for habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i Nord-Norge, skissere aktuelle trender og utfordringer i utvikling av fagområdet og foreslå tiltak fram mot 2010. Prosjektgruppa skal også samhandle med de andre samtidige handlingsplanprosjektene innen psykiatri, geriatri og annet utviklingsarbeid innen Helse Nord.

Prosjektgruppa har bestått av:

- Avdelingsoverlege dr.med. Audny Anke, Avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering, Universitetssykehuset Nord Norge HF (leder)
- Avdelingsoverlege Einar Einarsen, Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Helgelandssykehuset HF
- Avdelingssjef Bodil Svendsgård, Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Nordlandssykehuset HF
- Leder Habiliteringsteamet for voksne Tone Johnsen, Nordlandssykehuset HF
- Oversykepleier Stein P. Antonsen, Geriatrik avdeling, Universitetssykehuset HF
- Avdelingsleder Ole-Reidar Myrland, Habiliteringsenheten for barn, Universitetssykehuset HF
- Seksjonsoverlege Guri Heiberg, Seksjon for habilitering og rehabilitering, Hålogalandssykehuset HF
- Kst. avdelingsoverlege Odd Almendingen, Valnesfjord Helseportssenter
- Avdelingsleder Berit Malmo, Ambulant rehabiliteringsteam, Helse Finnmark HF
- Leder Regionalt Brukerutvalg Øystein Antonsen
- Direktør Raymond Knutsen, Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad
- Rådgiver Knut Tjeldnes, Helse Nord RHF (sekretær).

Prosjektgruppas medlem Berit Malmo har vært frikjøpt for ekstra bistand til koordinering og skriving. Gruppa har hatt 8 møter. Ekstern deltakelse og innspill i møtene:

- Erik Bautz-Holter, professor dr. med., overlege Ullevål Sykehus/Universitetet i Oslo
- Svend Rand-Henriksen, seniorrådgiver, overlege TRS/Sunnaas sykehus
- Stig Fredriksson, rådgiver SKUR – Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering ved Høgskolen i Bodø.
- Vigdis Jacobsen, leder nasjonalt fagnettverk for barnehabiliteringstjenesten
- Gunn Strand Hutchinson, nestleder Norsk forbund for Utviklingshemmede
- Adri Vermeer, overlege Områdegeriatrik Tjeneste for Midt-Troms og medlem av prosjektgruppa for handlingsplan geriatri

Prosjektgruppa møtte Regionalt Brukerutvalg og representanter fra brukerutvalgene i helseforetakene 05.11.2003 til et orienterings- og innspillmøte.

Helse Nord vil i løpet av de nærmeste 3 årene overta Helsedepartementets finansierings- og bestilleransvar for Valnesfjord Helseportssenter og de 5 opptreningsinstitusjonene i regionen. Disse institusjonene er derfor også trukket aktivt inn i planarbeidet.

2.3 Avgrensninger av mandatet

Problemstillinger som berører statlige ansvarsområder er i liten grad berørt. Nasjonale spørsmål i forhold til finansiering er i liten grad omtalt.

Geriatrisk rehabilitering er omtalt, da dette er en virksomhet ved flere av avdelingene på lokalsykehusnivå som driver rehabilitering. Videre er det mange overlappende funksjoner og samarbeidsområder.

Habilitering og rehabilitering i primærhelsetjenesten omtales med hovedvekt på aspekter som samarbeid, oppfølging, individuell plan og veiledning av kommunene.

Sansetap som syns- og hørselshemming vil omtales i utfordringsdelen, men kompetansen til arbeidsgruppa er for mangelfull i forhold til en detaljert tiltaksplan.

Prosjektgruppa står samlet bak planens tilrådninger.

2.4 Regional delplan for habilitering og rehabilitering fra 2000

I regi av det regionale helse- og sosialplanutvalget ble det i 2000 utarbeidet en regional plan for habilitering og rehabilitering. Oppfølgingen av denne planen kom samtidig med omorganiseringen til helseforetak, og i helsereformens første år var det vanskelig å samle trådene fra rehabiliteringsplanen til en forpliktende oppfølging. Det var gjort et grundig og godt arbeid med denne planen, og den er fortsatt aktuell og en god bakgrunn for arbeidet med denne handlingsplanen.

Hovedmål i den regionale habiliterings- og rehabiliteringsplanen var følgende (noe omskrevet):

- alle pasientgrupper skal sikres tilbud om habilitering og rehabilitering
- den akademiske forankringen til utdanningsinstitusjonene skal styrkes
- organiseringen av habiliterings- og rehabiliteringstjenesten skal vurderes med sikte på bedre samordning, ressursutnytting og brukermedvirkning
- det skal utvikles bedre dokumentasjonsverktøy for tjenesten

Funksjonsdeling som ble foreslått i den regionale delplanen fra 2000 var:

Generelt skal lokalsykehus ha tilbud til de vanligste følgetilstander etter sykdom. De mer sjeldne/kompliserte tilstander skal sentraliseres til Ritø/NSS eller bare Ritø.

RiTø (UNN) skal ha primærrehabilitering ved alvorlig multitraume, alvorlig traumatisk hjerneskade og subaraknoidalblødning, vurderingsopphold for personer med følgetilstander/senskader etter polio, kurstilbud og rehabilitering av personer med multipel sklerose og vurderingsopphold for personer med cerebral parese. RiTø ble anbefalt å etablere en flerregional funksjon for rehabilitering av voksne muskelsyke. Det ble videre foreslått at

helseregionen bør bygge opp kompetanse på kroniske smertetilstander i muskel-skjelettsystemet.

Andre anbefalinger i planen fra 2000:

- tverrfaglige ryggpoliklinikker må etableres ved RiTø og NSS
- sengebasert virksomhet trappes opp ved Helse Finnmark Kirkenes, RiTø og NSS, og med dagtilbud, tverrfaglig poliklinikk og ambulante funksjoner i tilknytning til dette
- dimensjonering av sengekapasitet på lokalsykehusnivå skal være 1 seng pr. 5000 innbyggere i nedslagsfeltet
- arbeidsdeling må foretas mellom lokalsykehusene og rehabiliteringsinstitusjonene i Nordland
- lærings- og mestringstilbud etableres i alle sykehus

Prioriterte plantiltak 2001-2004 som er gjennomførte, er:

- etablering av Regionalt Fagråd for habilitering og rehabilitering
- etablering av ryggpoliklinikk ved UNN og NLSH
- etablering av lærings- og mestringssentre

De fleste av de resterende 15 prioriterte plantiltak er fortsatt aktuelle, og vil bli omhandlet også i denne planen.

I godkjenningen av regional delplan fra 2001 uttalte Helsedepartementet at:

”Det forutsettes at Helseregion Nord prioriterer oppbygging av kompetanse innen dette fagfeltet, bl.a. gjennom tildeling av legespesialister”¹.

De nordnorske spesialistene i fysikalsk medisin og rehabilitering har ved flere anledninger påpekt behovet for å rekruttere og utdanne flere spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering. Generalplanen for faget anbefaler 1 lege pr. 25 000 innbyggere. Legemangelen er et nøkkelpromblem for videre utvikling av tjenesten. Vi viser til videre oppfølging av denne problemstillingen senere i planen.

2.5 Regional plan for barnehabiliteringstjenesten

I samarbeid med helseforetakene er det utarbeidet en plan for barnehabilitering². Planen foreslår blant annet styrking av ambulante tjenester i regionen, et bedre behandlingstilbud innen intensiv trening/habilitering for barn med hjernesker, og å styrke samarbeidet med Valnesfjord Helseportssenter slik at flere funksjonshemmede barn får benytte tilbudene der. I etterkant av denne planen er det etablert et regionalt lederforum for barnehabiliteringstjenesten i regionen.

2.6 Hvorfor en ny plan for rehabilitering og habilitering?

- Det er for liten kapasitet i tilbudene til pasienter med rehabiliteringsbehov
- Tidligere rehabiliteringsplaner er ikke realisert
- Det er mangelfull oppfølging av pasienter etter utskriving
- Det er mangel på sammenhengende tiltakskjeder og nettverk

¹ Brev 12.03.01 til Helseregion Nord/de nordnorske fylkeskommunene: Vedtak av regional helseplan for helseregion Nord

² Habiliteringstjenesten for barn i Helse Nord – prioriterte innsatsområder. Helse Nord RHF, mai 2003

- Opptreningsinstitusjonene og Valnesfjord Helseportssenter er ikke samordnet med tilbudene i helseforetak og kommuner

2.7 Viktige faglige føringer for handlingsplanen

Prosjektgruppa har lagt til grunn følgende hovedprinsipper:

1. Rehabiliteringsprosessen starter og følges fra der brukeren melder sitt behov.
2. Det skal sikres god kommunikasjon og samhandling i rehabiliteringsprosessen.
3. Habilitering og rehabilitering skal ytes på laveste effektive behandlingsnivå.
4. Behandlingen av brukere med problemstillinger som forekommer hyppig og/eller har middels til lav kompleksitet skal ikke sentraliseres.
5. Behandlingen av brukere med problemstillinger som er lavfrekvente og/eller har relativt høy kompleksitet skal sentraliseres til ett, eventuelt to av foretakene.
6. Man vil søke å unngå ”grå-sone-pasienter”.
7. Eksisterende rehabiliteringsressurser i regionen skal utnyttes effektivt.

I likhet med forrige plan vil dimensjonering, organisering og funksjonsfordeling være viktige tema.

I regional delplan for habilitering/rehabilitering 2000 beskrev arbeidsgruppa en vellykket lokalsykehusmodell for rehabilitering, etter mønster fra Harstad sykehus. Hovedtrekkene ved modellen var:

- en egen enhet for rehabilitering, med ansatt tverrfaglig personell og lege
- dimensjonering ca. 1 seng pr.5000 innbyggere
- samorganisering med habiliteringsteam og ambulant rehabilitering for voksne
- separat slagenhet på medisinsk avdeling
- ingen aldersgrense, aldersgjennomsnitt ca.70 år
- målgrupper er alle pasienter som trenger rehabilitering på lokalsykehusnivå, særlig slagpasienter, underekstremitetsamputerte, ortopediske pasienter med tilleggsproblematikk, og pasienter som overføres til rehabilitering fra et høyere behandlingsnivå

Dimensjoneringen er knyttet til hvilke målgrupper som skal få et tilbud. Dersom en ønsker å gi tilbud på lokalsykehusnivå til andre målgrupper enn de som er prioritert i ”Harstad-modellen”, for eks. hjerte/lungerehabilitering, må kapasiteten øke.

I tillegg kommer behandlingsplasser for helseforetaksovergrepene funksjoner, regionfunksjoner, flerregionale og nasjonale funksjoner.

Modellen forutsatte kapasitet for rehabilitering/opptrening også i regionens opptreningsinstitusjoner og Valnesfjord Helseportssenter, med de målgrupper disse institusjonene har.

Det er ingen indikasjon på at det er for høy kapasitet i det samlede tilbudet i regi av opptreningsinstitusjoner og Valnesfjord Helseportssenter. Arbeidsgruppas utgangspunkt er at regionens befolkning har bruk for de rehabiliteringstilbud som er bygd opp, men at disse sannsynligvis kan utnyttes på en kvalitativt bedre måte.

Økningen av kapasitet som ble foreslått i regional delplan habilitering/rehabilitering 2000 er langt fra nådd.

Rehabilitering krever spesielle rammer: Rehabiliteringsvirksomhet må skjermes fra akuttmedisinsk virksomhet, og en må få aksept for at rehabilitering inneholder elementer som lengre liggetid, tverrfaglig arbeid og ambulante funksjoner.

I fokus for denne handlingsplanen er helseforetakenes avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering, de ambulante rehabiliteringsteamene, habiliteringstjenestene for barn og voksne, og de private og offentlig eide rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene.

2.8 Parallelle planprosesser

I forbindelse med statsbudsjettet for 2003 ble det vedtatt at de regionale helseforetakene i løpet av en 4-årsperiode skal overta finansierings- og bestilleransvaret for opptreningsinstitusjonene, helsesportssentrene og enkelte andre helseinstitusjoner. Som en oppfølging av Stortingets vedtak er det under utarbeidelse samarbeidsavtale mellom opptreningsinstitusjonene og Valnesfjord Helsesportssenter (VHSS) og Helse Nord. Avtalene som er inngått går ikke detaljert inn på det faglige samarbeidet, blant annet fordi denne handlingsplanen vil legge viktige føringer for denne delen av samarbeidet.

Det er allerede etablert et faglig samarbeid mellom VHSS og helseforetakene. En arbeidsgruppe nedsatt av Helse Nord utarbeidet i 2002 en rapport om samarbeid og funksjonsdeling³. For opptreningsinstitusjonene har det foreløpig ikke vært en tilsvarende samarbeidsprosess.

2.9 Definisjoner

I Stortingsmeldingen om habilitering og rehabilitering⁴ blir habilitering/rehabilitering definert som

”tidsavgrensa, planlagte prosessar med klare mål og virkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best moglege funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet”.

Denne definisjonen er lagt til grunn for prosjektgruppas arbeid.

Begrepet *habilitering* er, slik det brukes i tjenesteapparatet, knyttet til tiltak for personer med medfødte eller tidlig ervervede funksjonshemninger. Det skilles mellom barnehabiliteringstjenesten (vanligvis 0 – 18 år) og voksenhabiliteringstjenesten. Begrepet *rehabilitering* er knyttet til funksjonshemninger som er ervervet i voksen alder.

Definisjonen av fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering:

Fysikalsk medisin og rehabilitering er en medisinsk spesialitet som omfatter diagnostikk, behandling og rehabilitering hos personer med lidelser i bevegelsesapparatet og andre som har eller står i fare for å få langvarig funksjonshemming (jf. vedlegg 4).

³ Valnesfjord Helsesportssenter og Helse Nord – samarbeid og funksjonsdeling. Rapport Helse Nord 18.11.02

⁴ Stortingsmelding nr. 21 1998-89 Ansvar og Meistring – mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk

2.10 Lovgrunnlag

Habilitering og rehabilitering inngår blant de oppgavene spesialisthelsetjenesten er pålagt etter spesialisthelsetjenesteloven. *Opplæring av pasienter og pårørende* ble lovfestet som en fjerde hovedoppgave for sykehusene i Lov om spesialisthelsetjenesten av 2.juli 1999 § 3.8., i tillegg til behandling, utdanning av helsepersonell og forskning. Bestemmelsen er tatt inn for å styrke spesialisthelsetjenestens opplæring av pasienter og pårørende - særlig med tanke på kronisk syke og personer med behov for opptrening og rehabilitering, men selvsagt også generelt for hele spesialisthelsetjenestens virksomhet.

I kjølvannet av st.m. nr. 21 1998/99 "Ansvar og meistring" er det utarbeidet to sentrale forskrifter: Forskrift om habilitering og rehabilitering og Forskrift om individuell plan. Disse gir pasienter tydeligere rettigheter til rehabilitering, og skjerper kravene til spesialisthelsetjenestens habiliterings- og rehabiliteringstjeneste.

I § 17 i *Forskrift om habilitering og rehabilitering* slås det fast at "habiliterings- og rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon". Denne forskriften stiller store krav til spesialisthelsetjenestens ambulante virksomhet og til et nært samarbeid med kommunene. Videre, i samme forskrift under § 13 "Organisering" er det slått fast at det skal være en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Videre er det "ønskelig at en gjennom den koordinerende enheten kan se habilitering av barn, habilitering av voksne og rehabilitering av voksne i en sammenheng".

Retten til individuell plan er lovfestet i pasientrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om lov om psykisk helsevern, videre også i kommunehelsetjenesteloven og lov om sosiale tjenester. Pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan. Spesialisthelsetjenesten plikter å bidra og om nødvendig ta initiativ til å utarbeide en slik plan.

Habiliteringstjenesten er pålagt å bistå kommunene med rådgivning i saker etter *sosialtjenestelovens kap. 4A*, i forbindelse med utarbeiding av alternativer til bruk av tvang overfor enkelte psykisk utviklingshemmede. Dette er omfattende saker som ofte pågår over lang tid og er ressurskrevende.

3 AKTUELLE TRENDER OG UTVIKLINGSTREKK

3.1 Medisinsk utvikling og levekår

Den medisinske utvikling og forlenget levealder i befolkningen vil gi forholdsmessig flere personer med funksjonshemninger etter skade og/eller sykdom. Behandlingsmessig er liggetiden blitt kortere og det er overgang til mer dagbehandling. Rehabiliteringstjenesten vil bli utfordret på å møte habiliterings- og rehabiliteringsbehov grunnet ny teknologi, endret sykdomsutvikling og endrede krav til spesialisthelsetjenesten.

En fjerdedel av befolkningen har en eller annen form for kronisk sykdom. 40 % av langtidssykemeldte og uføretrygdete har muskel- og skjelettproblematikk som hovedårsak til at de ikke deltar i yrkeslivet.

3.2 Rettigheter og valgfrihet

Økende kunnskap i befolkningen om behandlingsmessige muligheter gir økende krav til spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder også innen habilitering og rehabilitering. For at pasienter skal velge rehabiliteringstilbud i Helse Nord, må kvaliteten være minst like god som ved institusjoner i andre helseregioner. Tjenesten må omstille seg til større vekt på markedsføring av tjenestetilbudene, dokumentasjon av behandlingsresultater, pasientrettet informasjon og service. Dette innebærer også at en må ta hensyn til økte krav med hensyn til bygningsmessig kvalitet, med tilpassede lokaler og ernerom.

Det er klare politiske føringer på at unge funksjonshemmede ikke skal bo på sykehjem, men ha bistand fra kommunene og spesialisthelsetjenesten til å kunne fungere i egen bolig.

3.3 Brukermedvirkning og brukerstyring

Habilitering og rehabilitering som virksomhet skal bygge på at fagfolk bistår i brukerens egen prosess. Denne yrkesrollen er krevende, utfordrende og spennende. Å tilrettelegge for medbestemmelse og styring for brukere med kognitiv svikt og utviklingshemning er spesielt utfordrende.

Lovfesting av rett til individuell plan har forsterket utviklingen mot brukermedvirkning og brukerstyring i habiliterings- og rehabiliteringstjenesten.

Brukermedvirkning i planlegging, utviklingsarbeid og faste samarbeidsorganer er blitt stadig mer vanlig. For eksempel har sykehusene i Nordland i flere år hatt et formalisert samarbeid mellom egen habiliterings- og rehabiliteringstjenesten, kommunale rehabiliteringskontakter og brukerorganisasjonene - *rehabiliteringsrådene*⁵. Disse rådene var en integrert del av rehabiliteringstjenesten, opprettet i henhold til rehabiliteringsplan vedtatt av Fylkestinget. Ved UNN har avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering et eget *brukerråd*.

⁵ Se egen omtale av rehabiliteringsrådene i vedlegg til rapporten

3.4 Behandlingsmessige trender innen rehabilitering

Det er større krav til kvalitetssikring, dokumentasjon og til at den behandlingen som gis har dokumentert effekt (evidence-based treatment).

Forskning har vist at nervesystemet endrer seg som et resultat av stimuli, eller mangel på slike stimuli. En forutsetning for læring i alle aldre synes å være at friske strukturer erstatter funksjonen til ødelagte strukturer og at inaktiverede områder reaktiveres. Dette har ført til nye trender innen rehabilitering med økte krav om intensiv behandling, bl.a. for trening av barn og opptrening av muskelfunksjon hos voksne.

Både nasjonalt og internasjonalt er det økt fokus på betydningen av *sammenhengende behandlingskjeder*, hvor behandling og rehabilitering ivaretas fra akutt skade/sykdom via en subakutt fase til den spesialiserte rehabiliteringsavdelingen og videre til deltakelse i samfunnet.

Slagenheter er eksempler på tidlig rehabilitering med dokumentert behandlingseffekt. Også når det gjelder traumepasienter er det økt fokus for å få til sammenhengende behandlingskjeder. For personer med ryggmargsskade har *spinalenheten* eksistert i flere år, mens en nå ser behov for rehabiliteringstiltak i intensivfasen også for pasienter med multitraume og hodeskader. Det legges i økende grad vekt på å starte rehabilitering i akuttfasen og sørge for rask overføring til spesialisert rehabiliteringsenhet.

På nasjonalt nivå har en sett behov for å samle erfaring og kompetanse for ”smågrupper” med sjeldne funksjonshemninger. Samtidig har en sett viktigheten av å ivareta *livsløpsperspektivet* for personer med funksjonshemninger, og flere nasjonale *kompetansesentra* for sjeldne diagnosegrupper favner alle aldersgrupper, for eksempel Trenings- og Rådgivningssenteret ved Sunnaas (TRS).

3.5 Samarbeid mellom habilitering, rehabilitering og andre etater

I rehabiliteringstjenesten er også bedre samordning og koordinering med kommunene, yrkesrettede tiltak (arbeidsmarkedsetat og trygdeetat) og det statlige pedagogiske støttesystemet et gjennomgående tema i alle deler av tjenesten. Det legges stadig større vekt på å finne fram til gode modeller for fag- og tjenestenettverk, ambulante team, koordinerende enheter og veiledningstjeneste på 2. linje-nivå.

Utviklingen av *telemedisin* gir mulighet for ny organisering av behandlingstilbud. Denne utviklingen må antas å få stadig større betydning, særlig i vår landsdel.

3.6 Pasient- og pårørendeopplæring – lærings- og mestringsentre

Innen habiliterings- og rehabiliteringstjenesten har det de senere år vært stadig mer vektlegging av pasient- og pårørendeopplæring.

Flere undersøkelser, blant annet på hjerte- og lungepasienter, dokumenterer helsemessig effekt av god pasientoppfølging⁶.

⁶ Aldana SG, Whitmer WR, Greenlaw R et al: Cardiovascular risk reductions associated with aggressive lifestyle modification and cardiac rehabilitation. Heart Lung 2003; 90, 1-14

Gjennom lærings- og mestringssentrene som nå er etablert ved flere sykehus i landsdelen er samarbeidet mellom brukerorganisasjonene og spesialisthelsetjenesten på dette området satt i system. Det er en økende erkjennelse i spesialisthelsetjenesten av at kvaliteten på pasient- og pårørendeopplæringen blir langt bedre gjennom samarbeid og dialog med brukerorganisasjonene.

Pasientorganisasjonene driver også et utstrakt arbeid med opplæring og skoling. Dette skjer gjennom seminarer og kurs både lokalt, regionalt og sentralt, holder ofte et høyt faglig nivå og utgjør et verdifullt supplement til det tilbud spesialisthelsetjenesten gir.

4 HABILITERINGS- OG REHABILITERINGSTJENESTEN I HELSE NORD

4.1 Dagens organisering og ledelse

I Helse Nord er avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering organisert som egne kliniske avdelinger, med egen ledelse innen hvert helseforetak. I noen helseforetak er hhv. habilitering og rehabilitering for voksne, og habiliteringsteam for barn og voksne, samorganisert. Det er ikke etablert egne organisasjons- eller ledelseslinjer mellom helseforetakene i dette fagområdet. Det er flere velfungerende fagnettverk som omfatter hele regionen.

4.2 Generell beskrivelse av habiliterings- og rehabiliteringstilbudene

Habiliterings- og rehabiliteringstilbudene er i dag organisert på ulike måter i regionen. I foretakene betegner ”seksjon” og ”avdeling” ulike nivåer. Tilbudene gis enten i egen virksomhet, i egne enheter, eller foregår i spesialavdelinger for de enkelte sykdomsgrupper, f.eks. ortopediske-, nevrologiske- og revmatologiske avdelinger.

4.2.1 Beskrivelse av habiliterings- og rehabiliteringstilbudene

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering

Spesialavdelinger for rehabilitering gir tilbud om forebygging, diagnostisering, utredning, vurdering, behandling og igangsetting av tverrfaglige rehabiliteringstiltak. Fysiske forhold må begunstige rehabilitering, og nærhet til andre fagområder er en forutsetning for en kvalitativt best mulig tjeneste. Det innebærer at lokalisering i flukt med sykehusets bygningsmasse er gunstig. Det er en avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering eller en rehabiliteringsavdeling i alle HF: UNN, Helse Finnmark Kirkenes, Hålogalandssykehuset Harstad, Nordlandssykehuset Bodø og Helgelandssykehuset Sandnessjøen.

Slagenheter

Det er etablert slagenheter ved alle sykehus i regionen for en styrking i behandlings- og rehabiliteringstilbudet til personer med hjerneslag. Etter opphold i slagenheter vil flere pasienter få oppfølgende rehabilitering.

Geriatrisk rehabilitering

Ved UNN er det en geriatrisk avdeling hvor en stor del av virksomheten er rehabilitering av eldre pasienter. I tillegg er det områdegeriatrisk virksomhet knyttet til de to spesialhelsesentrene Sonjatun og Lenvik i Troms. Ved Hålogalandssykehuset Narvik er det tilsatt geriater og et geriatrisk team. Ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen er tilsatt geriater som gir tilbud om geriatrisk utredning. På sykehusene uten egne geriatriske avdelinger er rehabilitering av eldre integrert i medisinske avdelinger eller knyttet til rehabiliteringsenheter.

Tverrfaglig poliklinikk

I tverrfaglig poliklinikk foretas tverrfaglige vurderinger av nyhenviste, og kontroller av tidligere innlagte pasienter. Tverrfaglig nakke-ryggpoliklinikk med samarbeid over spesialistgrensene er etablert ved Hålogalandssykehuset Narvik, og er under etablering ved

Universitetssykehuset Nord-Norge, Nordlandssykehuset Bodø og Helgelandssykehuset Mosjøen.

Ambulant habilitering og rehabilitering

Den ambulante habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten defineres som en tjeneste som ytes der pasienten befinner seg, hovedsakelig i kommunen. Virksomheten er alltid pasient- og systemrelatert, hvor målet er å gjøre kommunene i stand til å ivareta habiliterings- og rehabiliteringsoppgavene rundt disse brukerne. Virksomheten er i hovedsak ikke diagnoserelatert. Det foretas kartlegging, diagnostisering, utredning av sammensatte problemstillinger, og gis veiledning og oppfølging over tid. Oppgavene knytter seg til pasientene og deres nettverk, og kan innbefatte hjemme-, fritids-, skole- og arbeidsarenaer. De ambulante virksomhetene forutsettes å inneha spesifikk kompetanse om målgrupper, veiledningskompetanse, samhandlings- og forvaltnings/organisasjonskunnskap. Ofte er virksomheten av veiledende eller konsultativ karakter overfor kommunens hjelpeapparat og andre involverte instanser.

Det er etablert ambulante rehabiliteringsteam (ART) på UNN og sykehusene i Kirkenes, Narvik, Stokmarknes og Lofoten. Det ytes ambulante tjenester fra rehabiliteringsavdelingen på sykehusene i Harstad, Bodø og Sandnessjøen. Dette er i hovedsak tilbud til voksne (over 18 år) med ervervede skader og sammensatte funksjonsvansker, og med behov for tverrfaglig og tverretattlig rehabilitering. Teamene kan gjøre forundersøkelser før innleggelse i avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering. Hensikten er å forberede, og derved effektivisere oppholdet. Oppfølging etter opphold er aktuelt for mange, hvor hensikten er å sikre en videreføring av rehabiliteringsprosessen, og gi opplæring og veiledning til oppfølgende instanser og pårørende. Dette er også i tråd med målet om et "sømløst helsevesen" og samhandling mellom nivåene.

De rehabiliteringspasientene som ikke har behov for institusjonsbasert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten får tilbud i hjemkommunen. Arbeidsformen er tverrfaglige ambulant. Noen team har poliklinikk, og andre organiserer og gjennomfører lærings- og mestringstilbud.

Habiliteringstjenesten for voksne

Habiliteringstjenesten for voksne er lokalisert til UNN og sykehusene i Kirkenes, Harstad, Bodø og Lofoten. Habiliteringsteamene ved sykehusene i Stokmarknes, Narvik, Sandnessjøen, Mosjøen og Rana arbeider både med barn og voksne.

Denne tjenesten gir tilbud poliklinisk eller ambulant til aldersgruppa over 18 år med medfødte eller tidlige ervervede hjerneskader, gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, autisme eller sammensatte funksjonsvansker. Tilbudet kan også være aktuelt for voksne funksjonshemmede som ikke er utviklingshemmede (for eksempel cerebral parese, ryggmargsbrokk, ADHD). Flere av tjenestene i Helse Nord har hatt og har spesialfunksjoner. Arbeidsdelingen mellom de enkelte foretakene beror mer på kompetanse- og fagutvikling i teamene, enn på bevisst arbeidsfordeling.

Utredning og diagnostisering utgjør en vesentlig del av arbeidsoppgavene i tillegg til veiledning av personalgrupper og kompetanseutvikling mot kommunene. Mange brukere har adferdsproblemer, og en del har psykiatrisk tilleggsproblematikk. Oppfølging i forhold til Lov om sosiale tjenester kap. 4A om bruk av tvang og makt, er blitt en vesentlig del av arbeidet i habiliteringstjenesten for voksne. Habiliteringstjenestene har også oppgaver som ligger opp mot feltet "tvungen omsorg" etter Straffelovens bestemmelser.

Habiliteringstjenesten for barn

Det er habiliteringstjeneste for barn ved UNN og sykehusene i Hammerfest og Bodø. Habiliteringsteamene ved sykehusene i Stokmarknes, Narvik, Sandnessjøen, Mosjøen og Rana arbeider både med barn og voksne. Pasientgrupper for habiliteringstjenesten er funksjonshemmede og kronisk syke barn og ungdommer fra 0 til 18 år med behov for tverrfaglige, omfattende tjenester. De som klarest har habiliteringsbehov er barn med betydelige hjerneskader med blandet symptomatologi, såkalte multihandikap, men også barn med sammensatte, lettere funksjonsforstyrrelser kan ha behov for habilitering. Alvorlige eller kroniske sykdommer kan også medføre funksjonshemming og behov for tverrfaglig bistand i et lengre tidsperspektiv.

Barnehabiliteringstjenesten er forskjellig organisert i de 5 helseforetakene, og det er gjennom årene etablert ordninger for funksjonsdeling mellom lokalsykehusene, Nordlandssykehuset og UNN. Tilbudet gir poliklinisk, som døgntilbud og dagopphold, eller ambulant.

Helse Nord utarbeidet 2002/våren 2003 en egen plan for habiliteringstjenesten for barn, ”Habiliteringstjenesten for barn – prioriterte innsatsområder”.

Lærings- og mestringssentre (LMS)

LMS er etablert ved UNN og sykehusene i Bodø, Rana, Mosjøen og Sandnessjøen (Helgeland Rehabilitering, Sømna). LMS i sykehus forener fagkunnskap og kunnskap om det å leve med en kronisk sykdom/funksjonshemming. Fagkunnskap og brukererfaring sidestilles gjennom samarbeid om planlegging, gjennomføring og evaluering av lærings- og mestringstilbudene. Sykehusene i regionen gir også pasientopplæring gjennom lærings- og mestringkurs av ulike varighet til ulike pasientgrupper, som ikke er organisert som et LMS.

Opptreningsinstitusjoner og helsesportssenteret

Fysisk aktivitet og trening tilpasset brukerens tilstand er en viktig del av behandlingen, og brukeren søkes motivert til å benytte slik tilpasset egenaktivitet og egentrening også etter endt opphold. Inntak og behandling er dels individuelt tilrettelagt og dels gruppebasert, med undervisning og gruppetilbud som en integrert del av rehabiliteringen.

Opptreningsinstitusjonene i regionen er en ikke ensartet gruppe, og gir ulike tilbud med ulikt innhold. Institusjonene er godkjent etter spesialisthelsetjenestelovens §§ 1-2; 2-1a; 4-1, og mottar pasienter fra hele landet, med hovedvekt fra Nord-Norge. Institusjonene er privat eid, i hovedsak av organisasjoner/foreninger med ideelle formål. Pasientene betaler egenandel, for tiden kr.120,- pr. døgn (VHSS har ikke egenandeler for pasientene). Det er ingen offentlig finansiering av poliklinisk vurdering/behandling og dagbehandling.

Det er to *helsesportssentre* i landet - Beitostølen og Valnesfjord. Disse institusjonene gir rehabiliteringstilbud til personer med medfødte og ervervede funksjonsnedsettelse. Hovedvirkemiddelet i rehabiliteringsprosessen er tilpasset fysisk aktivitet.

4.2.2 Faggrupper innen habilitering og rehabilitering

En bred tverrfaglig kompetanse er helt nødvendig i habiliterings- og rehabiliteringstjenesten.

Legespesialistene i fysisk medisin og rehabilitering har oppgaver innenfor forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av personer i alle aldre med medisinske forhold som medfører varige eller langvarige funksjonsnedsettelse.

Andre sentrale faggrupper i rehabiliteringstjenesten er fysioterapeuter, sykepleiere, psykologer, ergoterapeuter, logoped, pedagoger og sosionomer. Habiliteringstjenesten har også flere vernepleiere, pedagoger, og barneleger. Det er også tilknyttet nevrolog og psykiater til tjenestene. Helseportssenteret har spesialpedagoger i kroppspøving.

Det er en høy grad av spesialisering blant faggrupper knyttet til habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i regionen, i form av hovedfag og ulike videreutdanninger.

Habilitering og rehabilitering er relativt nye virksomheter, og mange aspekter er ikke godt beskrevet skriftlig. Mye av virksomheten og kompetansen i regionen er bygget opp på bakgrunn av erfaringer gjort underveis av fagpersoner som har vært stabile over tid.

4.3 Organiserings- og tjenestetilbudet

4.3.1 Helse Finnmark HF

Helse Finnmark HF (73 000 innbyggere) har sykehus i Hammerfest og Kirkenes, hvorav Kirkenes har avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering med 6 senger og poliklinisk tilbud.

Avdelingen utfører utredning av svelgfunksjon i samarbeid med røntgenavdelingen og vurderer egnethet for bilkjøring i samarbeid med kjøreskole. Avdelingen er godkjent som utdanningsinstitusjon gruppe 2 for leger i spesialistutdanning innen fysikalsk medisin og rehabilitering.

De ambulante tjenestene for voksne ytes gjennom et habiliterings- og et ambulant rehabiliteringsteam, som begge har base på Helse Finnmark Kirkenes. Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, ambulant rehabiliteringsteam og habiliteringstjenesten for voksne er organisert som 1 av 5 seksjoner i foretaket.

Habiliteringstjenesten for barn har base på Hammerfest sykehus, og har et nært samarbeid med Barneavdelingen. Virksomheten tilbyr døgnopphold og ambulante tjenester. Lærings- og mestringstilbud til noen pasientgrupper tilbys gjennom de medisinske poliklinikkene ved sykehusene.

Helse Finnmark har mange av sine tilbud i de samiske kjerneområdene, og foretaket har en målsetting om å tilpasse tilbudet til samiske brukere. Det stilles krav om at institusjoner som betjener den samiske befolkningen sikrer at samelovens språkregler følges.

4.3.2 Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

UNN HF (111 000 innbyggere) tilbyr institusjonsbasert rehabilitering og poliklinikk i avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering i Rehabiliteringsavdelingen i Breivika og Mellomveien Bo- og Rehabiliteringssenter (MBR), som til sammen har 22 senger og 3 dagplasser. MBR inkluderer også en boenhet for funksjonshemmede med 8 senger. I samarbeid med røntgenavdelingen utføres det utredning av svelgfunksjon med videofluoroskopi. Det er etablert Arbeidsfysiologisk laboratorium, og LMS er under oppbygging.

De ambulante tjenestene er organisert i avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering, i Seksjon for Ambulant ReHabilitering, og har poliklinikk og dagtilbud. Seksjonen består av ambulant rehabiliteringsteam og habiliteringsteamet for voksne. Seksjonen har poliklinisk virksomhet og dagtilbud.

Avdeling for Fysikalsk Medisin og Rehabilitering er godkjent som utdanningsinstitusjon gruppe 1 for leger i spesialistutdanning innen fysikalsk medisin og rehabilitering.

Habiliteringstjenesten for barn i Troms har base i Tromsø og har poliklinikk, dagtilbud og ambulant tilbud i kommunene. Fra 01.01.03 er tjenesten organisert i den nyetablerte Barneklivikken som i tillegg består av Barneavdelingen, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling Berglund, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og Ungdomspsykiatrisk avdeling.

Det geriatrike rehabiliteringstilbudet gis i Geriatrik avdeling (11 senger). Avdelingen har hovedansvaret for de områdegeriatrike teamene i Sør- og Nord Troms, Lenvik og Nordreisa. Rehabiliteringstilbudene ved Sonjatun med 6 senger og Lenvik helsesenter med 9 senger gis også til andre pasientgrupper enn de som går innenfor begrepet ”geriatrik rehabilitering”. Eksempelvis yngre personer med hjerneslag, og også oppfølging av andre yngre personer. Sonjatun ble i 2001 godkjent som ”statlig tyngdepunkt” for afasirammende, og fra 2003 Statlig tyngdepunkt for Stemme.

4.3.3 Hålogalandssykehuset HF

Hålogalandssykehuset HF (103 000 innbyggere) består av 3 divisjoner: Harstad, Narvik og Stokmarknes. Hålogalandssykehuset Harstad har rehabiliteringsavdeling med 10 senger, rehabiliteringspoliklinikk og ambulant tjeneste. Narvik og Stokmarknes har ambulante rehabiliteringsteam. Lødingen Rehabiliteringssenter har 13 senger og er faglig underlagt Hålogalandssykehuset Stokmarknes.

Alle 3 sykehus har habiliteringsteam. Foretaket har ingen utredningskompetanse innen barnehabilitering. Harstad har også en egen utredningsavdeling med nevropsykolog, synspedagog, psykiater og nevrolog som gjør utredninger både for rehabiliterings- og habiliteringstjenesten i foretaket. Habiliteringsteamet i Harstad har særskilt kompetanse i diagnostikk av psykisk utviklingshemning og utredning av komplekse nevrologisk betingede synsproblemer.

4.3.4 Nordlandssykehuset HF

Nordlandssykehuset HF (97 000 innbyggere) består av sykehusene i Bodø og Lofoten. Foretaket tilbyr institusjonsbasert rehabilitering i avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering i Bodø med 4 senger og 2-6 dagplasser med døgn- og dagtilbud, tverrfaglig poliklinikk og LMS-tilbud. Avdelingen er godkjent som utdanningsinstitusjon gruppe 2 for leger i spesialistutdanning innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Lofoten har ambulant rehabiliteringsteam og habiliteringsteam.

Vensmoen Rehabiliteringssenter er en seksjon under Ortopedisk avdeling med 12 senger, og ivaretar opptrening og rehabilitering etter ortopediske og noen reumatologiske operasjoner.

Avdeling for voksenhabilitering lokalisert i Bodø og Vensmoen, er organisert som egen avdeling i Sentralsykehusklinikken for voksenpsykiatri. Avdelingen i Bodø består fra 01.01.04 av Habiliteringsteamet for voksne (Bodø) og Psykiatrisk innsatsteam (Saltdal - tidligere Akuttjenesten). Tjenestene ytes stort sett ambulant.

Habiliteringsenheten for barn er en post ved Barneavdelingen. Tilbudet gis både som opphold, poliklinisk og ambulant. Det er også et eget autismeteam for barn og ungdom organisert i barne- og ungdomspsykiatrien. Det arbeides med i løpet av 2004 å etablere eget ungdomsteam der tjenester samordnes.

4.3.5 Helgelandssykehuset HF

Helgelandssykehuset HF (78 000 innbyggere) består av sykehusene i Sandnessjøen, Mo i Rana og Mosjøen.

Helgelandssykehuset Sandnessjøen tilbyr rehabilitering ved avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering som består av Rehabiliteringsavdelingen i Sandnessjøen med 6 senger, Helgeland Rehabilitering i Sømna med 12 senger, Ambulant Rehabiliteringsvirksomhet, LMS og Fysikalsk medisinsk poliklinikk. LMS gir tilbud til pasienter både i Sandnessjøen, Brønnøysund og i Sømna.

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering i Sandnessjøen er søkt godkjent som utdanningsinstitusjon gruppe 2 for spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering. Er godkjent for sykehustjeneste i videreutdanning i allmenntmedisin.

Helgelandssykehuset Mo i Rana tilbyr rehabilitering ved Avdeling for Fysioterapi, Rehabilitering og Hørsel, som består av fysikalsk avdeling, slagenheten, reumaenheten, audiologisk avdeling, lærings- og mestringsenhet, poliklinikk og utadrettet aktivitet. Ved Helgelandssykehuset Mosjøen er det foreslått at rehabilitering knyttes til klinisk avdeling.

Habiliteringsteamene i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen er tilknyttet psykiatrien.

4.3.6 Opptreningscenteret i Finnmark

Opptreningscenteret i Finnmark (OIF) i Alta har 50 senger. Hovedtyngden av brukerne kommer fra Finnmark og Nord Troms. OIF har egen avtale med Helse Finnmark om mottak av ortopediske pasienter. OIF har utviklet et eget behandlingstilbud til diabetespasienter, i samarbeid med Norges Diabetesforbund og Diabetesteamet i Alta. Institusjonen har et spesielt ansvar for samiske pasienter.

4.3.7 Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad

Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad (RNNK) har 95 senger, inkludert egen sykeavdeling for brukere som ikke er selvhjulpne. RNNK gjør etter behov utredning og diagnostisering. Det gis lærings- og mestringsstilbud innen ortopedi, revmatologi, mb. Parkinson og Fibromyalgi. I tillegg til forebygging gir RNNK bred, generell rehabilitering, og har avtale med UNN om mottak av pasienter med revmatiske sykdommer og etter nylig gjennomgått ortopedisk operasjon. Institusjonen tilbyr også avlastet trening på apparatur, samt "locomotion"-intensiv motorisk trening etter inkomplette tverrsnittslesjoner, dvs. ryggmargsskader samt lammelser etter slag og traumer. RNNK samarbeider med Norges

Parkinsonforbund, Landsforeningen for Trafikkskadde og Norges Fibromyalgiforbund om spesielle behandlingstilbud til deres medlemmer.

Kurbadet fungerer som utdanningsinstitusjon for spesialiteten almenmedisin og søker om utdanningsstilling innen fysikalsk medisin og rehabilitering, har to turnusplasser for fysioterapeuter og deltar i utdanningen av flere helseprofesjoner. RNNK har flere leger med bred forskningserfaring og har eget tverrfaglig forsknings- og undervisningsteam.

4.3.8 Skibotn Rehabiliteringssenter

Skibotn Rehabiliteringssenter har 24 senger, og et spesielt godt tilbud til hjerte- og lungepasienter gjennom et tett samarbeid med kardiologisk seksjon og lungeavdelingen v/UNN. Institusjonen har også et personalsamarbeid gjennom hospitering med UNN, Glittreklinikken og Feiringklinikken med henholdsvis lunge- og hjerterehabilitering.

De svært tørre klimamessige forholdene og lite vegetasjon gjør lungerehabilitering i Skibotn gunstigere enn andre steder. Effekten av rehabiliteringen er dokumentert gjennom to studier utført ved senteret.

4.3.9 Opptreningscenteret i Salangen

Opptreningscenteret i Salangen (OiS) har 33 senger. Senteret har avtale med Hålogalandssykehuset (Narvik, Harstad og Stokmarknes) om mottak av pasienter til rehabilitering etter ortopediske operasjoner og i forbindelse med andre lidelser. Sykehusene prioriteres og pasientene blir direkte overført til OiS. Innleggelser fra sykehus utgjorde i 2002 57 % av belegget, mens 43 % av pasientene kom fra primærhelsetjenesten. Tilbud til pasienter med psykosomatiske/mellommenneskelige problemer, lettere psykiske lidelser som angst, depresjoner og utbrenthet blir ivaretatt av psykiater og diakon som har spesialkompetanse.

Rehabilitering og behandling skjer gjennom samtaler/trening individuelt og i grupper.

4.3.10 Nordtun HelseRehab

Nordtun HelseRehab i Meløy, Nordland, har 54 senger. Ortopediske pasienter utgjør den største brukergruppa, men senteret har også andre store brukergrupper. Nordtun har utviklet spesielle rehabiliteringsopphold til pasienter med tinnitus og til pasienter etter gjennomført kreftbehandling. Dette i samarbeid med brukerorganisasjoner og Nordlandssykehuset. Institusjonen har et faglig samarbeid, samt hospiteringsavtaler, med Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF. Institusjonen har også en utvekslingsavtale med Reuma Sol i Albir, Spania.

Brukere må i hovedsak være selvhjulpne, men institusjonen har noen senger for brukere med noe hjelpebehov.

4.3.11 Valnesfjord Helsesportssenter

Valnesfjord Helsesportssenter (VHSS) har 72 senger, og er godkjent av Helsedepartementet som ett av to helsesportssentre i Norge. Institusjonen er et ikke-regionalisert tilbud, og skal ivareta målgrupper i hele landet, men blir i praksis et tilbud til de 4 nordligste fylkene.

Brukere som har hjelpe-/pleiebehov må ha med seg ledsager. Tilbud til barn fra 7 år, ungdom og voksne. Varighet av oppholdene er i hovedsak 2 uker for barn og 4 uker for voksne. Oppholdene er gruppebasert, med individuell tilrettelegging og oppfølging. Hovedvirkemiddelet er tilpasset fysisk aktivitet. Noe utadrettet virksomhet utføres.

VHSS har status som utdanningsinstitusjon for leger i spesialistutdanning innen fysikalsk medisin og rehabilitering.

Valnesfjord Helseportssenter har en annen funksjon i tiltakskjeden enn opptreningsinstitusjonene. Det er lavere gjennomsnittsalder blant brukerne, barn/ungdom er prioriterte målgrupper, og det er høyere bemanningsfaktor.

En arbeidsgruppe nedsatt av Helse Nord leverte i november 2002 en rapport hvor det fastslås en rekke samarbeidstiltak mellom Valnesfjord Helseportssenter og Helse Nord. Rapporten er et viktig faglig fundament for samarbeidet mellom VHSS og Helse Nord.

4.4 Aktivitet og kvalitetsmål for rehabilitering i Helse Nord

I dette kapittelet gis en kort oversikt over sentrale aktivitetsparametre for rehabiliteringstilbudet regionen. Tilgjengelige data er antall avdelingsopphold/pasienter, dagbehandlinger og polikliniske vurderinger.

Det finnes ingen generelle kliniske kvalitetsregistre med registrering av funksjons- og resultatmål for tjenesten.

4.4.1 Aktivitet – antall avdelingsopphold, dagopphold og polikliniske vurderinger

Tallene gjelder for 2002, og vil for helseforetakenes vedkommende avspeile aktivitet ved de avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering/rehabiliteringsavdelinger som er omtalt i kapittel 4.3.

Tabell 1. Antall avdelingsopphold/heldøgn, dagopphold, polikliniske konsultasjoner, gjennomsnittlig liggetid heldøgnsopphold og DRG-poeng; ved avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering/rehabiliteringsavdelinger ved helseforetakene i Helse Nord (2002)

	Avd.opphold Heldøgn	Dagopphold	Polikliniske konsultasjoner	Liggetider Gj.snitt (spredn.)	DRG
Helse Finnmark HF	71	0	0	19 (3-79)	172
UNN HF (inkl. MBR)	271	418	618	17 (1-71)	574
Hålogalandssykehuset HF Harstad	88	456	125	25 (3-49)	228
Lødingen Rehab.senter	158	0	0		235
Nordlandssykehuset HF Vensmoen	49 169	1123 0	380 0	13 (1-108) 20 (3-72)	145 309
Helgelandssykehuset HF Sandnessjøen	255	613	0	12 (1-56)	337
Sum	892	2610	1123		2000

Tabell 2. Oversikt over antall pasienter, ledsagere og antall kurdøgn ved opptreningsinstitusjonene og Valnesfjord Helseportssenter Tallene er for 2002

	Antall klienter	Antall ledsagere	Kurdøgn/klientdøgn
Valnesfjord Helseportssenter	908	180	22920
Opptreningscenteret i Finnmark	569		13674
Rehab.senteret Nord-Norges Kurbad	1427		34542
Skibotn Rehabiliteringssenter	294		7338
Opptreningscenteret i Salangen	456		10431
Nordtun HelseRehab	685		17793

Når det gjelder beregning av avdelingsopphold i sykehus og utregning av DRG, gjør samordning til sykehusopphold at oppholdet ved rehabiliteringsavdelingen ofte tilfaller den akuttavdelingen pasienten er overført fra.

Det er i dag ikke noen samordnet metode for å måle aktiviteten i de ambulante rehabiliteringstjenestene, habiliteringstjenestene for voksne og barn.

Tabell 3. Aldersfordeling ved rehabiliteringsenhetene i Helse Nord. I helseforetakene gjelder det avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering/rehabiliteringsavdelinger. Tallene er for 2002

	Aldersgjennomsnitt (år)	Spredning	% pasienter > 70 år
Helse Finnmark HF	62	27 - 85	23
UNN HF (fys.med. inkl. MBR)	41	16 - 75	1
Hålogalandssykehuset HF	70	26 - 92	60
Nordlandssykehuset HF			
Fysikalsk med. og rehab. Vensmoen	42	17 - 69	0
	75	26 - 99	72
Helgelandssykehuset HF			
Helgeland Rehab. Sømna	66	10 - 100	52
Sandnessjøen	43	20 - 80	5
Valnesfjord Helseportssenter	46	7 - 83	21% over 60 år
Opptreningscenteret i Finnmark	59	25 - 96	32
Rehab.sentret Nord-Norges Kurbad	64	12 - 95	39
Skibotn Rehabiliteringssenter	62	30 - 85	29
Opptreningscenteret i Salangen	71	24 - 91	64
Nordtun HelseRehab	70	15 - 94	64

Tabell 3 viser at en stor andel pasienter på avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering på lokalsykehusnivå er over 70 år. Dette aktualiserer behovet for et nærmere samarbeid med geriatrien.

4.4.2 Kapasitet og ventetider – bruk av rehabiliteringstilbud utenfor Helse Nord

Sammenlignbare data for ventetider for rehabilitering var ikke mulig å få ut fra ”www.sykehusvalg.net”.

Rehabiliteringsavdelingene ved helseforetakene er små, nyetablerte og i en oppbyggingsfase. Avdelingene skal kunne prioritere inntak av pasienter med nyoppstått funksjonshemming etter sykdom eller skade. I Helse Finnmark er det nylig vist at direkte overføring fra slagenhet til rehabiliteringsavdeling kun skjer i 9 % av tilfellene.⁷

Ved UNN HF var i 2003 gjennomsnittlig tid fra henvisning til innleggelse fra nevrologisk avdeling 14 dager og nevrokirurgisk avdeling 9 dager. En del traumepasienter utskrives

⁷ Samuelsson, Sven-Mårten: Hjerneslag i Finnmark. Hyppighet, risikofaktorer, behandlingsskjede og forløp. Rapport januar 2004, Helse Finnmark Kirkenes

direkte fra nevrokirurgisk avdeling til lokalsykehus grunnet kapasitetsproblemer (plass og/eller personell). Mange pasienter må fortsatt på grunn av for lav kapasitet behandles utenfor egen helseregion.

Tabell 4. Antall opphold ved rehabiliteringsavdelingene ved Sunnaas sykehus, Munkvoll Rehabiliteringssenter (St. Olavs Hospital), Spinalenheten ved St. Olavs Hospital, samt MS-senteret i Hakadal. Antall opphold fordelt på helseforetak i Helse Nord (2002)

	Sunnaas sykehus	Munkvoll Rehab.senter	Spinalenheten St. Olavs Hospital	MS-senteret i Hakadal
Helse Finnmark HF	8	2		0
UNN HF	8	1		1
Hålogalandssykehuset HF	13	0		3
Nordlandssykehuset HF	9	2		3
Helgelandssykehuset HF	6	10		4
Sum	44	15*	50* *	11

*Pasientene ved Munkvoll Rehabiliteringssenter har diagnosene traumatisk hjerneskade (5) og hjerneslag (10).

**Ved Spinalenheten St. Olavs ble det gitt 50 sykehusopphold til 32 pasienter med ryggmargsskade. Her mangler vi tall fordelt på HF-ene – kun fylkesvis: 16 pas. fra Nordland, 10 fra Troms og 5 fra Finnmark.

Hakadal gir tilbud tilhovedsaklig ikke hjelpetrengende personer med multipel sklerose. Bruk av rehabiliteringstilbudene ved MS-senteret Hakadal og Munkvoll Rehabiliteringssenter er gått betydelig ned etter at UNN opprettet regiontilbud til personer med multipel sklerose og hodeskade, og som følge av at rehabiliteringstilbud til pasienter med hjerneslag er etablert ved flere sykehus.

Det er fortsatt et overraskende stort forbruk av Sunnaas sykehus. Her mangler data på diagnosefordeling. Spesialisthelsetjenesten i rehabilitering vet ikke hvilke pasienter dette er, og det er sannsynlig at de fleste henvises fra kommunehelsetjenesten. Brutto kostnader for Helse Nord for kjøp av behandlingsplasser ved Sunnaas sykehus var i 2002 på kr. 3 281 811,-.

Vurdering: Helse Nord er i ferd med å få på plass et tilstrekkelig tilbud for rehabilitering av pasienter med hjerneslag og hodeskade, men må fortsatt satse for at tilbudet skal bli fullt utbygd. Dette gjelder både kapasitet og kvalitet. Det kan være behov for å markedsføre tilbud i egen region.

4.4.3 Personellsituasjonen

Spesifikk oversikt over faggrupper knyttet til rehabiliteringsenhetene ligger som vedlegg.

En benchmarking-rapport fra SINTEF⁸ med analyse av aktivitetsdata for 2002, viser at pleiekostnader ved avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved UNN HF er markert lavere enn ved spesialiserte rehabiliteringsavdelinger ved de andre regionsykehusene.

⁸ Pasientklassifisering og finansiering, SINTEF januar 2004

4.5 Kvalitetsindikatorer og pasienttilfredshet

Det er en del nasjonale kvalitetsindikatorer, men ingen spesifikke for rehabilitering.

Pasienttilfredshet har vært målt på avdelingsnivå ved UNN. HELTEF gjennomførte en undersøkelse på vegne av Helse Nord RHF i november 2002 av pasientopplevelser i Helse Nord (PasOpp IS). Det gjøres ikke systematiske undersøkelser som gir sammenlignbare data på avdelingsnivå.

Det burde vært etablert *kvalitetsregistre* med måling av funksjons- og resultatmål som var gjennomgående for rehabiliteringstilbudene i Helse Nord.

Medarbeidertilfredshet er ikke systematisk undersøkt i Helse Nord. Enkelte rehabiliteringsavdelinger har ved flere anledninger gjennomført miljøundersøkelser. Ellers er medarbeidersamtaler en vanlig metode for å vurdere medarbeidertilfredshet.

Mange medarbeidere gir uttrykk for at fagfeltet er lærerikt, utfordrende og spennende. Det har vært til dels stor stabilitet i fagmiljøene, med rekruttering av erfarne og dyktige medarbeidere med høy kompetanse.

4.6 Utdanningstilbud i rehabilitering i Helse Nord

4.6.1 Utdanning av medisinere

Medisinerstudentene ved Universitetet i Tromsø har 8 timer kateterundervisning i fysikalsk medisin og rehabilitering siste studieår, med fysikalsk medisinske temaer som rygg, nakke- og skuldersmerter. Det er ingen undervisning i rehabiliteringsmedisin, eller praktisk undervisning med uketjeneste/klinikker. Femte år har medisinerstudentene en valgfri oppgave hvor de kan velge et emne knyttet til rehabilitering.

Vurdering: Fysikalsk medisin og rehabilitering må inn i studieplanen i et helt annet omfang enn i dag. Det er gode modeller å hente fra medisinerutdanningene i Oslo og Trondheim.

4.6.2 Utdanning av legespesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering

Alle avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Nord og Valnesfjord Helseportssenter er godkjent som utdanningsinstitusjoner for legespesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering. UNN er godkjent som gruppe I institusjon. Ved UNN er det siden etableringen av avdelingen i 1996 utdannet to spesialister.

Vurdering: Det er avgjørende at en klarer å utdanne tilstrekkelig med legespesialister i Nord-Norge. Det er få søkere til utdanningsstillinger, og det må arbeides med stimuleringstiltak og forskningsstillinger. Oppretting av legestillinger i fysikalsk medisin og rehabilitering må prioriteres regionalt og i helseforetakene.

4.6.3 Utdanning av øvrig helsepersonell

Det er sykepleierutdanning ved Høgskolene i Finnmark, Tromsø, Harstad, Narvik, Nesna og Bodø. Ved Høgskolen i Tromsø utdannes fysioterapeuter og ergoterapeuter. UiTø har

psykologutdanning. Høgskolen i Harstad har vernepleierutdanning, og har etablert en videreutdanning i rehabilitering. Høgskolen i Bodø har sammen med Lærings- og mestringssenteret ved Nordlandssykehuset utarbeidet studium i Helsepedagogikk. SKUR - Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering - er i ferd med å etablere en masterutdanning i rehabilitering ved Høgskolen i Bodø. SKUR er ansvarlig for etterutdanning i habilitering/rehabilitering.

4.7 Forskning og utvikling

Habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten er nye virksomheter i spesialisthelsetjenesten, og kunnskaps- og metodeutvikling, utdanning og forskning er sentrale for kvalitetsoppnåelse. Fra 2004 finansieres Senter for aldersforskning i Tromsø (SAT), formelt etablert i 2000, via Helse Nord RHF's forskningsmidler. Høsten 2003 ble systemet for tildeling av forskningsmidler endret. SAT skal etter dette inkludere rehabilitering og primærhelsetjenesteforskning i tillegg til geriatrisk forskning. For 2004 ble det gitt støtte til et forprosjekt for tverrfaglig rehabiliteringsforskning.

Det er utlyst stilling for førsteamanuensis II i fysikalsk medisin og rehabilitering ved Universitetet i Tromsø. UNN vil som universitetssykehus ha et spesielt ansvar. Klinisk arbeid for leger ved avdelingen, sammen med utvikling av nye tilbud, gjør det vanskelig å prioritere forskning.

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Finnmark har ansatt en professor II som har et pågående forskningsprosjekt om hjerneslag i Finnmark.

Det er to leger med doktorgrader tilknyttet Rehabiliteringssentret Nord-Norges Kurbad og 3 av legene har vitenskapelige universitetsstillinger på professor og førsteamanuensisnivå. Det er to leger og en psykolog med doktorgrad på avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering ved UNN.

Avdeling for voksenhabilitering ved Nordlandssykehuset HF, Bodø, har hatt formalisert samarbeid med Høgskolen i Bodø, SKUR og Nordlandsforskning. Det er gjennomført et brukerstyringsprosjekt for utviklingshemmede med nasjonal interesse.

Vurdering: Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved UNN må styrkes for å kunne være sentral i utviklingen av undervisning og forskning i Nord-Norge. Det er meget positivt at Helse Nord har prioritert stimuleringsmidler til rehabiliteringsforskning.

4.8 Regionsfunksjoner og andre tilbud som dekker flere helseforetak

UNN HF har regionsfunksjon i forhold til pasienter med følgetilstand etter poliomyelitt, traumatisk hjerneslag, multitraumer, komplekse funksjonsutfall etter hjerneslag, eller hjerneslag hos unge personer hvor det er ønskelig med et tilbud på regionalt nivå; multipel sklerose, vurderingsopphold cerebral parese og voksne muskelsyke.

Nordlandssykehuset HF har et tileggsansvar for rehabilitering utover basistilbudet, særlig unge pasienter med hjerneslag og følgetilstander etter hodeskade.

Barnehabiliteringstjenesten ved UNN har følgende regionale funksjoner: PETØ – tilbud for hele helseregionen, barn operert for svulst (hele regionen), og barn med progredierende muskelsykdommer (Finnmark).

Avdeling for voksenhabilitering ved Nordlandssykehuset Bodø yter tjenester primært i Nordland, men tar også oppdrag i hele helseregionen innen utviklingshemning og psykiske lidelser. Avdelingen har en koordinerende funksjon for habiliteringstjenesten i Nordlands fag- og tjenestenettverk.

Alle opptreningsinstitusjoner har i prinsippet landsdekkende tilbud.

Rehabiliteringssentret Nord-Norges Kurbad har spesiell kompetanse innen intensiv motorisk trening med avlastning.

Valnesfjord Helseportssenter har spesiell kompetanse i bruk av tilpasset fysisk aktivitet.

4.9 Statlige og private instanser med habiliterings- og rehabiliteringstilbud

4.9.1 Det statlige spesialpedagogiske støttesystem

Systemet yter tjenester på individ- og systemnivå når det gjelder tilrettelegging av opplæringstilbud for barn, unge og voksne med særskilte opplæringsbehov.

Det nordnorske nettverket består av disse enhetene, med følgende fagområder:

PPT for Hammerfest	adferdsvansker
PPD Midt-Finnmark, Lakselv	spesifikke språkvansker
Samisk tyngdepunkt, Kautokeino	samisk språk- og kommunikasjon. IKT i spesialpedagogisk arbeid
Nordnorsk kompetansesenter, Alta	sammensatte lærevansker, basiskunnskap innenfor språk- og kommunikasjon IKT i spesialpedagogisk arbeid
Sonjatun helsesenter, Storslett	afasi
PPT for Tromsø	adferdsvansker
Døvblindegenteret i Nord-Norge, Tromsø	døvblinde
PPD for Sør-Troms	språk/kommunikasjon/lærevansker
PPD for Vesterålen og Lødingen	AD/HD, Tourette syndrom og matematikkvansker
Spesialpedagogisk senter i Nordland, Bodø	multifunksjonshemning, sammensatte lærevansker
Logopedisk senter i Nordland, Sømna	taleflytvansker
PPT for Vefsn, Mosjøen	nevrologisk betingede vansker

De tolv enhetene i Nord-Norge har en tyngdepunktfunksjon i det nordnorske nettverket. Ni av disse er organisert som en del av et PP-kontor, og har utviklet spesialpedagogisk spisskompetanse til bruk for et større geografisk område.

Evenes Kurs- og Treningssenter

eies av Norges Blindeforbund. Senteret gir tilbud om rehabiliteringsopphold og lærings- og mestringskurs for blinde og svaksynte.

4.9.2 Arbeidsmarkeds- og trygdeetaten

Yrkesmessige vurderinger og tiltak er en del av rehabiliteringsvirksomheten. Både arbeidsmarkedsetat og trygdeetaten, inklusive hjelpemiddelsentralene, er viktige aktører i et samlet rehabiliteringsnettverk.

I Tromsø er det gjennomført et 3-årig prosjekt: «Yrkesrettet bistand til personer med omfattende bevegelseshemming», med deltakelse fra Arbeidsrådgivningskontoret i Troms og Avdeling for Fysikalsk Medisin og Rehabilitering ved UNN. Modeller for samarbeid mellom helsetjeneste og arbeidsmarkedsetat er beskrevet i prosjektet.

VHSS har i samarbeid med Rikstrygdeverket/Fylkestrygdekontoret i Nordland gjennomført et prosjekt innen yrkesrettet attføring ”Kjøp av helsetjenester for personer med sammensatte lidelser”. Prosjektet evalueres av Rikstrygdeverket. Yrkesrettet rehabilitering blir et satsningsområde for VHSS.

Hjelpemiddelsentralene er statlige service- institusjoner i 2. linjetjenesten. De skal være et ressurs- og kompetansesenter på tekniske tiltak og fysisk miljø for funksjonshemmede. Det finnes en hjelpemiddelsentral i hvert fylke i regionen.

Rikstrygdeverkes senter for IKT-hjelpemidler, NONITE

NONITE er lokalisert på Hjelpemiddelsentralen i Nordland, og er organisatorisk tilknyttet Rikstrygdeverkets helse- og rehabiliteringsavdeling. NONITE er en landsdekkende tjeneste med hovednedslagsfelt i de fire nordligste fylkene.

NONITE skal samordne, videreutvikle og formidle kompetanse knyttet til bruk av IKT-hjelpemidler, og bidra til bedre brukertjenester for funksjonshemmede.

4.10 Habilitering og rehabilitering i kommunene

Kommunene i regionen er svært ulike når det gjelder størrelse og befolkningstall. Kommunenes oversikt over habiliterings- og rehabiliteringsbehov, kompetanse, organisering og dimensjonering er varierende, og spesialisthelsetjenestens innsats i de ulike kommunene varierer derfor sterkt.

Styrking av samhandling med kommunene er et strategisk satsningsområde for Helse Nord. I forhold til noen brukergrupper, som veksler mellom å få tilbud fra hjelpeapparatet i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, er det behov for et løpende og tett samarbeid over flere år. Slikt samarbeid er ofte ressurskrevende. Habiliterings- og rehabiliteringstjenesten bistår kommunens hjelpeapparat og andre sentrale aktører gjennom samarbeid i brukersaker, undervisning og veiledning.

Mobile innsatsmidler er et virkemiddel for ambulant virksomhet. Habiliteringstjenesten i Nordland har mange års erfaring fra bruk av slike mobile innsatsmidler. De gis til samarbeidstiltak med kommuner i en avgrenset periode for å etablere mennesker i egne boliger, unngå tvangsbruk og å øke kompetansen i kommunene.

I noen kommuner er det sykestuer som har driftsavtaler med det helseforetaket hører til geografisk. For rehabiliteringspasienter fra disse kommunene kan sykestuene fylle en rolle som mellomledd før pasientene skal tilbake til egen bolig.

SKUR startet et forsøks- og utviklingsprogram for styrking av kommunal praksis innen habilitering og rehabilitering og bruk av individuell plan, "Samsynt og framsynt" i 2003. Noen kommuner i regionen er med på dette prosjektet.

5 MÅLGRUPPER FOR HABILITERING OG REHABILITERING

De spesialiserte tjenestene innen habilitering og rehabilitering har en stor målgruppe som omfatter en rekke diagnoser og funksjonsutfall. De fleste krever individuelle og tilrettelagte prosesser utviklet over tid i samarbeid mellom den enkelte bruker, pårørende og andre etater. Behovet er avhengig av hvor pasienten er i prosessen. Enkelte har et tilbakevendende behov som i noen tilfeller varer hele livet. For hver diagnosegruppe beskrives forekomst, hvilke rehabiliteringstilbud som er tilgjengelige, evt. funksjonsfordeling og prosjektgruppas forslag.

Et bærende prinsipp er at alle pasient/brukergrupper skal ha et basishabiliterings/rehabiliteringstilbud i eget helseforetak. For enkelte kompliserte og sjeldent forekommende diagnoser anbefaler prosjektgruppa imidlertid en sentralisering til et eller to helseforetak. Dette vil enten gjelde den tidlige fasen av rehabiliteringen etter en akutt oppstått sykdom eller skade, eksempelvis for pasienter med alvorlige hodeskader eller for yngre personer med komplekse problemstillinger etter hjerneslag. Det kan eksempelvis også gjelde sjeldent forekommende tilstander hvor det er lite hensiktsmessig å bygge opp flere institusjonsbaserte tilbud i regionen, som multippel sklerose.

Hva mener vi med behandlings- eller tiltakskjede i rehabilitering? For eksempelvis en pasient med alvorlig hodeskade vil behandlingsskjeden være: Overflytting direkte fra akuttavdeling til avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering ved UNN, så snart pasienten er tilgjengelig for rehabilitering. Snarlig kontakt med hjemkommune og rehabiliteringsavdelingen i det helseforetaket pasienten geografisk sokner til. Ved langvarige rehabiliteringsforløp er det naturlig med en overflytting til lokal rehabiliteringsavdeling i den siste fasen før utskrivning. Ved behov for kommunal veiledning vedrørende lokal tilrettelegging vil det lokale ambulante rehabiliteringsteamet bli involvert. For å følge opp pasient og familie over tid etter utskrivning hjem, brukes det polikliniske kontroller og/eller oppfølging av ambulant rehabiliteringsteam.

5.1 Pasienter med utviklingshemninger og multifunksjonshemninger

Habiliteringstjenesten for barn er rettet mot aldersgruppa 0 til 18 år. Behovene strekker seg fra barn med sammensatte, lettere funksjonsforstyrrelser til barn med multihandikap p.g.a. store hjernesker med blandet symptomatologi. De ivaretas av barneavdelingene ved Helse Finnmark, UNN og Nordlandssykehuset. Det er ca. 2000-2500 nye tilfeller årlig⁹. Voksenhabiliteringstjenesten og kommunene gir tilbud fra fylte 18 år.

UNN og Nordlandssykehuset (NLSH) har skal bygge opp kompetanse om samliv og seksualitet hos funksjonshemmede. Innen utviklingshemning og psykiske lidelser er det behov for økt innsats og kompetanseheving. Habiliteringstjenesten i Nordland gir i dag tilbud regionalt.

Intensiv trening/habilitering til barn med cerebral parese gis ved barnehabiliteringsenheten NLSH, ved VHSS tilbud med intensiv trening i 2 til 2 ½ uke, ved UNN med Petø-metodikk, og RNNK og seksjon for barnehabilitering ved UNN planlegger intensiv motorisk trening.

⁹ St.m. nr. 21 1998-99 Ansvar og meistring kap. 6

Prosjektgruppas forslag:

1. Brukerorganisasjonene etterlyser et sterkere fokus på tiltakssiden for barn, og et mer forpliktende samarbeid med de spesialpedagogiske tjenestetilbudene.
2. Det er behov for styrking av tilbud innen intensiv trening/habilitering.
3. Det skal utarbeides en regional plan for habilitering av voksne

5.2 Pasienter med hjerneslag

Nye tilfeller årlig i Helse Nord ca. 1350 (300/100.000), ca. 70 % er over 70 år. Det er ca. 6000 slagrammede i regionen. 2/3 har varig funksjonssvikt². En god slagenhet med ca. 4 senger og tverrfaglig bemanning bør ha et nedslagsfelt på ca. 50 000 innbyggere¹⁰. Etter 1-3 uker i slagenhet vil 20-30% ha behov for videre døgnbasert rehabilitering. Dette behovet er anslått til ca. 8 senger pr. 100.000 innbyggere¹¹.

Ved direkte overføring fra slagenhet vil primær rehabilitering av personer over 70 år skje ved geriatrisk avdeling eller områdegeriatriske tjenester UNN (>70 år), ved avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFMR) ved UNN (< 70 år), Nordlandssykehuset (< 70 år), og ved sykehusene i Kirkenes, Harstad og Sandnessjøen (Helgeland Rehabilitering) (alle aldersgrupper). Noen pasienter får senere i forløpet rehabilitering ved VHSS og opptreningssentrene. RNNK har et tilbud om avlastet intensiv motorisk trening.

Tett oppfølging i hjemmesituasjonen med mobilt slagteam synes å gi færre reinnleggelser og bedret resultat i form av færre dødsfall og bedret funksjon¹².

Yngre med kognitiv funksjonssvikt får ofte ikke adekvat oppfølging i senfasen etter slaget. Ca. 60 % av slagpasienter har synsaffeksjon. Harstad sykehus har øyelege og synspedagog i rehabiliteringsseksjonen. Det er ellers mangel på synspedagogisk kompetanse i rehabilitering.

Prosjektgruppas forslag

1. Det skal være gode slagenheter ved alle sykehus som tar imot akutte hjerneslagpasienter.
2. Rehabilitering etter slagenhet skal ivaretas ved alle HF, ved de ovenfor nevnte avdelinger.
3. Senere i forløpet er rehabilitering ved opptreningsinstitusjoner og VHSS aktuelt.
4. Det er behov for kapasitetsøkning innen rehabilitering, spesielt ved Helse Finnmark HF, Nordlandssykehuset (NLSH) HF og Helgelandssykehuset HF.
5. Yngre pasienter med kompliserte problemstillinger må sentraliseres til UNN og NLSH.
6. UNN må sikres bemanning til å ivareta de mest kompliserte pasienter: locked-in-syndrom, unge med subaraknoidalblødning eller andre med behov for regionalt tilbud.
7. Synspedagogisk kompetanse må styrkes i regionen.

5.3 Pasienter med kroniske smertetilstander i bevegelsesapparatet

Muskel- og skjelettlidelser forårsaket i 1995 52 % av sykemeldinger, og i 1990–95 35 % av alle nye uførepensjonister. Eksempler på disse ofte sammensatte tilstandene er fibromyalgi,

¹⁰ Behandling av slagpasienter. Konsensuskonferanse. Rapport nr. 8 fra Komiteen for medisinsk teknologivurdering. Norges Forskningsråd. Oslo, mai 1995

¹¹ Norsk Generalplan for fysikalsk medisin og rehabilitering 2003-2007. Den norske legeförening

¹² Fjærtøft H., Indredavik B., Lydersen S.: Stroke Unit Care Combined with Early Supported Discharge, *Stroke*. 2003, 34: 2687

ryggsmerter, muskelsmerter, smerter fra sener og ligamenter. Både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer er viktige for forståelsen av disse tilstandene.

Pasientgruppa ivaretas i alle helseforetak. UNN og Helgelandssykehuset Sandnessjøen gir vurderings- og rehabiliteringsopphold, men UNN skal legges om til poliklinikk og dagtilbud slik NLSH tilbyr, og Sandnessjøen etablerer fysikalsk medisinsk poliklinikk. UNN har smerteskole. Ryggpoliklinikk er etablert ved Narvik sykehus og nakke- og ryggpoliklinikk er under etablering ved NLSH, UNN og Helgelandssykehuset Mosjøen.

En stor del av disse pasientene får tilbud ved opptreningsinstitusjonene og Valnesfjord Helseportssenter. RTV har nylig meldt sin interesse for Helse Nord i form av kjøp av behandlingsplasser for yrkesrettet rehabilitering fra VHSS og RNNK.

Denne pasientgruppa representerer mange utfordringer: Utvelgelse av rett pasient til rett tid, oppfølging og samhandling med 1. linjetjenesten og det lokale attføringsapparatet, overføring av kompetanse til kommunene, samhandling med øvrig spesialisthelsetjeneste, bedre metoder for evaluering og samarbeid med andre instanser, f.eks. trygdeetaten.

Prosjektgruppas forslag

1. Poliklinisk tilbud og dagbehandlingstilbud for denne pasientgruppa styrkes.
2. Samarbeidet mellom avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering og opptreningsinstitusjonene/Valnesfjord Helseportssenter på dette området styrkes.
3. Ved NLSH og UNN bygges det opp spisskompetanse som knyttes til nakke- og ryggpoliklinikker. Kompetanse skal spres til primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
4. Som prosjekt opprette et tverrfaglig regionalt ryggnettverk i samarbeid med primærhelsetjenesten, for å etablere en arbeidsdeling innen regionen og med nasjonale fagmiljøer.

5.4 Pasienter med ortopediske inngrep

I Helse Nord er nye lårhalsbrudd årlig ca. 1050 (233/100 000)¹³. På landsbasis anslås årlig 5000 proteseoperasjoner hofter og 1000 knær. Det anslås i regionen 9 senger til komplisert ortopedisk rehabilitering, særlig etter bruddskader (eksklusiv alvorlig multitraume)⁵.

En stor gruppe ortopedisk opererte pasienter, elektive og brudd, overflyttes direkte fra HF til opptreningsinstitusjoner for rehabilitering. UNN har avtale om tidlig overføring til RNNKs sykeavdeling av ortopedisk og revmatologisk opererte med behov for personhjelp. Det er en avtale mellom Finnmark HF og Opptreningsssenteret i Finnmark. Hålogalandssykehuset gir tilbud ved Opptreningsssenteret i Salangen. NLSH og store deler av Helgelandssykehuset benytter Nordtun HelseRehab.

Innen HF gir rehabiliteringsavdelingen i Harstad, avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFMR) ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen, og Nordlandssykehuset rehabiliteringstilbud. Nordlandssykehuset gir tilbud ved Vensmoen rehabilitering.

Prosjektgruppas forslag

Opptreningsinstitusjonene bør benyttes mer til tidlig overføring av ortopedisk opererte for å bedre rehabiliteringstilbudet og øke kapasiteten ved de ortopediske avdelingene.

¹³ Norsk Generalplan for fysikalsk medisin og rehabilitering 2003-2007. Den norske legeforening

5.5 Amputasjonspasienter

Årlige nye tilfeller i Helse Nord 135 (30/100.000 innbyggere)⁵. Behovet anslås til 14 senger i regionen (3/100.000)⁵.

5.5.1 Underekstremitetsamputerte

Forekomsten er relatert til traumer, økende alder og antallet eldre med karsykdom og diabetes mellitus. AFMR UNN rehabiliterer traumatiske amputasjoner i forbindelse med multitraume. Alle HF og noen opptreningsinstitusjoner gir jevnlig rehabilitering og protesetilpasning. Vensmoen rehabilitering gir i tillegg LMS-tilbud til underekstremitetsamputerte i senfasen.

Prosjektgruppas forslag

1. Rehabiliteringstilbudet til underekstremitetsamputerte bør bedres i alle HF.
2. AFMR UNN skal ha et spesielt ansvar for traumatiske amputasjoner ved multitraume.
3. Opptreningsinstitusjonenes tilbud bør utredes nærmere med tanke på framtidig behov.
4. Det bør bygges opp LMS-tilbud til amputerte i senfasen.

5.5.2 Overekstremitetsamputerte

UNN gir tilbud ved traumatiske amputasjoner. Protesetilpasning skjer i samarbeid med SIHF, Avdeling Ottestad, som har eget overekstremitetsamputasjonsteam med særskilt kompetanse.

5.6 Pasienter med inflammatoriske (betennelsesaktige) revmatiske sykdommer

Forekomst: 0,5-1,0 % og økende. Eks: Revmatoid arthritt, Morbus Bechterev. Tilbud om rehabilitering gis i, eller i nært samarbeid med, de revmatologiske avdelingene ved NLSH, UNN og Mo i Rana, og initieres ofte i HF i forbindelse med behandling, f.eks. revmakirurgi.

RNNK gir avlastet og tilpasset trening, undervisning, ergonomi og kostholdsveiledning. RNNK deltar i et forskningsprosjekt. Nordtun HelseRehab gir et tilbud til pasientgruppa. VHSS tilbyr informasjon, opplæring og tilpasset fysisk aktivitet, og oppfordres til å knytte tettere samarbeidslinjer til revmatologiske avdelinger ved Nordlandssykehuset og UNN. Rehabiliteringstilbud og LMS-tilbud gis ved NLSH og ved Vensmoen Rehabilitering.

5.7 Voksne pasienter med hjerte-og karsykdommer

Årlige tilfeller med hjerteinfarkt Helse Nord er ca. 1350 (300/100.000). Rehabilitering med livsstilsendring reduserer risikoen for død, sykelighet og uførhet^{15 16}. Rehabiliteringsbehovet er ca.110/100.000 årlig.

¹⁵ Aldana SG, Whitmer WR, Greenlaw R, et al: Cardiovascular risk reductions associated with aggressive lifestyle modification and cardiac rehabilitation. Heart Lung. 2003; 90, 1-14.

¹⁶ ExTraMATCH Collaborative. Exercise training meta-analysis of trials in patients with chronic heart failure (ExtraMATCH). BMJ, doi: 10.1136/bmj.37938.645220.EE (published 16.januar 2004)

Helgelandssykehuset (Sømna rehabilitering) har gruppetilbud med kardiolog og tilbud til pårørende. Alle opptreningsinstitusjoner tilbyr rehabilitering. Skibotn Rehabiliteringssenter har et spesialtilbud med testing, forelesning og enkeltsamtaler ved kardiologer fra UNN. VHSS har et veletablert rehabiliteringstilbud der hovedtyngden av klientene har gjennomgått infarkt og/eller invasive inngrep.

Prosjektgruppas forslag

1. Dagbehandlingstilbud innen rehabilitering for denne pasientgruppa styrkes der det er mulig.
2. Sammen med aktuelle avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering bør kapasiteten ved opptreningsinstitusjonene og VHSS utnyttes til tidlig rehabilitering med livsstilsendring hos pasienter med etablert og/eller stor risiko for hjerte-og karsykdommer.

5.8 Pasienter med kroniske lungesykdommer

Årlige nye tilfeller KOLS er 1%, dvs. 4500 i Helse Nord. Forekomst i regionen er ca. 20.000 med KOLS, 10.000 med astma, 25 personer med cystisk fibrose, halvparten over 18 år. Lungerehabilitering gir bedret livskvalitet, færre akuttinnleggelse og mindre bruk av helsetjenester. Behovets størrelse er usikkert og oppfølging av rehabiliteringstiltak er mangelfulle.

Hålogalandssykehuset har astmaskole og LMS-tilbud ved KOLS. Helgelandssykehuset Sandnessjøen (Sømna) gir lungerehabilitering og tilbud til barn og unge med astma under ledelse av hhv. lungelege og barnelege. Helgelandssykehuset Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen har LMS-tilbud ved astma og KOLS. NLSH har astmaskole til alle aldre, og LMS-tilbud til KOLS. UNN har lungerehabiliteringsteam som har drevet mye forskning. Teamet har bidratt til utviklingen av et døgnbasert gruppetilbud ved VHSS og deltar i tilbudet ved Skibotn Rehabiliteringssenter. Rehabiliteringstilbud gis også ved de andre opptreningsinstitusjonene og Helse Finnmark Kirkenes.

Prosjektgruppas forslag

1. Dagbehandlingstilbud i rehabilitering for denne pasientgruppa styrkes der det er mulig.
2. Sammen med aktuelle AFMR bør kapasiteten ved opptreningsinstitusjonene og VHSS utnyttes i rehabilitering av den store pasientgruppa med kronisk lungesykdom.

5.9 Eldre pasienter med akutt funksjonssvikt

Pasientgruppa er stor, voksende, og krever ofte akutt innleggelse p.g.a. fall med frakturer, vansker med forflytning, dehydrering og underernæring, mental svikt og inkontinens. Ved akutt sykdom eller operative inngrep utvikler eldre ofte raskt vesentlig funksjonstap. De har ofte mange plager samtidig og trenger gjerne lengre tid og flere tiltak samtidig for at de skal kunne leve selvstendig og uavhengig. Et økende antall undersøkelser tyder på at akutt funksjonstap hos eldre til en stor grad kan forebygges/reverseres ved egnet rehabilitering.

Prosjektgruppas forslag

1. Det skal finnes rehabiliteringstilbud til eldre i alle helseforetak.
2. Opptreningsinstitusjonene utnyttes som viktig ressurs i rehabilitering av eldre.
3. Alle lokalsykehus skal bygge opp geriatriske tilbud med kompetanse i diagnostikk og behandling av vanlige forekommende geriatriske problemstillinger.

5.10 Pasienter med hodeskade

Årlige nye tilfeller i Helse Nord er ca. 810 (170-200/100.000)^{17 18}, mild skade (hjernerystelse) 585 (130/100.000), moderat til alvorlig ca. 135 (30/100.000).

Rehabilitering av de alvorligste hodeskadene bør sentraliseres. Ca 15 % av alle hodeskader trenger spesialisert tilbud. Sengebehov anslås til 9 i regionen (2/100.000)¹⁹

UNN har regionalt ansvar for primær rehabilitering av de mest alvorlige skadene, som er svært ressurskrevende. Behovet er 4-5 senger. Tilbudet ved UNN er godt og pasientene prioriteres for rask innleggelse. I perioder med uvanlig mange sterkt skadde må enkelte henvises til primær rehabilitering utenfor regionen. Et problem er transport til lokalsykehus, ofte i intensivfasen, med tilbakeflytting til AFMR UNN når pasientene kan nyttiggjøre seg rehabilitering.

AFMR NLSH har rehabiliteringstilbud til pasienter med lettere hodeskader. UNN og NLSH har senfasetilbud (kurs og individuelle tiltak for pasienter og pårørende).

Prosjektgruppas forslag

1. Rehabilitering av pasienter med hodeskade bør bli et økt satsningsområde.
2. UNN HF skal ha regionfunksjon for primær rehabilitering av alvorlige hodeskader. Denne hodeskadeenheten bygges ut til 5 senger.
3. Oppfølging av pasientene etter overflytting eller utskriving kan foretas ved alle HF.
4. Pasienter med lettere hodeskader får tilbud om rehabilitering ved AFMR NLSH.
5. Det bør bygges opp *et intermediært tilbud* mellom akuttavdeling og rehabiliteringsenheten ved UNN for å starte rehabilitering så tidlig som mulig, og samtidig unngå ugunstige transporter til/fra lokalsykehus etter akuttbehandling.

5.11 Pasienter med multitraume

Omregnet fra tall Helse Øst vil årlige nye tilfeller Helse Nord være ca. 72 (16/100.000), og 18-30 (4-7/100.000) alvorlig multitraumatiserte (ISS >15)²⁰. Sengebehov anslås til 4-5 (1/100.000)²¹. Alvorlig multitraumatiserte har ofte flere skjelettskader, evt. amputasjoner, og ofte skader i nervestrukturer og/eller hodeskade.

Prosjektgruppas forslag

1. Ved omfattende multitraume gis tilbud om primærrehabilitering ved UNN HF.
2. Mindre skader kan rehabiliteres ved AFMR, evt. opptreningsinstitusjoner og VHSS.
3. Langtidsoppfølging inkludert psykisk og yrkesmessig rehabilitering må vektlegges.
4. Det etableres et ”intermediært tilbud” for tidlig rehabilitering mellom intensivavdeling og rehabiliteringsavdeling.

¹⁷ Ingebrigtsen T: Aspects of the Management of Minor Head Injury. Dr.gradsavhandling UiTø 1998.

¹⁸ www.videnscenter-for-hjerneskaade.dk

¹⁹ Norsk Generalplan for fysikalsk medisin og rehabilitering 2003 – 2007. den norske legeforening

²⁰ Røise, O: Foredrag, Høstmøte Norsk Forening for fysikalsk medisin og rehabilitering, nov. 2003

²¹ Norsk generalplan for fysikalsk medisin og rehabilitering

5.12 Pasienter med ryggmargsskader

Årlige nye tilfeller Helse Nord ca. 20, både traumatisk og atraumatisk.²² Helse Nord har sentralisert sitt rehabiliteringstilbud med oppfølging til Spinalenheten, St. Olavs Hospital som i liten grad organiserer noen ambulans eller yrkesmessig oppfølging. Enkelte får sekundærrehabilitering ved HF, VHSS og opptreningsinstitusjoner. RNNK tar imot inkomplette skader til avlastet intensiv motorisk trening. VHSS arrangerer årlige rullestol-kurs.

Prosjektgruppas forslag

1. Pasientenes tilbud må bedres ved at oppfølgingen også blir lokal.
2. Fagrådet for habilitering og rehabilitering bør kontakte St. Olavs Hospital og be om at det tas kontakt med hjemkommune og rehabiliteringsavdelingen i HF før utskrivelse.

5.13 Pasienter med multipel sklerose (MS)

Årlige nye tilfeller Helse Nord ca. 4-16 (1-4/100.000)²³. Ca. 360 lever med MS i regionen (80/100.000)²⁴. Utredning, behandling og nevrologisk oppfølging gjøres ved de nevrologiske avdelinger ved UNN, NLSH og Mosjøen sykehus. Det er organisert tverrfaglige, polikliniske ”MS-klinikker” med MS-sykepleier.

Mellomveien Bo- og Rehabiliteringssenter (MBR), AFMR UNN, gir regionalt rehabiliterings- og LMS-tilbud i en MS-enhet på 6-8 senger med nydiagnosekurs (også familie), opphold for rehabilitering, vurdering og bruk av ambulans rehabiliteringsteam. Det er nært samarbeid med nevrologisk avdeling, UNN.

VHSS gir et tilbud om tilpasset fysisk aktivitet til brukere som klarer seg selv i det daglige. Tilbudet i Helse Nord til personer med MS har høy kvalitet og tilfredsstillende kapasitet.

Prosjektgruppas forslag

UNN skal ha regional rehabiliteringsfunksjon innen MS, i samarbeid med VHSS som ved mindre funksjonsutfall gir tilbud om tilrettelagt fysisk aktivitet.

Det faglige samarbeidet mellom MBR og VHSS styrkes (jf. VHSS rapporten).

Det bør satses mer på rehabiliteringspoliklinikker, og på ambulante funksjoner.

Samarbeidet mellom rehabiliteringstilbud og MS-poliklinikkene/MS-sykepleierne ved nevrologisk avdeling UNN, NLSH og Helgelandssykehuset Mosjøen bør styrkes.

LMS-tilbud i senere faser av MS bør etableres flere steder i regionen.

Noen pasienter med MS kan, dersom lokale forhold taler for det, få rehabiliteringstilbud ved AFMR i det helseforetak der pasienten sokner til.

5.14 Pasienter med muskelsykdommer

Forekomst Helse Nord er ca. 400, 10% er barn og unge²⁵. Forekomst Duchenne muskeldystrofi ca. 26 (6/100.000). Barn med muskelsykdommer følges opp av Seksjon for barnehabilitering UNN og Barnehabiliteringsenheten NLSH. Seksjon for barnehabilitering

²² Norsk generalplan for fysikalsk medisin og rehabilitering

²³ Det nasjonale MS-register. Haukeland Universitetssykehus, Bergen

²⁴ Veileder i rehabilitering ved progredierende nevrologiske sykdommer, Statens Helsetilsyn 4-2000

²⁵ Foreningen for muskelsyke www.ffmpeg.no

UNN har et nært samarbeid med Nevromuskulært kompetansesenter. VHSS har et tilbud til barn. Etter fylte 18 år gis oppfølging og rehabilitering ved AFMR, Mellomveien Bo- og Rehabiliteringssenter, UNN.

Prosjektgruppas forslag

Det bygges opp et flerregionalt kompetansesenter for rehabilitering av voksne muskelsyke ved UNN, i samarbeid med Nevromuskulært kompetansesenter og Barneavdelingen UNN.

5.15 Pasienter med følgetilstander etter poliomyelitt

Forekomst i Helse Nord ca. 2000, hvorav ca. 800 har senfølger^{26 27}. UNN er regionalt kompetansesenter for pasientgruppa og har regional funksjon for vurderingsopphold og kontroll, poliklinisk eller innlagt, i samarbeid med nevrologisk avdeling. Rehabiliteringsopphold gis ved VHSS, ved AFMR i andre HF, eller ved opptreningsinstitusjoner med kjennskap til pasientgruppa.

Prosjektgruppas forslag

1. UNN skal ha regional funksjon der AFMR, nevrologisk avdeling og ved behov lungeavdelingen samarbeider om vurderingsopphold og kontroller ved nye funksjonstap.
2. Rehabilitering og oppfølging kan forøvrig skje ved alle HF.

5.16 Pasienter med Parkinsons sykdom

Årlige nye tilfeller Helse Nord er 72 (16/100.000). Forekomst 720 (160/100.000)¹⁷. Ofte eldre pasienter. Gradvis forverring er vanlig. Helse Øst anslår behovet for rehabiliteringssenger til 3 pr 100.000, dvs. 14-15 senger i vår region.

I Helse Nord er det nevrologer ved UNN, NLSH og ved sykehusene i Harstad og Mosjøen som diagnostiserer, initierer behandling og informerer pasient og pårørende. Rehabiliteringstilbud forutsetter nært samarbeid med medisinske og nevrologiske tiltak. Nevrologisk avdeling NLSH har parkinsonsykepleier og poliklinisk tilbud. RNNK har i samarbeid med Norges Parkinsonforbund utviklet et rehabiliteringstilbud, hvor pasienter tas inn både enkeltvis og i grupper. Det er også ønskelig å få et tilbud ved VHSS.

Prosjektgruppas forslag

1. RNNK bør i samarbeid med nevrologisk avdeling UNN og Norges Parkinsonforbund videreutvikle sitt tilbud.
2. VHSS utarbeider et tilbud i samarbeid med nevrolog ved UNN/NLSH/evt. sykehusene i Harstad og Mosjøen, og Norges Parkinsonforbund (jf. rapporten om VHSS).
3. LMS-tilbud bør etableres i alle helseforetak. Pårørendetilbud i tidlig fase bør etableres.
4. Tilbud ved andre opptreningsinstitusjoner må vurderes i samarbeid med Helse Nord.

²⁶ Norsk Generalplan for fysikalsk medisin og rehabilitering 2003-2007, Den norske legeförening

²⁷ Veileder i rehabilitering ved progredierende nevrologiske sykdommer, Statens Helsetilsyn 4-2000

5.17 Voksne pasienter med cerebral parese

Ivaretas av barnehabiliteringstjenesten til fylte 18 år. Videre oppfølging oftest av habiliteringsteam for voksne eller ambulant rehabiliteringsteam. AFMR, UNN har regionfunksjon for vurderingsopphold, lokalisert ved MBR. VHSS har tilbud til kognitivt velfungerende voksne.

Prosjektgruppas forslag

Alle HF skal ha rehabiliteringstilbud og bør etablere LMS-tilbud.

5.18 Pasienter med ryggmargsbrokk

Ivaretas av barneavdelinger og barnehabiliteringstjenesten til fylte 18 år. Det arbeides med å få til et fullverdig tilbud i Helse Nord. VHSS samarbeider med habiliteringstjenesten for barn i regionen for å få utvikle et tilbud til barn. Tilbudet til voksne pasienter er utilstrekkelig. Nasjonalt har Trenings- og Rådgivningssenteret (TRS) tilbud etter 18 år.

Prosjektgruppas forslag

UNN og NLSH bør bygge opp et habiliterings- og rehabiliteringstilbud til pasienter over 18 år med et system for oppfølging.

5.19 Pasienter med autisme

Nordland har eget autismeteam. Troms bygger opp sitt tilbud til barn gjennom et autismeprojekt over 5 år. Pr. 01.01.2006 skal det være opprettet 5 stillinger som skal betjene UNN HF og Finnmark. Satsningsområder vil være tilbud til Asperger, og alternativ kommunikasjon for autister. Seksjon for barnehabilitering UNN skal sammen med det statlige spesialpedagogiske støttemiljøet sørge for ulike tiltak for kompetanseheving.

Prosjektgruppas forslag:

Tilbudet til voksne personer med autisme vil omtales i planen for voksenhabilitering.

5.20 Pasienter med sansetap

5.20.1 Hørselshemming

I Helse Nord antas det at ca. 10.000 hørselshemmede har behov for langvarige og koordinerte tiltak. Dette gjelder særlig ved ikke medfødt hørselshemming, øresus og Menieres sykdom²⁸. Ca.7 % av voksne har plagsom øresus med behov for rehabiliteringstilbud²⁹.

Viktige aktører i hørselsrehabiliteringen er hørselssentralene, hjelpemiddelsentralene, de spesialpedagogiske sentrene, hørselskontakter i kommunene og tilbud i brukerorganisasjonene (likemannsarbeid og kurs). Rehabiliteringstilbudene framstår som oppstykket, dårlig koordinert og med dårlig ressursutnyttelse. Dette gjelder særlig voksne hørselshemmede.

²⁸ Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede. Helsedepartementet/Sosial- og helsedepartementet 2002

²⁹ Riseth, SIFF 1996

Prosjektgruppas forslag

Helse Nord bør snarest vurdere behovene for å styrke hørselsrehabiliteringen på bakgrunn av Helsedepartementets handlingsplan for hørselshemmede. De tre hørselssentralene i regionen (Bodø, Harstad, Tromsø) bør ha et særlig ansvar for å koordinere arbeidet.

5.20.2 Synshemming

Forekomst ca. 2 % av menn og 4 % av kvinner, dvs. 14.000 i Helse Nord³⁰. De fleste er eldre med ervervet synshemming (makuladegenerasjon, diabetes retinopati, hjerneslag).

Mange eldre synshemmede vil langt på vei kunne opprettholde sine daglige aktiviteter (lesing, skriving, hushold, orientering etc) ved undersøkelse, tilpassing og opplæring i bruk av riktige synshjelpemidler og/eller tilrettelegging av omgivelsene.

Viktige aktører i synsrehabiliteringen er hjelpemiddelsentralene, de spesialpedagogiske sentrene og synskontakter i kommunene. Norges Blindforbund arrangerer rehabiliteringskurs ved *Evenes Kurs- og Treningscenter* for de tre nordligste fylkene, og organiserer likemannstjeneste.

Prosjektgruppas forslag

Helse Nord bør vurdere behovene for å styrke rehabiliteringen for synshemmede.

5.20.3 Pasienter med kreft

I 1997 fikk anslagsvis 60 personer i Helse Nord kreft i hjerne eller sentralnervesystem, mens forekomsten var ca. 420. Aldersfordeling: 20-40 år: 13/100.000, 40-50 år: 30/100.000, 50-60 år: 44/100.000³¹.

Rehabilitering kan være aktuelt, spesielt ved følgetilstander fra sentralnervesystemet. Den som har eller er blitt behandlet for kreft, har stort behov for omsorg, trøst og støtte. Mange trenger også praktiske råd og trening i å mestre sin nye livssituasjon. Samme kreftsykdom kan dessuten utløse ulike behov hos hvert enkelt menneske. Kreft rammer også familien.

Alle HF tilbyr lymfødembehandling til brystkreftopererte, noen også til andre kreftopererte. Flere opptreningsinstitusjoner tar imot pasienter med kreft til rehabilitering.

Montebello-Senteret ved Lillehammer, som drives av Den Norske Kreftforening, gir rehabiliteringstilbud til pasienter fra hele landet. Pasientene må være i en slik fysisk form at de er i stand til å klare seg selv. Montebello-Senterets kursvirksomhet retter seg også mot helsepersonell og andre faggrupper.

Prosjektgruppas forslag

Behovet for kreftrehabilitering bør utredes nærmere. Det bør da etableres samarbeid med kreftavdelingene ved UNN og NLSH, og andre avdelinger som behandler kreftpasienter.

³⁰ SSB levekårundersøkelse 1998

³¹ Kreftregisteret

5.20.4 Pasienter med diabetes (og overvekt)

Diabetes type 2 øker. Nyere viten tyder på at både sykkelighet og dødelighet kan reduseres ved adekvat rehabilitering med undervisning³². Opptreningscenteret i Finnmark har, i samarbeid med Norges Diabetesforbund og Diabetesteamet i Alta, et behandlingstilbud. VHSS har et gruppetilbud. Helse Nord har tatt initiativ til, i samarbeid med HF-ene, å utarbeide en egen handlingsplan for diabetes i 2004.

Prosjektgruppas forslag

Det bør etableres rehabiliteringstilbud med LMS-kurs og kostholdsveiledning.

Dagbehandlingstilbud for denne pasientgruppa styrkes der det er mulig.

Sammen med aktuelle AFMR bør kapasiteten ved Opptreningsinstitusjonene og VHSS utnyttes som en ressurs i undervisning og rehabilitering av personer med diabetes type 2.

³² Gæde P, Vedel P, Larsen N, et al: Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. N Engl Med. 2003; 348, 383-393

6 HANDLINGSPLAN MED TILTAK

6.1 Visjoner og mål for habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i Helse Nord

6.1.1 Visjon

Helse Nords visjon er at

”Pasienten skal bli møtt med rett kompetanse til rett tid, og foretrekke undersøkelse og behandling i Helse Nord. - Helse i Nord der vi bor -.

Helse Nords visjon passer også godt som visjon for denne handlingsplanen:

(Re)habiliteringspasienten skal bli møtt med rett kompetanse til rett tid, og foretrekke undersøkelse og behandling i Helse Nord. – Rehabilitering i Nord der vi bor -.

6.1.2 Hovedmål fram mot 2010

1. Alle relevante målgrupper har tilbud om habilitering og rehabilitering på spesialistnivå
2. Fagfeltet er akademisk forankret
3. Helsetjenesten er organisert slik at habiliterings- og rehabiliteringstjenesten gir brukeren et godt, effektivt og helhetlig tilbud
4. Det er utviklet dokumentasjonsverktøy som brukes aktivt
5. Finansieringsordninger stimulerer til habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet
6. Brukermedvirkning er utviklet og implementert i tjenesten

Overordnet mål for planperioden 2004-2010:

Rehabiliteringstilbudet i Helse Nord skal være minst like godt som det beste nasjonalt, og på nivå med internasjonale tilbud.

Strategien for å få til en slik ønsket utvikling vil framgå av tiltakene i handlingsplanen.

Mennesker med funksjonshemning ønsker færrest mulig begrensninger i sine liv, med minst mulig innblanding av fagfolk, sykehusopphold m.v. Jo bedre tilbudene er organisert, desto mindre vil de ha behov for å bruke helsevesenet. Målet er de at til enhver tid skal kunne benytte den kompetanse som er best egnet for å kunne leve et mest mulig selvbestemt liv. Tjenesten må derfor organisere seg ut fra et *nettverksansvar* på tvers av geografiske skiller, forskjellige etater og faggrupper.

”Jo bedre kvalitet vi gir og jo bedre vi organiserer tilbudet, jo mindre vil pasientene bruke oss!” (Overlege Svend Rand-Hendriksen, Sunnaas sykehus, sitat fra innspillmøte med prosjektgruppa)

6.1.3 Servicemål

- Ved ny funksjonshemning etter skade eller sykdom, skal pasienten overføres direkte fra akuttavdeling til spesialisert rehabiliteringsavdeling.

- Pasienter med hjerneslag og behov for videre rehabilitering etter slagenheten, skal mottas i spesialisert rehabiliteringsenhet 1-3 uker etter hjerneslaget.
- Ved nyoppstått funksjonshemming på grunn av andre skader/sykdommer, skal pasienten mottas i spesialisert rehabiliteringsavdeling 1-2 uker etter henvisning.
- Ved behov for vurdering, habilitering eller rehabilitering i senere faser skal ikke ventetiden overstige 6 måneder.
- Ved innleggelse skal det så snart som mulig tas kontakt med hjemkommunen, og evt. rehabiliteringsavdelingen/ART i det helseforetak pasienten geografisk sokner til.
- Alle pasienter skal få utarbeidet en individuell behandlingsplan for oppholdet. For de pasienter som skal ha individuell plan etter utskriving, skal rehabiliteringsavdelingen ta initiativ til dette.
- For pasienter med kompliserte problemstillinger, og hvor det er behov for veiledning av kommunalt nivå, skal ambulant rehabiliteringsteam eller habiliteringsteam bidra med veiledning og kompetanseoverføring.
- Det skal ikke være nødvendig å henvise pasienter ut av egen helseregion på grunn av kapasitetsproblemer.

6.2 Ledelse og koordinering

Sterke sider

Det er etablert et fagråd for habilitering og rehabilitering i regionen. Fagrådet er rådgivende for Helse Nord RHF i spørsmål av faglig art. Fagrådet skal være overordnet og samlende for øvrige regionale fagnettverk som er etablert i alle tjenesteområdene. Nordlandssykehuset har rehabiliteringsråd både i Salten og Lofoten med etablert samarbeid med kommunene og brukerorganisasjonene.

Forbedringsområder

Krav i "Forskrift om habilitering og rehabilitering (2001)" om koordinerende enhet er ikke oppfylt. Informasjon om tjenestetilbudene til pasienter og innsøkende instanser er ikke tilfredsstillende. Det er et potensial for å gi et totalt sett bedre tilbud til pasientene i landsdelen gjennom mer målrettet samarbeid og koordinering mellom opptreningsinstitusjonene/Valnesfjord Helsesportssenter og helseforetakene.

Anbefalte tiltak

- *Koordinerende enheter:* For å imøtekomme forskriftskravene om koordinerende enhet er det nødvendig å etablere koordinerende funksjoner på 2 nivå; i hvert enkelt foretak og i det regionale helseforetaket. Enhetene skal dekke både habilitering og rehabilitering og ha et livsløpsperspektiv
- *De koordinerende enhetene i helseforetakene* skal være mottaker av henvendelser fra brukere og andre tjenesteytere, og ha kompetanse til å kunne svare på henvendelser som gjelder tilbud lokalt, regionalt og nasjonalt. Enheten vil også være kontaktpunktet mellom de koordinerende enhetene i kommunene og helseforetaket. Målet er en fast adresse/telefon med god tilgjengelighet og service. Enhetene knyttes til rehabiliteringstjenesten i helseforetaket. For å ivareta funksjonen må merkantile tjenester styrkes med 0,5 stilling i hvert HF.
- *Regional koordinerende enhet* legges til UNN. Tilknyttet Regional koordinerende enhet opprettes en opplysningstelefon og nettside/internettportal med oversikt over alle habiliterings- og rehabiliteringstilbud innen regionen, inkludert opptreningsinstitusjoner og Valnesfjord Helsesportssenter (ytelsen, inntakskriterier,

henvisningsrutiner, kontaktinformasjon med mer). Tjenesten skal knyttes opp mot Nord-Norsk Helsenett, og være tilgjengelig for personell i de koordinerende enhetene i helseforetakene, brukere og pårørende, personell i førstelinjetjenesten og andre samarbeidspartnere.

- *Brukerhåndbok*. Det skal utarbeides en brukerhåndbok med oversikt over alle (både offentlige og private drevne/offentlig finansierte) habiliterings- og rehabiliteringstilbud innen regionen. Brukerhåndboka presenteres på nettsiden, men skal også kunne være tilgjengelig i papirformat. Det foreslås at Lærings- og Mestringssentrene ved UNN og Nordlandssykehuset sammen utarbeider brukerhåndboka.
- *Fagrådet for habilitering og rehabilitering* gjøres til et permanent organ. Sammensetningen utvides slik at også Regionalt Brukerutvalg og opptreningsinstitusjonene er representert.
- *Rehabiliteringsråd*: For å styrke samarbeidet mellom helseforetakene og kommunene bør det i hvert foretak etableres et Rehabiliteringsråd med representanter fra brukerorganisasjoner, kommuner, opptreningsinstitusjoner og helseforetak. I vedlegg beskrives dette nærmere.
- *Nytt nettverksprosjekt*: For å få nødvendig kraft bak gjennomføringen av tiltakene som er skissert under 6.2., etableres et prosjekt kalt ”Nettverk for rehabilitering i Helse Nord”. Prosjektet skal være pådriver for å få på plass koordinerende enhet(er), og inkludere og formalisere nettverk mellom helseforetak, opptreningsinstitusjonene, VHSS og kommunalt nivå. Helse Nord er ansvarlig.
- *Opptreningsinstitusjonene og Valnesfjord Helsesportssenter*: For å optimalisere utnyttelsen av tilgjengelige ressurser i regionen foreslår prosjektgruppa at Helse Nord oppretter en eller flere arbeidsgrupper som skal vurdere hvilke bidrag den enkelte opptreningsinstitusjon kan tilføre rehabiliteringsarbeidet i landsdelen. Mandat og sammensetning bør være sammenlignbar med gjennomgangen av Valnesfjord Helsesportssenter i 2002. Gjennomgangen bør skje i regi av Helse Nord med deltakelse fra aktuelle helseforetak, og det kan være naturlig å ta geografiske hensyn. Opptreningsinstitusjonene og Valnesfjord Helsesportssenter anbefales å inngå avtaler om faglig samarbeid med helseforetak. Avtalene utformes slik at brukerne får reelt fritt valg med hensyn til behandlingssted. Avtale med en institusjon skal ikke utelukke avtaler med andre institusjoner om samme eller andre pasientgrupper.

6.3 Anbefalt funksjons- og oppgavedeling - habilitering og rehabilitering i Helse Nord

Alle 5 helseforetak skal ha basistilbud til personer/brukergrupper med habiliterings- og rehabiliteringsbehov. Dette gjelder personer med medfødte funksjonshemninger, hjerneslag, som har fått utført ortopediske inngrep, amputasjoner, har hjerte- og lungesykdommer, revmatiske sykdommer. Oppfølging av personer med senfølger etter poliomyelitt og progredierende lidelser. På lokalsykehusnivå vil personer med hjerneslag være den største del av målgruppa. Lokalsykehusavdelingen følger opp pasienter som henvises fra et høyere nivå. Alle helseforetak skal ha tilbud om utredning og behandling ved problemer innen muskel-skjelettsystemet.

Nordlandssykehuset HF skal ha et tilleggsansvar for yngre slagrammede, personer med traumatisk hjerneskade, oppfølging av multitraume, sansetap og kompliserte smertetilstander, muskel-skjelettlidelser. Kompliserte førerkortvurderinger.

Universitetssykehuset Nord-Norge skal ha tilbud på regionnivå til yngre personer (<70 år) med sjeldnere og/eller mer kompliserte funksjonshemninger. Regionfunksjoner er tidlig-rehabilitering av personer med alvorlig traumatisk hjerneskade, omfattende multitraume, kompliserte hjerneslag som locked-in-syndrom og unge pasienter med subaraknoidal-blødning. Videre vurderingsopphold for personer med cerebral parese, og personer med senfølger og senskader etter poliomyelitt. Regionalt rehabiliterings- og mestringstilbud for personer med multippel sklerose i samarbeid med Valnesfjord Helsesportssenter. Oppbygging av flerregionalt kompetansesenter for rehabilitering av voksne muskelsyke. Regionfunksjonen skal også være en ”second opinion instans”, for eksempel i forhold til kompliserte førerkortvurderinger, unge med kompliserte kognitive funksjonsutfall eller pasienter som kan ha nytte av spesialtilpassede IT-hjelpemidler. Videre har UNN tilbud om utredning av dysfagi med videofluoroskopi.

Barnehabiliteringstjenesten/barneavdelinga ved UNN har ansvar for barn fra Troms og Finnmark med muskelsykdommer, og tilbud om intensiv trening med Petø-metodikk.

UNN og Nordlandssykehuset bør bygge opp tilbud om oppfølging av voksne med ryggmargsbrokk.

Opptreningsinstitusjonene mottar pasienter fra hele landet, med hovedvekt på de tre nordligste fylkene. I forhold til faglig tilbud representerer de en ikke ensartet gruppe. Arbeidsgruppa mener at disse institusjonene fortsatt skal ivareta rehabiliterings- og opptreningstilbud til brukere med sammensatte muskel-/skjelettlidelser, revmatoid artritt (leddgikt), hjerte-karlidelser, lungelidelser, enkelte nevrologiske lidelser og etter ortopediske operasjoner. Rehabilitering av personer med nevrologiske lidelser vil ofte være aktuelt i senere faser av rehabiliteringsforløpet, og spesielt hvis behovet er videre fysisk opptrening, for eksempel etter hjerneslag. Opptreningsinstitusjonene bør fortsatt gi behandlingstilbud til brukergrupper med livsstilssykdommer som f.eks. diabetes type 2. Institusjoner som har spesialisert seg på f.eks. psykososiale lidelser (Opptreningssenteret i Salangen) og kreft (Nordtun) bør fortsette å gi disse tilbudene. Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad bør ha et hovedansvar (sammen med Valnesfjord Helsesportssenter) for rehabiliteringstilbud til brukere med Parkinsons sykdom.

Opptreningsinstitusjonenes oppgaver vil i noen tilfeller overlape med lokalsykehusfunksjonsoppgaver i rehabilitering, i andre tilfeller med kommunale oppgaver. En hovedvekt av brukere er ikke avhengig av personhjelp. Et unntak er Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad, som har en avdeling for pasienter med hjelpebehov og som har en avtale med UNN om tidlig overflytting av ortopedisk opererte pasienter med hjelpebehov.

Valnesfjord Helsesportssenter skal ivareta en regional funksjon med tilbud innen tilpasset fysisk aktivitet for et bredt spekter diagnosegrupper, også barn og ungdom. Pasienter med hjelpe-/pleiebehov må ha med seg ledsager.

Aldersmessige kriterier

Arbeidsgruppa anbefaler at avdelingene for fysikalsk medisin og rehabilitering med basis rehabiliteringstilbud og opptreningsinstitusjonene ikke har aldersbegrensning oppad. Ved

Nordlandssykehuset og UNN, hvor det er/vil bli geriatrisk avdeling, skal det være en arbeidsdeling med det geriatriske rehabiliteringstilbudet ved alder ca. 70 år.

Flerregionale og nasjonale funksjoner

Rehabilitering av personer med ryggmargsskade ivaretas ved Spinalenheten, St. Olavs Hospital. Det er definert landsfunksjoner for flere små diagnosegrupper.

6.4 Anbefalt organisering av rehabiliteringstilbud for voksne

Sterke sider

Alle 5 helseforetak har en avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering eller en rehabiliteringsavdeling. Alle rehabiliteringsenhetene har en base på et sykehus. Det er flere velfungerende fagnettverk i regionen, kunnskap om andre rehabiliteringstilbud og gode samarbeidsforhold. Nordland fylke har hatt stimuleringsmidler for å vedlikeholde et nettverk mellom sykehus og kommunalt nivå, og for kompetanseoppbygging i habiliteringstjenesten. I regionen er det 5 opptreningsinstitusjoner og Valnesfjord Helsesportssenter.

Forbedringsområder

En tydelig organisering av virksomheten vil kunne bidra til helhet og tilgjengelighet. Arbeidsdelingen mellom sykehus må bli klarere. Opptreningsinstitusjonene har organisatorisk og faglig ofte vært plassert utenfor en samlet tiltakskjede.

Det er viktig å utvikle samarbeidet mellom fysikalsk medisin og rehabilitering og øvrige spesialiteter, for eksempel ortopedi, geriatri, nevrologi, revmatologi, psykiatri. Samarbeid og nærmere organisatorisk tilknytning mellom rehabiliteringsrettede fag, for eksempel med geriatri, kan styrke denne delen av den somatiske helsetjenesten.

Anbefalte tiltak:

- Alle helseforetak skal ha én enhet for fysikalsk medisin og rehabilitering.
- Alle enheter for fysikalsk medisin og rehabilitering, samt enkelte opptreningsinstitusjoner/VHSS som gir spesialisert rehabilitering, skal ha fleksible tilbud med heldøgnsenger, dagtilbud, tverrfaglig poliklinikk og ambulante tjenester.
- Det anbefales et nærmere faglig samarbeid mellom VHSS/opptreningsinstitusjonene og avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering i helseforetak.
- Ved UNN og NLSH anbefales det separate geriatriske avdelinger og avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering.
- Ved de mindre sykehusene i Kirkenes, Harstad og Sandnessjøen anbefales det å integrere geriatrisk rehabilitering og fysikalsk medisin og rehabilitering i én avdeling.
- Tverrfaglig poliklinikk for pasienter med muskel-skjelett problematikk forsterkes for helseforetakenes vedkommende ved NLSH, UNN og ved Sandnessjøen sykehus. Nakke- og ryggpoliklinikk er under etablering ved Nordlandssykehuset og UNN. Det vil også være gunstig om enkelte opptreningsinstitusjoner og Valnesfjord Helsesportssenter kan bygge opp slike tilbud.
- Det bør etableres en spesialinnredet treningsleilighet i regionen, ved UNN.
- Lærings- og mestringssentre etableres i alle helseforetak. Arbeidsgruppa som skal utrede tilbud ved opptreningsinstitusjonene bør gi en anbefaling av behovet for lærings- og mestringstilbud.

- Helseforetak som har avtaler med sykestuer bør ta hensyn til behovet for lokale rehabiliteringsplasser i disse avtalene.

I tillegg anbefales et tiltak i for å få på plass sammenhengende behandlingsskjede fra akutt skade/sykdom for pasienter som har gjennomgått alvorlige skader:

- Ved UNN etableres et intermediært tilbud for pasienter med alvorlige traumatiske hjerneskader og omfattende multitraume. Tilbudet skal ha direktelinje fra nevrokirurgisk/kirurgisk intensivavdeling, for å igangsette tidlig rehabilitering i påvente av overflytting til spesialisert rehabiliteringsavdeling.

6.5 Styrking av ambulante habiliterings- og rehabiliteringstjenester for voksne

Sterke sider

Fire av fem helseforetak har ambulant rehabiliteringsteam (ART) (jf. kap. 4.2.1). Alle helseforetak har habiliteringsteam for voksne. Det er aktive regionale nettverk for ambulante rehabiliteringsteam og voksenhabilitering.

Forbedringsområder

Alle avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering bør ha et ambulant rehabiliteringsteam. Habiliteringsteamene for voksne er ulikt organisert og dimensjonert i Helse Nord. I flere lokalsykehusområder har befolkningen ufullstendig tilbud av ambulante tjenester. Det er også forskjeller i arbeidsform og målgrupper for tjenesten.

Anbefalte tiltak

- Alle helseforetak skal ha ambulante team. Kapasiteten må styrkes. I noen helseforetak vil det være hensiktsmessig med ART ved flere sykehus, som organisatorisk bør være tilknyttet avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering. Ambulante team innen habilitering og rehabilitering, psykiatri og geriatri må samordnes, ikke minst for å komme kommunene i møte.
- Helseforetakenes ART skal etter henvisning samarbeide med opptreningsinstitusjonene og VHSS om pasienter.
- I samarbeid med rehabiliteringstjenesten bygges det opp ambulant kompetanse i hvert helseforetak for å arbeide med problemstillingen ”unge ut av sykehjem.”
- Ambulante rehabiliteringsteam forsterkes med ressurser og kompetanse i forhold til yrkesrettet rehabilitering.
- Det må bygges opp regional kompetanse for bo- og levetrening for unge med store kognitive/sosiale problemer som følge av ervervet hjerneskade. Tilbudet etableres med utgangspunkt i ambulant rehabiliteringsteam UNN i samarbeid med flere helseforetak/kommuner.
- Livsløpsperspektivet må sikres for personer med medfødte funksjonshemninger ved faste overføringsprosedyrer mellom barne- og voksenhabilitering og rehabilitering.
- Fagnettverket for voksenhabilitering i Helse Nord er blitt enige om at det er behov for et eget regionalt planarbeid som fokuserer på denne tjenesten. Arbeidsgruppa støtter dette forslaget. Habiliteringstjenesten for voksne skal utredes også nasjonalt.

UNNs basistilbud i rehabilitering vil til en stor grad være dekket av geriatrik avdeling, områdegeriatrike tjenester og opptreningscentre. Dimensjonering i 2010 er beregnet ut fra følgende sengeantall: Hodeskadeenhet 5, hjerneslag (<70 år) 4, multitraumatiserte og amputasjoner 5, poliomyelitt 2, andre nevrologiske sykdommer 2, multippel sklerose 6, muskelsyke 4, cerebral parese 2, sekundær-rehabilitering hjerneslag 4.

Kapasiteten ved Hålogalandssykehuset består av rehabiliteringsavdelinga Harstad sykehus og Lødingen rehabiliteringssenter.

I beregning av Nordlandssykehusets kapasitet er det forutsatt en separat geriatrik avdeling.

Dagens sengetall ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen på 18 senger fordeler seg med 6 senger i Sandnessjøen som del av kir.avd. og 12 senger ved Helgeland Rehabilitering i Sømna. De 6 sengene i Sandnessjøen brukes til multitraumatiserte, bruddpasienter og tverrfaglig ryggrehabilitering. P.g.a. bemanningssituasjonen er det i bruk ca.10 senger i Sømna til eldre med hjerneslag (3), amputasjoner/brudd hos gamle/kreftpasienter (3), og ellers gruppetilbud for afasirammede, astma, hjerterehabilitering, lungerehabilitering. Utvidelse med 6 senger til totalt 24 planlegges i Sandnessjøen for etablering av egen avdeling med 12 senger. Herav 3 senger for utvidelse av tilbud til eldre hjerneslagpasienter og 3 senger for geriatrik rehabilitering av eldre med akutt funksjonssvikt.

6.7 Organisering og styrking av habiliteringstilbud for barn

Sterke sider

Det er habiliteringsteam for barn i alle helseforetak. Som et resultat av den regionale barnehabiliteringsplanen fra 2002, er det etablert en fast koordineringsinstans mellom de 5 helseforetakene, et lederforum for barnehabiliteringstjenesten. Det er etablert tilbud om intensiv trening med Petø-metodikk ved UNN.

Forbedringsområder

Barnehabiliteringstjenesten er ulikt organisert i de 5 helseforetakene, og endring i organisering som følge av helseforetaksreformen bør vurderes. Det er behov for en kapasitetsøkning.

Anbefalte tiltak

- Ambulante funksjoner med særlig vekt på tiltakssiden etter utredningsfasen, bør styrkes.
- Tjenestetilbudet må samordnes med det statlige pedagogiske støttesystem.
- Petø-tilbudet ved UNN videreutvikles og videreføres som et tilbud til hele regionen.
- Det er en geografisk skjevhet i forhold til hvilke barn og ungdommer som får et tilbud ved Valnesfjord Helseportssenter, og det anbefales at helseportssenteret får en klarere regional profil.
- Habiliteringsteamet for voksne ved Harstad sykehus utvider tjenestetilbudet til også å gjelde habilitering av barn.

6.8 Behov for økt rekruttering

6.8.1 Rekruttering av legespesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering

Sterke sider:

Helse Finnmark Kirkenes, Valnesfjord Helseportssenter, Nordlandssykehuset Bodø og Helgelandssykehuset Sandnessjøen er godkjent som gruppe II institusjoner for utdannelseskandidater i fysikalsk medisin og rehabilitering, mens Universitetssykehuset Nord-Norge er godkjent som gruppe I. Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad er godkjent som et år for allmennmedisin og har søkt godkjenning for Fysikalsk medisin og rehabilitering.

Forbedringsområder

Det er problemer med å rekruttere spesialister og å få besatt utdanningsstillingene. Ved helseforetakene er det for få stillingshjemler i forhold til behovet og det tar lang tid å få slike hjemler i konkurranse med andre fagområder. For opptreningsinstitusjonene og VHSS er økonomi den viktigste begrensningen for ansettelse av flere leger og annet fagpersonell.

Anbefalte tiltak

Som anbefalt i Norsk Generalplan for fysikalsk medisin og rehabilitering ansettes legespesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering etter basisnormen et legeårsværk pr. 25.000 innbyggere. Med tilleggsfunksjoner, regions- og universitetsklinikkoppgaver er det behov for flere årsværk. Antall stillingshjemler må fram til 2010 økes, se tabellen.

Antall stillingshjemler. Ubesatte stillinger pr. 01.01.04 står i parentes.

	Overleger			Assistentleger		
	2004	2005	2010	2004	2005	2010
Helgelandssykehuset S.sjøen	3 (2)	3	5	1	2	3
Univ.sykehuset Nord-Norge	4 (1)	5	7	2	3	4
Helse Finnmark Kirkenes	1	2	3	1 (1)	1	1
Hålogal.sykehuset Harstad	2	3	4	0	1	2
Nordlandssykehuset Bodø	3 (0.5)	4	6	1	1	3
Valnesfjord Helsep.senter*	3	3	3	2 (1)	2	2
Rehab.sentret N-N Kurbad *	1	2	2	1	2	2

*) VHSS har totalt 5 stillingshjemler og RNNK har totalt 3 stillingshjemler for leger (ulike spesialiteter). De andre opptreningsinstitusjonene har samlet 1.3 overlegestillinger.

I tillegg anbefales:

- Det etableres et prosjekt for rekruttering og stabilisering av leger i fysikalsk medisin og rehabilitering i regi av Helse Nord, etter modell av rekrutteringsprosjektene innen psykisk helsevern.

6.8.2 Rekruttering av sentrale fagpersoner

Sterke sider

Det er utdannet nevropsykologer i landsdelen, flere er i gang med spesialistutdanning.

Forbedringsområder

Både habilitering og rehabilitering har problemer med å rekruttere psykologspesialister og spesialpedagoger/logopedier. Antatt medvirkende årsak er lavere lønn enn i sammenlignbare

jobber, evt. ugunstige arbeidsforhold med mye reising, ubekvem arbeidstid. Små team er en medvirkende årsak, og må motvirkes ved fagnettverk. Ved sengeposten ved UNN er det vanskelig å rekruttere sykepleiere, sannsynligvis på grunn av krevende problemstillinger hos personer med omfattende rehabiliteringsbehov.

Anbefalte tiltak

- Særlige rekrutteringstiltak for psykologer med spesialistutdanning
- Legge til rette for rekruttering av psykologer som ønsker å spesialisere seg i nevropsykologi.
- Harmonisere lønnen til pedagoger i helsevesenet med lønnsnivået i skoleverket
- Styrking av synspedagogisk kompetanse i regionen.
- En bemanning som tilsvarende arbeidsoppgaver som skal løses

6.9 Samisk befolkning og personer med annen kulturbakgrunn

Sterke sider

Sametinget har opprettet stipend til samiske fagfolk som tar videreutdanning innen rehabilitering, og forvalter prosjektmidler for oppfølging av NOU 1995:6. Sametinget er sentral samarbeidspart i utvikling av tjenestetilbudet til samiske pasienter.

Forbedringsområder

Helse Nord RHF har et ansvar for samiske pasienter både i følge Samelovens språkregler og Pasientrettighetslovgivningen. UNN er tillagt et spesielt regionalt ansvar. Opptreningscenteret i Finnmark skal blant opptreningsinstitusjonene ha et spesielt ansvar for samiske pasienter. I forhold til diagnosegrupper som slagrammede med afasi, er behovene for samisk språklig kompetanse spesielt store. Som behandlere for flyktninger og asylsøkere møter en spesielle utfordringer knyttet til språk, tidligere opplevelser, andre kulturer og ofte en annen sykdomsforståelse.

Anbefalte tiltak

- Oppbygging av kompetanse i samisk språk- og kulturforståelse blant helsepersonell
- Samisk befolkning stimuleres til rehabiliteringsrelevant utdanning på universitets- og høgskolenivå
- Stimulere til velfungerende tolketjenester
- Øke kompetansen i forhold til rehabilitering av mennesker fra andre kulturer

6.10 Forskning, undervisning og utvikling

Sterke sider

Det har vært relativt mye fagutvikling i avdelingene i etableringsfasen. Fysikalsk medisin og rehabilitering er inne på undervisningssiden på Høgskolen i Tromsø, det er videreutdanning i rehabilitering ved Høgskolen i Harstad, og ved Høgskolen i Bodø er det en utdanning i helsepedagogikk. SKUR er etablert ved Høgskolen i Bodø, har landsdekkende funksjon. Høgskolen i Bodø har søkt om mastergrad i rehabilitering. Senter for funksjonshemmedeforskning (SEFF) i Bodø vil bli styrket. UiTø har lyst ut stilling for førsteamanuensis II i

fysikalsk medisin og rehabilitering. Fra 2004 er rehabilitering med som eget stimuleringsområde under ”Senter for Aldersforskning”.

Forbedringsområder

Fagfeltet må få en sterkere akademisk forankring gjennom etablering av vitenskapelige stillinger. Derved styrkes fagets utvikling, undervisning bidrar til å gjøre fagområdet kjent blant kommende helsepersonell, og det oppnås større legitimitet i de medisinske miljøer. Dette vil bidra til rekruttering av spesielt leger, og stabilisering av fagfolk i landsdelen. Undervisning av medisinske studenter og andre studenter bør være et satsningsområde. Universitetssykehuset Nord-Norge må kunne fungere som en fagressurs, og et regionalt knutepunkt for kompetanse- og nettverksdannelse.

Høgskoler i alle fylker bør ha videreutdanning innen rehabilitering/habilitering. Det er videre ønskelig at flere videregående skoler hadde tilbud om videreutdanning for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere innen habilitering og rehabilitering.

Det mangler i stor utstrekning systemer for dokumentasjon og måling av aktivitet, måling av kvalitetsindikatorer og effektmål.

Anbefalte tiltak

- Følge opp at rehabiliteringsforskning styrkes i regionen ved stimuleringstiltak
- Arbeide for at det etableres hele universitetsstillinger i fysikalsk medisin og rehabilitering ved Universitetet i Tromsø, for å utvikle undervisningstilbudet til medisinerstudenter
- Bistillinger ved UiTØ bør kunne søkes av overleger ved andre sykehus, opptreningsinstitusjoner og helsesportssenteret i regionen.
- Videreutdanning i rehabilitering ved Høgskolen i Bodø og Tromsø
- Felles dokumentasjonsverktøy for tjenester i regionen. Det bør utvikles et konsept for forundersøkelse ambulant før innleggelse i rehabiliteringsenhet som kan være standard ved alle rehabiliteringsenheter.
- Opprette regionale kvalitetsregistre med resultat- og effektmål for sentrale diagnosegrupper, for eksempel hjerneslag og hodeskader
- Regionen må være pådriver i utvikling av kvalitetsindikatorer for den ambulante virksomheten.
- Prosjekt for å fremme kompetanseutvikling og samarbeid om muskel-skjelettproblematikk.

6.11 Regionale fagnettverk

Sterke sider

Helse Nord har etablert et Regionalt fagråd for habilitering og rehabilitering

Følgende regionale fagnettverk i rehabilitering og habilitering er etablert:

- habiliteringstjenesten for voksne
- habiliteringstjenesten for barn
- nettverk for ambulante rehabiliteringsteam, ART
- nordnorsk legeforum i fysikalsk medisin og rehabilitering
- sengepostforum i fysikalsk medisin og rehabilitering

Utfordringer

Generelt er det stort behov for fagutvikling i hele tjenesten, både i de ambulante teamene og øvrig tjeneste, da arbeidsformen er relativt ny.

Det er ressurskrevende men meget nyttig for samarbeidet og for gjensidig kompetanseutveksling å drive fagnettverkene. Prosjektgruppa ser behov for å sikre at nettverkene drives videre. Nordlandssykehuset har fungert som koordinator for rehabiliteringsnettverket i Nordland, som også omfatter kommunene, og har hatt stimuleringsmidler for å sikre driften av nettverket.

I Regional delplan for habilitering og rehabilitering 2000 var det en målsetting at Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset skulle være sentrale i kunnskapsformidling, og at UNN skulle fungere som et regionalt knutepunkt for kompetanse og nettverksdannelse.

Anbefalte tiltak

- Nettverkskoordinator/fagutviklingsstillinger ved UNN og Nordlandssykehuset for å drive regional fagutvikling og fagnettverk. Ansvar for å drive enkelte fagnettverk kan ligge ved andre helseforetak.
- Stimuleringsmidler for drift av nettverkene, etter mønster av det Nordlandssykehuset har hatt.
- Aktiv bruk av telemedisin og andre IT-baserte løsninger.

6.12 Ressursbehov

6.12.1 Økte personellressurser

Ressursbehovet er i første omgang knyttet til behovet for nye stillingshjemler for legespesialister (kap.6.8) og finansiering av disse. Dessuten merkantile stillinger for å få på plass koordinerende enheter i alle helseforetak, og fagutviklings/koordinatorstillinger for videreutvikling av fagnettverk. Når det gjelder kapasitetsøkning av rehabiliteringstilbud (kap. 6.6), kan en delvis realisere dette ved UNN ved at ressursene fra boenheten ved Mellomveien Bo- og Rehabiliteringssenter gradvis overføres til oppbygging av rehabiliteringstilbud. For øvrig vil det være behov for å prioritere ressurser til å bygge opp virksomheten, og behov for tiltak for å hindre ytterligere nedbemanning av rehabiliteringsenheter i regionen. Opptreningsinstitusjonene har behov for å ansette mer fagpersonell for å bedre det tverrfaglige tilbudet til brukerne.

6.12.2 Bedret bygningsmessig standard

Sengekapasiteten ved alle rehabiliteringsenheter i regionen er godt utnyttet. De fleste sengeplasser i opptreningscentre og Valnesfjord Helsesportssenter er enerom, mens rehabiliteringsavdelingene i helseforetak har både ene- og dobbeltrom.

Økonomien er begrensende med hensyn til muligheten for den enkelte rehabiliteringsenhet, både privat og innen helseforetak, for å utvide personell og øke kompetanse, samt oppgradere bygninger.

Det er behov for bygningsmessig opprustning av flere opptreningsinstitusjoner. Mangel på enerom av tilstrekkelig størrelse, samt lokaler som ikke er tilstrekkelig tilpasset rehabiliteringsvirksomhet, begrenser utnyttelsen av rehabiliteringsplassene ved enkelte enheter, for eksempel ved UNN.

6.13 Nasjonal opptrappingsplan

Det foreslås at Helse Nord sammen med de andre regionale helseforetakene tar initiativ til en nasjonal opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Planen må omfatte hele feltet, det vil si kommunenes habiliterings- og rehabiliteringstjeneste, opptreningsinstitusjonene, helsesportssentrene, helseforetakene og landsfunksjoner.

6.14 Prioritering av tiltakene i handlingsplanen

Tiltakene i handlingsplanen anbefales gjennomført i perioden fra 2004 – 2010. Arbeidsgruppa har, etter mønster fra regional delplan habilitering og rehabilitering fra 2000 og handlingsplanen for geriatri, foretatt en prioritering av de tiltak som bør gjennomføres de første årene.

Det er viktig først å kunne konsolidere virksomheten ved avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering, opptreningsinstitusjoner og Valnesfjord Helsesportssenter, som allerede er etablert. - Ved helseforetakene ikke minst for å øke utdanningskapasiteten av leger. Særlig viktig er det å sørge for at Universitetssykehuset Nord-Norge kan fungere som en fagressurs for landsdelen, et regionalt knutepunkt for kompetanse, og en drivkraft for forsknings- og utviklingsarbeid. Videre er oppbyggingen av avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Nordlandssykehuset høyt prioritert. Flere legestillinger og utbygging av kapasiteten både ved alle helseforetak i tråd med eksisterende lokale planer, er nødvendig for å kunne gi et fullverdig tilbud i landsdelen.

For at rehabiliteringstilbudene i regionen skal bli best mulig, bør alle tilgjengelige ressurser, inklusive opptreningsinstitusjonene og Valnesfjord Helsesportssenter sees samlet med tanke på best mulig ressursutnyttelse og kvalitet. Det gjelder også oppbygging av rehabiliteringstilbud innen geriatrien. Høyt prioritert er en objektiv gjennomgang av opptreningsinstitusjonene etter mønster fra gjennomgangen av Valnesfjord Helsesportssenter i 2002.

Opprettelse av koordinerende enheter for rehabilitering og habiliteringer er lovpålagt, og må opprettes i løpet av de første årene for å bedre service og tilgjengelighet for brukerne av tjenesten.

For å optimalisere kvaliteten og forhindre unødvendig transport av pasienter mellom sykehus i akutfasen før overflytting til rehabiliteringsavdeling, og for å starte rehabiliteringen så tidlig som mulig, anbefales det å opprette et intermediert tilbud ved UNN for personer med særlig alvorlige skader.

Etablering og konsolidering av lærings- og mestringsentre, som i dag er delvis finansierte med statlige stimuleringstilskudd, må prioriteres for å ivareta opplæring av pasienter og pårørende.

For å styrke og harmonere tilbudet i forhold til habilitering av voksne, anbefales det en egen handlingsplan på dette området.

6.14.1 Prioriterte tiltak i 2004 og 2005

Styrke undervisning, utvikling og forskning

Dette gjøres ved å sikre at UNN kan fungere som et knutepunkt for kompetanse og nettverksdannelse. Det må opprettes legestillinger, sikres fortsatte stimuleringsmidler for forskning og arbeides for at fagområdet kommer inn i undervisningen av medisinske studenter. For å drive fagnettverkene opprettes det fagutviklings/koordinatorstillinger ved UNN og NLSH, og det øremerkes midler for å drifte nettverkene.

Opprette koordinerende enheter ved alle helseforetak

Merkantile ressurser styrkes med 0.5 stilling i hvert helseforetak, og med 1.0 stilling ved UNN som skal ivareta regional koordinerende enhet med opplysningstelefon og nettside/internettportal. Oppretting og funksjon av de koordinerende enhetene sikres ved prosjektet "Nettverk for rehabilitering i Helse Nord".

Gjennomgang av tilbudet ved opptreningsinstitusjonene

Helse Nord skal foreta en gjennomgang av alle opptreningsinstitusjoner i regionen etter mønster fra gjennomgangen av Valnesfjord Helsesportssenter i 2002. Det anbefales nærmere faglig samarbeid mellom opptreningsinstitusjoner og avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering i helseforetak.

Opprette og få besatt legestillinger i fysikalsk medisin og rehabilitering

Det opprettes nye stillingshjemler for en overlege ved Helse Finnmark Kirkenes, en overlege og en lege under spesialisering ved UNN, en overlege ved Hålogalandssykehuset, en overlege ved Nordlandssykehuset, en overlege ved Helgelandssykehuset og en overlege ved Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad.

Kapasitetsøkning av senger for rehabilitering ved Nordlandssykehuset

Nordlandssykehuset har 4 senger i avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, og kapasiteten må økes, jf.. Kap. 6.6.

Lærings- og mestringssentre

Sikre etablering og drift av Lærings- og mestringssentre i alle helseforetak.

Etablering av intermediær enhet for pasienter med omfattende skader

Igangsette planlegging av en slik enhet ved UNN.

Regional utredning og plan for habiliteringstjenesten for voksne i Helse Nord

Fagnettverket for habiliteringstjenestene for voksne i Helse Nord er enige om at det er behov for et eget planarbeid. Det bør igangsettes i løpet av 2004.

Prosjekt muskel-skjelettlidelser

Regionalt prosjekt for å styrke kompetanseheving og samarbeid om muskel-skjelettlidelser.

Målgrupper hvor tilbudet bør bedres

Dette gjelder mange mål/diagnosegrupper, og er spesifisert i kap. 5. Følges opp ved rullering av planen.

6.14.2 Prioriterte tiltak 2006 – 2010

Kapasitetsøkning av senger for rehabilitering

Her vises det til Kap. 6.6 når det gjelder økning av antall senger i helseforetak. Økningen bør skje tidligere enn 2006, men må fullføres i løpet av tidsperioden fram til 2010. Økningen må følges av stillingshjemler for tverrfaglig sammensatte personell. En styrking av fagpersoner ved opptreningsinstitusjonene vil kvalitativt kunne bedre disse tilbudene.

Styrking av ambulante (re)habiliteringstjenester

Som framhevet i den regionale planen for barnehabilitering, er det behov for å øke antall stillingshjemler i denne virksomheten. Også de ambulante rehabiliteringsteamene (ART) trenger flere fagpersoner for å kunne løse rehabiliteringsoppgaver og veiledning. Når det gjelder habiliteringstjenesten for voksne vil behovene bli presentert i et eget planarbeid.

Rullering av planen i 2007

Helse Nord skal via Fagrådet for habilitering og rehabilitering ta initiativ til en gjennomgang av planen i 2007, for å påse at tiltak blir iverksatt.

7 VEDLEGG

1. Arbeidsgruppas mandat
2. Nærmere opplysninger om opptreningsinstitusjonene og Valnesfjord Helseportssenter
3. Rehabiliteringsråd – modell for samhandling mellom
3. Ny definisjon – generalplan for fysikalsk medisin og rehabilitering
4. Tabeller – stillingshjemler og faggrupper

VEDLEGG 1



Vår dato: Vår referanse: Arkivnr:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Deres dato: Deres referanse:

Saksbehandler: Knut Tjeldnes 75 51 29 16

MANDAT FOR "HANDLINGSPLAN FOR HABILITERING OG REHABILITERING I HELSE NORD 2004 – 2010"

Til: Fagråd for habilitering og rehabilitering
Fra: Fagdirektør Einar Hannisdal og rådgiver Knut Tjeldnes Einar Hannisdal
Dato: 11.4.2003

I Helse Nords styringsdokument for 2003 signaliseres en sterkere satsing på habilitering og rehabilitering. Regional delplan for habilitering og rehabilitering ble godkjent av Helse- og sosialdepartementet i 2001. Planen gir en god oversikt over ressurser og problemområder, og er et godt grunnlag for en samlet vurdering av habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i helseregionen. Svakheterne med planen er at den er 3 år gammel, ble utarbeidet i det gamle fylkeskommunale systemet og at den ikke ble fulgt opp med en forpliktende prioritering og implementering.

Helse Nord vil derfor utarbeide en handlingsplan for habilitering og rehabilitering for helseregionen. Arbeidet organiseres som et prosjekt. Helse Nords fagråd for habilitering og rehabilitering oppnevnes til prosjektgruppe.

Mandatet for prosjektgruppa er kortfattet/overordnet å besvare følgende:

1. Avklare hva som skal inn i denne handlingsplanen;
 - inkluderes; f.eks. primært regionale utfordringer
 - ekskluderes; nasjonale spørsmål som klassifisering, finansieringsløsninger
2. kort henvise til og oppsummere tidligere planer i Helse Nord, strategiplan, visjon etc.
3. kort henvise til og oppsummere evt. tilsvarende planer/utvikling i andre helseregioner
4. beskrive nåsituasjonen av habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i Nord-Norge
 - virkemidler
 - personell og kompetanse
 - ressurser - økonomi, bygninger, senger, utstyr
 - arbeidsprosesser - målgrupper
 - resultater
 - brukertilfredshet
 - medarbeidertilfredshet
 - behandling; aktivitet (antall behandlede fordelt på diagnoser /institusjoner) og kvalitet
 - FoU
5. beskrive noen aktuelle trender i utvikling i fagområdet mot 2010

- endring i pasientgrunnlag, sykkelighet og udekte behov
- endringer i behandlingstilbud
- forskyvninger mellom omsorgsnivåer
- 6. foreslå tiltak frem mot 2010 innen områdene
 - virkemidler
 - ledelse
 - mål og strategier
 - f.eks. servicemål
 - organisering
 - personell og kompetanse
 - f.eks. om det bør være funksjonsdeling innen regionen for spesielle, mindre grupper
 - ressurser - økonomi, bygninger, utstyr
 - for eksempel arbeidsdeling/tyngdepunkt mellom sykehus og opptreningsinstitusjoner
 - arbeidsprosesser
 - resultater
 - brukertilfredshet
 - medarbeidertilfredshet
 - aktivitet (antall behandlede fordelt på diagnoser/institusjoner)

Prosjektgruppa består av:

- prosjektleder, ekstern?
- fagråd for habilitering og rehabilitering (9 personer), utfyllende kompetanse?

Avhengighet av andre pågående Helse Nord prosjekter hvor man må utveksle synspunkter:

- Handlingsplan geriatri 2004-2010
 - f.eks. samarbeidsarenaer innen FoU
 - behandlingsskjeder, ressursdeling
- Handlingsplan psykisk helse 2004-2010
 - f.eks. rehabilitering av psykiatriske pasienter

Helse Nord dekker:

- reise- og oppholdsutgifter
- for de som ikke arbeider i Helse Nord må evt. kompensasjon for tapt arbeidsfortjeneste avklares før start av arbeidet

Spesifisering av arbeid og leveranse:

- gruppa rapporterer til fagdirektør i Helse Nord som er prosjekteier
- arbeidet pågår fra 29.4. til 1.12.2003
- det legges opp til 3-5 prosjektmøter, disse holdes i Bodø
- før siste møte sendes ut utkast til rapport
- sluttkommentarer tas via e-post
- rapporten skal være maks. 40 sider, i tillegg kan det være vedlegg
- i tillegg til punkter nevnt ovenfor, skal rapporten inneholde sammendrag (maks 2 sider), innledning/bakgrunn og konklusjoner

VEDLEGG 2

Nærmere opplysninger om opptreningsinstitusjonene og Valnesfjord Helseportssenter

- **Opptreningscenteret i Finnmark (Alta)**

Opptreningscenteret i Finnmark AS (OIF) har 50 sengeplasser, og hovedtyngden av brukerne kommer fra Finnmark og Nord Troms. Senteret ble etablert i 1999, og ligger i tilknytning til Alta Helsecenter. OIF's behandlingsfilosofi bygger på å gi en helhetlig behandling, der mestring og motivasjon til egenaktivitet er vesentlig.

OIF tilbyr tverrfaglig rehabilitering for brukere med sykdom/skader i muskel- og skjelettsystemet, ortopedisk opererte, nevrologiske lidelser, hjerte-/kar- og lungelidelser, ulike kronisk syke, revmatiske lidelser og sammensatt smerteproblematikk som fibromyalgi. Det siste året har OIF hatt lange ventelister, og har foretatt prioriteringer i tråd med de gjeldende retningslinjer – med prioritering av akutt syke der tilstanden vurderes å kunne bli sterkt forverret uten behandling, sammen med yngre sykmeldte. OIF har egen avtale med Helse Finnmark om mottak av ortopediske pasienter.

Som en del av behandlingstilbudet inngår undervisning i temaene: stress og mestring, fibromyalgi, ryggplager, skulder/nakkeplager, hjerte-/karplager, arbeidsteknikk, kostveiledning, ergoterapi, treningslære. Disse temaene ruller etter en treukes-kalender, slik at de fleste brukere skal få delta i tema som er aktuelt for sin diagnose. I tillegg er det egne samtalegrupper med sykepleier der aktuelle tema tas opp.

Det utarbeides individuelle mål for oppholdet i samarbeid med den enkelte bruker, og den enkelte får også et individuelt egentreningsprogram til bruk ved egentrening, og som også skal benyttes etter endt opphold. I epikrisen som går tilbake til innsøkende lege blir det skissert tiltak for videre oppfølging der det vurderes å være behov for det.

OIF har utviklet et eget behandlingstilbud til diabetespasienter, i samarbeid med Norges Diabetesforbund og Diabetesteamet i Alta. Ca 50 % av brukerne er under 60 år. 53,2 % av kvinnene er under 60, mens 43,7 % av mennene er under 60. Totalt er ca. 66 % av brukerne kvinner. Opptreningscenteret i Finnmark har et spesielt ansvar for samiske pasienter.

- **Rehabiliteringscenteret Nord-Norges Kurbad (RNNK)**

RNNK er Nord-Norges største rehabiliteringsinstitusjon med 95 godkjente senger. Senteret kan også ta i mot brukere som ikke er selvhjulpne. RNNK fungerer som utdanningssykehus for spesialiteten almenmedisin og søker nå om slik status også for spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering. RNNK tar i mot fysioterapistudenter til utplassering fra Høgskolen i Tromsø, og har to stillinger for turnus fysioterapeut og deltar også i utdanningen av andre helseprofesjoner.

RNNK har et bredt tverrfaglig team som inkluderer legespesialister innen 5 ulike spesialiteter. RNNK har eget forsknings- og utdanningsteam (FoU) og deltar aktivt i forskning for å bidra til utvikling av kunnskapsbasert rehabiliteringsmedisin.

RNNK har et bredt tverrfaglig rehabiliteringstilbud i form av en mestringsprosess som skal sikre størst mulig livskvalitet på brukerens egne premisser. Alle pasienter får en individuell rehabiliteingsplan for sitt opphold. RNNK har egne undervisnings- og mestringstilbud til flere brukergrupper. Den medisinske rehabiliteringen fokuserer på prinsippet om avlastet trening som gjør at brukeren kan trene mer og i lengre økter uten å få belastningssymptomer. Dette har gitt gode resultater ved rehabilitering av brukere med kroniske og sammensatte muskel/skjelett sykdommer (som Revmatoid Artritt, artrose, Parkinson's sykdom og fibromyalgi/kronisk smertesyndrom), slag og nevrologiske lidelser.

RNNK tilbyr også såkalt "locomotion", intensiv motorisk trening etter inkomplette tverrsnittslesjoner, dvs. ryggmargsskader samt lammelser etter slag. Dette er en spesialtilnærming/trening som i dag er i rask utvikling, og som RNNK allerede har utstyr for og god, økende og positiv erfaring med og som brukerne i økende grad etterspør. Behandlingen bygger på forsøk hvor det både i dyremodeller og hos mennesker er vist at tapte funksjoner til en stor grad kan trenes opp igjen gjennom intensiv (repetitiv) stimulering.

RNNK gir gruppebaserte tilbud til brukere med RA, Mb. Bechterew, Parkinson's sykdom og fibromyalgi/kronisk smertesyndrom. Institusjonen deltar aktivt i forskning for å bidra til utvikling av kunnskapsbasert rehabiliteringsmedisin, og har presentert data på faglige konferanser.

- **Skibotn Rehabiliteringssenter (Skibotn i Troms)**

Skibotnsenteret har et spesielt godt tilbud til hjerte- og lungepasienter gjennom et tett samarbeid med UNN i Tromsø. Prof. Knut Rasmussen på kardiologisk seksjon og lungespesialist Audhild Hjalmarson har med sine team gitt rehabiliteringen en faglig styrke. Legene på UNN har ansvar for testing av pasienter, forelesninger og enkeltsamtaler i forbindelse med rehabiliteringen. I tillegg hospiterer både fysioterapeuter og sykepleiere fra UNN og andre opptreningsinstitusjoner her, og våre både på UNN og på Glitre og Feiring med henholdsvis lunge og hjerterehabilitering. Vi tar også imot studenter i praksis.

Effekten av rehabiliteringen er dokumentert gjennom to studier utført ved senteret. Disse var delvis baserte på objektive målinger, delvis spørreundersøkelser for å måle effekten av rehabiliteringsopphold. Studier, fra flere ulike sykehus, viser at vellykket rehabilitering gir mindre medisinbruk og færre antall sykehusinnleggelses.

Skibotn har også godt tilbud til mange med muskel- og skjelettlidelser og lettere psykososiale diagnoser. Det er gruppebaserte inntak for alle diagnoser. Hensikten er å bedre den enkeltes funksjonsnivå, både fysisk, psykisk og sosialt. Det er et hovedmål at rehabiliteringen skal ha varige effekter. Vi fokuserer derfor på kostholdsveiledning, røykeavvenning, stressmestring og svært variert fysisk aktivitet. Trening i basseng, trim til musikk, stavgang og turer ute. I tillegg har vi fysikalsk behandling og individuelt tilpassede tiltak. Det er et viktig poeng å ha aktiviteter som folk kan fortsette med etter endt opphold. Pårørende er en viktig faktor i dette, så de ønskes velkommen til å delta på opplegget. Vi holder også kontakt med pasientene i ett år etter endt opphold her. De svært tørre klimamessige forholdene og lite vegetasjon gjør

lungerehabilitering i Skibotn gunstigere enn andre steder. Vi har også egne busser som henter pasientene i Tromsø, slik at de skal slippe strevsomme turer med bagasje.

- **Opptreningscenteret i Salangen (OiS)**

OiS er en rehabiliteringsinstitusjon med 33 godkjente plasser. I tillegg har institusjonen 18 plasser av samme standard, som av strategiske grunner ikke er godkjent av departementet. OiS har avtale med Hålogalandssykehuset (Narvik, Harstad og Stokmarknes) om mottak av pasienter til rehabilitering etter ortopediske operasjoner og i forbindelse med andre lidelser. Sykehusene prioriteres og pasientene blir direkte overført til OiS. Innleggelse fra sykehus utgjorde i 2002 57 % av belegget, mens 43 % av pasientene kom fra primærhelsetjenesten.

All behandling og trening har som overordnet mål å bedre livskvaliteten ved å gjenvinne tapt funksjonsnivå. Det legges vekt på at pasienten skal få økt forståelse for betydning av fysisk aktivitet. Tilbudet til pasienter med psykosomatiske/mellommenneskelige problemer, lettere psykiske lidelser som angst, depresjoner og utbrenthet blir ivaretatt av psykiater og vår diakon som har spesialkompetanse. Rehabilitering og behandling skjer gjennom samtaler/trening individuelt og i grupper.

- **Nordtun Opptreningscenter (Meløy kommune, Nordland)**

Nordtun HelseRehab er en opptreningsinstitusjon med 54 godkjente sengeplasser. I hovedsak må brukerne være selvhjulpne, men vi har noen senger som vi kan benytte til brukere med noe hjelpebehov.

Nordtun har et faglig samarbeid med noen av helseforetakene i regionen, da spesielt Helgeland HF og Nordland HF. I tillegg har vi samarbeid med utdanningsinstitusjoner i regionen om å ta imot studenter i praksis. Fra bla. høgskolen i Tromsø tar vi imot fysioterapistudenter. Vi er godkjent som turnussted for fysioterapeuter, og har en stilling til dette. Vi har også en utvekslingsavtale med Rema Sol i Albir, Spania.

På Nordtun får hver bruker et individuelt tilpasset rehabiliteringstilbud utformet i flerfaglig samarbeid. Vi fokuserer på fysisk opptrening/treningsterapi som basis for de fleste pasientgrupper.

Ortopediske pasienter har utgjort den største gruppe brukere, men vi har også andre brukere. Vi har utviklet spesielle rehabiliteringsopplegg for brukere med kreft og hørselsrelaterte plager. Disse gjennomføres enten som gruppe kurs, eller på individuell basis. Vi har bla fysioterapeut med spesialistkompetanse i lymfedrenasje.

2. Valnesfjord Helseportssenter (VHSS)

VHSS er godkjent av Helsedepartementet som 1 av 4 spesielle helseinstitusjoner i Norge, for å ivareta spesialisert medisinsk rehabilitering i henhold til Lov om spesialisthelsetjeneste m.m. Institusjonen er et ikke-regionalisert tilbud, og skal ivareta målgrupper i hele landet, med hovedvekt på de 4 nordligste fylkene.

Sentret har 72 sengeplasser. Inntak på bakgrunn av søknad fra lege. Brukere som har hjelpe-/pleiebehov må ha med seg ledsager. Tilbud til barn fra 7 år, ungdom og voksne. Målgrupper er personer med medfødte eller ervervede skader og sykdommer, som hjerte- og

lungesykdommer, smertetilstander i muskel- skjelettapparat, revmatiske lidelser, nevrologiske lidelser og følgetilstander etter skader. Varighet av oppholdene er i hovedsak 2 uker for barn og 4 uker for voksne. Oppholdene er gruppebasert, med individuell tilrettelegging og oppfølging. Hovedvirkemiddelet er tilpasset fysisk aktivitet Noe utadrettet virksomhet utføres.

Bemanningen er bredt tverrfaglig sammensatt, med spesialisert kompetanse innen mange fagområder, og ivaretar en helhetlig tilnærming til den enkeltes rehabiliteringsprosess- både fysisk, psykisk og sosialt.

VHSS har status som utdanningssykehus for leger i spesialistutdanning innen fysikalsk medisin og rehabilitering, har turnusplass for fysioterapeuter og deltar også i utdanning innen de fleste andre helse- og pedagogiske profesjoner.

VHSS har egen FOU-avdeling som arbeider med forskningsrelaterte oppgaver og utvikling av fagfeltet, initiering av prosjekter samt dokumentasjon på resultater og effektmålinger.

Valnesfjord Helsesportssenter har en annen plass i tiltakskjeden enn opptreningsinstitusjonene:

- lavere gjennomsnittsalder blant brukerne – barn og ungdom er prioriterte målgrupper
- høyere bemanningsfaktor
- bredere spesialistkompetanse
- større vekt på tilpasset fysisk aktivitet

En arbeidsgruppe nedsatt av Helse Nord leverte i november 2002 en rapport hvor det fastslås en rekke samarbeidstiltak mellom Valnesfjord Helsesportssenter og Helse Nord. Rapporten er et viktig faglig fundament for samarbeidet mellom Valnesfjord Helsesportssenter og Helse Nord.

VEDLEGG 3

MODELL FOR SAMHANDLING MED KOMMUNENE: REHABILITERINGSRÅD

Nordland fylkeskommune hadde fra 1992 til 1998 et rehabiliteringsprosjekt: ”Medisinsk rehabilitering i Nordland fylke”. Det førte til den såkalte Nordlandsmodellen som innebar nært samarbeid mellom sentralsykehus, lokalsykehus, rehabiliteringsinstitusjoner, kommuner og brukerorganisasjoner. I evalueringsrapporten fra Byggforsk i 1998³³ står det følgende:

En sentral strategi har vært å sikre deltagelse fra alle relevante aktører i fylket. Dette har først og fremst skjedd gjennom planutvalgene. Disse har spilt en sentral rolle i å få kommunene til å prioritere rehabiliteringsvirksomhet.

Planutvalgene har vært viktige arenaer for kontakt, kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom aktører som har felles, men ikke sammenfallende oppgaver og interesser.

Planutvalgene er et forum som med en del forbedringer kan bli et viktig organ for videre utvikling av nettverksbasert rehabiliteringstjeneste.

Evalueringen medførte at fylkestinget i Nordland i ”Handlingsplan for fylkeskommunal rehabilitering 1999 – 2005” vedtok at alle lokalsykehus skulle ha det som da ble kalt rehabiliteringsråd. Sykehuset skulle ha driftsansvar og ha driftsansvar for rådet.

En modell for rehabiliteringsråd tilpasset organisatoriske endringer i helseforetaksreformen: Direktøren skal i hvert helseforetak oppnevne minst et rehabiliteringsråd. (Det må ut fra antall kommuner, reiseavstand mv vurderes hva som er hensiktsmessig antall råd). Dette rådet skal være et samarbeidsorgan sammensatt av representanter fra forskjellige avdelinger i sykehus - både habilitering, rehabilitering, somatikk og psykiatri, kommunene i området og brukerrepresentanter. Det anbefales at rådene oppnevnes for tre år.

Funksjon: Rådet skal bidra til system- og kvalitetsutvikling i praksisfeltet i tråd med vedtatt handlingsplan, kommunale planer og innspill gitt fra brukerorganisasjonenes representanter. Rådet vil bli sentral som nettverksbygger innen tjenesteområder som er aktuelle for å skape et helhetlig rehabiliteringstilbud. Rådet skal videre legge opp til kompetanse- og erfaringsutveksling i sykehusområdet, og en ser for seg at rådet møtes en gang i kvartalet.

Sammensetning: Representanter fra avdelinger i sykehuset, en fra alle kommunene i området, tre brukerrepresentanter og en representant fra samarbeidende opptreningscenter. Rådet skal ha et arbeidsutvalg.

Ledelse av råde(ne) legges til Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering i helseforetaket. Rådene har egne midler til drift bevilget av helseforetaket.

Representanter fra brukerorganisasjonene får dekket tapt arbeidsfortjeneste og reiseutgifter. Representanter fra kommunene oppnevnes av rådmann og det forutsettes at de innvilges permisjon med lønn for møter i rådet. Rådet dekker reiseutgifter.

Representanter fra opptreningsinstitusjoner oppnevnes av ledelsen på institusjonen og det forutsettes at de innvilges permisjon med lønn for møter i rådet. Rådet dekker reiseutgifter.

Representanter fra andre avdelinger i foretaket oppnevnes av avdelingsledelsen i egen avdeling, og det forutsettes at de innvilges permisjon med lønn for møter i rådet. Rådet dekker reiseutgifter.

³³ Grut, L. og Wisth, E: ”Medisinsk rehabilitering i Nordland fylke. En underveisevaluering av Rehabiliteringsprosjektet”. SINTEF 1997

Rehabiliteringsrådene må sees i sammenheng med forslag i handlingsplanen om prosjekt Nettverk for rehabilitering i Helse Nord”.

Definisjon av faget fysikalsk medisin og rehabilitering, sentrale begreper og beskrivelse av målgrupper og hovedarbeidsområder

1.1 Definisjon av faget

Den gjeldende europeiske definisjonen av fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering ble vedtatt på møte i oktober 2003 in the Physical and Rehabilitation Medicine Section of the European Union of Medical Specialists (UEMS)

“Physical and rehabilitation medicine (PRM) is an independent medical specialty concerned with the promotion of physical and cognitive functioning, behaviour, quality of life (activities and participation) and with the prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation management of people with disabling medical conditions and comorbidity across all ages. Specialists in PRM have a holistic approach to people with acute and chronic conditions, examples of which are musculo-skeletal and neurological disorders, amputations, pelvic organ dysfunction, cardio-respiratory insufficiency and the disability due to chronic pain and cancer. PRM specialists work in various facilities from acute care units to community settings. They use specific diagnostic assessment tools and carry out treatments including pharmacological, physical, technical, educational and vocational interventions. Because of their comprehensive training, they are best placed to be responsible for the activities of multiprofessional teams in order to achieve optimal outcomes.”

Den danner utgangspunktet for den norske definisjonen av fagområdet:

Fysikalsk medisin og rehabilitering er en medisinsk spesialitet som omfatter diagnostikk, behandling og rehabilitering hos personer med lidelser i bevegelsesapparatet og andre som har eller står i fare for å få langvarig funksjonshemming.

1.2 Beskrivelse av spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering i Norge

Spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering søker ved sitt arbeide å forebygge funksjonstap og fremme funksjon, aktivitet og deltagelse hos personer med akutte og kroniske lidelser i muskel – skjelettsystemet, nervesystemet, sirkulasjonssystemet samt ved kreftsykdommer og kroniske smerter.

Funksjonsvurderingen er sentral i faget og benyttes i diagnostikk og som grunnlag for senere behandling og rehabilitering.

Den tverrfaglige arbeidsformen er sentral og unik for faget.

Informasjon, opplæring, brukermedvirkning og personlig ansvarliggjøring er sentrale elementer i behandling og rehabilitering som ellers også omfatter medikamentell behandling, fysisk aktivitet, tilpasning av tekniske hjelpemidler og tilrettelegging i det omkringliggende miljø.

Det vil være behov for spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering på alle nivåer i helsetjenesten.

VEDLEGG 5

Faggrupper/stillingshjemler pr 1.10.2003

Faggrupper/stillingshjemler i Helseforetak /institusjonsbasert

	Helgeland sykehuset HF			Hålogaland Sykehuset HF	Nordland sykehuset HF		Universitetssykehuset HF			Helse Finnmark HF	
	Mo i Rana	Mo-sjøen	Sandnes sjøen	Rehab.-avdeling Harstad	Avd. FMR Bodø	Vensmoen	Avd. FMR: Breivika MBR	Geriat avd	Områdegeriatri Lenvik Nordreisa		Avd. FMR Kirkenes
Adm leder				1	1	1	1	1	1	1	2
Lege			2	1	3,5	tilsyn	4	4/3	1	0,75	2
Psykolog					1		1				1
Sykepl	2	1,25	7,7	15	5,75	4,4	33,5	25	6	1	8
Hjelpepl			3			6,5	14	19,5	4,25		4,5
Terap	5	4,25	7	5,5	6	2	16,5	6	5	3	4,75
Kontor	1		0,5	0,5	1		4	3	0,5	0,5	0,5
Andre	1		0,75		1	0,8	4,5	2	1	0	

Kommentarer til tabellen:

Adm.leder: leder kun med administrative oppgaver

Sykepleier: inkl. fagutviklingspl., spl. som ikke har rene administrative stillinger

Terapeuter: fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, logoped

Andre: aktivtør, assistent

Helse Finnmark: 1 administrativ leder er leder for Seksjon for habilitering og rehabilitering, dvs avd. FMR, ambulant rehab.team og habiliteringstjenesten for voksne. 1 avd.leder er leder for avd. FMR. 1 psykolog stilling står ubesatt. 1 overlege er i forskningspermisjon fem til 17.04.04

Ger.avd. UNN: Rehabiliteringen har 10 sykepleiere, 6,25 hjelpepleiere. Terapeutene deler seg ca 50-50. Det er 2 sykepleierstillinger og 4 hjelpepleierstillinger på natt. Disse har både rehab og akutt

Avd. FMR UNN: Stillingene inkluderer også boenhetetn på MBRmed 8 senger

Stillingshjemler ART, Hab.voksne, Hab.barn

	Helgeland sykehuset HF			Hålogaland sykehuset HF			Nordland-sykehuset HF	UNN HF	Helse Finnmark HF	
	Sandnes-sjøen	Mo-sjøen	Mo i Rana	Narvik	Stokmarknes	Harstad	Lofoten	Bodø	UNN.	Kirkenes
ART				3	3		5		3	3
Koord., amb. Virksom.	1					1		1		
Hab. voksne						11	3,5	18,7	7	7
Hab. Barn						-	-	8,5	18	6
Hab voksne /barn	4	3	2,5	3	3					

Kommentarer til tabellen:

Helse Finnmark: 1 stilling i Hab.tjenesten for voksne står ubesatt.

Faggrupper/stillingshjemler Helseportsenter og opptreningsinstitusjoner

	VHSS	Opptrenings- senteret i Finnmark	Nordtun Opptrenings- senter	Opptrenings- senteret i Salangen	Rehabiliterings- senteret Nord-Norges Kurbad	Opptrenings- senteret i Skibotn
Adm leder	1				1	
Lege	5	tilsyn 0,2	0,6	0,41	3	tilsyn 0,2
Sykepl	7,5	3	5,8	2,5	7	4
Hjelpepl			4,2	1,89	3	
Terapeuter	20	7,6	7	3,5	21,2	2,5
Kontor	2,6				2	
Andre	8,8	0,16	2	3,81	2	
Service/adm/ Renhold	33,4	11,2	13,25	7,39	33,3	
Antall årsverk	78,3	22	33,85	19,5	72,5	

Kommentarer til tabellen:

Terapeuter: ernæringsfysiolog, kostveileder, fysioterapeut, ergoterapeut, rideinstruktør,
helsesportinstruktør/sp.ped, treningsinstruktør/idrettsped, sosionom pedagog/spes.ped, logoped

Kontor: helsesekretær

Andre: kappelan/diakon,aktivitør/miljøarbeider, assistent sykepleieavd og fysvad, praktikant