

Fra: Fremtidens helsetjeneste
Sendt: 18. januar 2011 11:02
Til: steinar.gjerde@helse-sunnmore.no
Emne: Ditt høringssvar, Regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, Helse Midt-Norge RHF, er mottatt

Dette er en bekreftelse på at vi har mottatt ditt høringssvar på temaet Generelle høringssvar.

Regional koordinerende enhet for
habilitering og rehabilitering, Helse
Midt-Norge RHF
HELSE MIDT-NORGE RHF
Regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Høringsuttalelse om Nasjonal helse - og omsorgsplan
Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015
"Fremtidens helsetjeneste: trygghet for alle"
Inkl to lovforslag:
Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
Lov om folkehelsearbeid

I ovennevnte dokumenter legges det opp til å overføre en større del av ansvaret for rehabilitering til kommunene.
Regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i Helse Midt-Norge(RKE) ser dette som faglig og praktisk gjennomførbart under gitte forutsetninger. Det må følge finansiering med, kommunene må ha hensiktsmessig størrelse og/eller interkommunalt samarbeid og i samhandlingsrommet må det være ressurser både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. RKE vil også understreke at det er viktig å bruke tid på prosessen, slik at en ikke bygger ned i spesialisthelsetjenesten f r kommunene har fått rustet seg opp.

Vi ønsker å understreke følgende:

* Vi minner om anbefalinger i Rapport fra helsedirektoratet, utgitt 03/2010: "Oppfølging av rettsbestemmelser innenfor helse - og sosialområdet som har særlig stor betydning for rehabiliteringsområdet. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011." (Sammendrag side 7-9)

* Betydning av koordinerende enheter (KE) i kommuner, HF og RHF. I forslag til nytt lovverk bør det bli tydeligere hvilken rolle og funksjon KE skal ha, og hvilke målgrupper virksomheten på tjenestenivået skal omfatte. Plikten til å etablere KE på helseforetak nivå må også presiseres. Så lenge KE på HF nivå ikke er på plass mangler en helt sentral "brikke" i koordineringen på systemnivå.

* En klarg ring av ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten må tydeligg res gjennom lovfesting i flere lovverk - samhandling mellom mange tjenester og ulike sektorer. Det må være samsvar mellom endringer og lovverk.

* At verktøy for overføring av kompetanse til kommunehelsetjenesten er på plass alle rede fra dag en. Ambulante team/tjenester i spesialisthelsetjenesten vil være sentrale i en slik prosess. Spesielt viktig i en overgangsfase, under oppbyggingen av kompetansen i kommunene. Viktig å sikre finansielle systemer som går at å yte ambulante tjenester ikke blir et tapsprosjekt slik det er i dag.

* Vektlegging av utvikling av forsknings- og utviklingsarbeid innen feltet

* IKT løsninger som understøtter samhandling. Følge opp resultatet av Elin-k fase 2 ELEktronisk INformasjonsutveksling mellom Kommune og sykehus (prosjektet enda ikke ferdig).

* Rettighetsvurdering vs forsvarlighetsvurdering: Innenfor spesialisthelsetjenesten defineres rehabilitering som en del av det totale pasientforløpet, det gjøres ikke en ny rettighetsvurdering i forhold til rehabilitering. Dette gjør at pasienter som henvises til spesialistrehabilitering fra sykehusavdeling ikke har de samme juridiske rettigheter som de som henvises fra fastlegen. Dette bør ses på.

I det følgende har vi utdypet forutsetninger for at en større del av ansvaret for rehabilitering kan overføres til kommunene.

Overføre en større del av ansvaret for rehabilitering til kommunene anses som faglig og praktisk gjennomførbart under gitte forutsetninger.

Vi gjør oppmerksom på at vi bruker rehabiliteringsbegrepet som et fellesbegrep for habilitering og rehabilitering.

* Kortere liggetid er allerede en utvikling som har pågått noen år, og som vil fortsette samtidig som dagbehandling og poliklinisk behandling øker.

* Satsing på forebygging og rehabilitering handler både om tjenester, og om viktige strategier for å mestre framtidige utfordringer fordi det mobiliserer egne ressurser i befolkningen.

o Virksomheten bygger på en metodikk som er målrettet og basert på brukerens egne prioriteringer. Dette bidrar til å øke tjenestekvaliteten samtidig med at den målrettede metodikken

ofte gir mer treffsikkerhet i forhold til behov og gir en effektiviseringsgevinst i form av redusert etterspørsel etter andre tjenester.

* Det er behov for nytenkning i hele tjenesteapparatet; en dreining bort fra passiv omsorg og hjelp til tidlig intervensjon med fokus på helsefremmende/forebyggende arbeid og mestring/rehabilitering.

o Når regjeringen velger strategier og satsingsområder i reformen, er det viktig å være seg bevisst på at styrkingen må være målrettet.

o I rehabiliteringsmiljøet finner man kompetanse som kan brukes for å få til ønsket dreining mot forebygging, tidlig intervensjon og rehabilitering. Skal man styrke kommunehelsetjenesten, må man derfor styrke de delene som representerer den ønskede måten å jobbe på.

* Man må satse både på

o tiltak / tjenester for helsefremmende, forebyggende arbeid og rehabilitering

o kompetanseoppbygging om forebygging og rehabilitering i hele tiltakskjeden i kommunen, - det

nytter ikke med en tidsavgrenset rehabiliteringsprosess hvis ikke resten av tiltakskjeden er i stand til å

? avdekke behov for rehabilitering

? avdekke behov for samarbeid og gjennomføre et effektivt samarbeid

? vedlikeholde oppnådd resultat av rehabilitering

Ansvarsavklaring handler først og fremst om hvilken kompetanse kommunene kan forventes å ha, men også om rammevilkår med hensyn til omfang/volum og intensivitet.

Forutsetninger for at kommunene skal kunne ta økt ansvar for habilitering og rehabilitering, med utgangspunkt i en kommunestørrelse på 10.000:

* Basisgrupper i en kommune på 10.000 (bredere tverrfaglighet enn i dag)

o Sterkere dekning på sykepleiere og leger

o Vernepleier, sosionom, fysioterapeuter, ergoterapeut, logoped, audiopedagog, psykiatrisk sykepleier, ernæringsfysiolog, spesialpedagogisk kompetanse,- hva grunnutdanningene til disse faggruppene inneholder om forebygging, rehabilitering og samhandling, blir svært avgjørende for hva kommunene vil klare

o Legge til rette for videreutdanning i folkehelse, helsepedagogikk og rehabilitering bør kunne forventes.

* Basiskunnskap og basisferdigheter

o Vi anbefaler en gjennomgang av hvilke kompetanse de ulike yrkesgruppene forventes å ha innen behandling og rehabilitering for de største diagnosegruppene

* Basisholdninger

o En mer forebyggende og helsefremmende tankegang i all planlegging av individuell oppfølging, og mestringskompetanse

o Kompetanse om brukermedvirkning

o Samhandlingskompetanse

* Universitet og høyskoler må ta inn over seg de perspektiver som er nevnt ovenfor

o Samarbeid med utdanningsinstitusjoner og praksisfelt om kunnskapsutvikling og forskning

o Følge resultatene av kommunesamarbeidsprosjektene som pågår i Helse Midt-Norge: Værnes-, Trondheims, Orkdal-, og Fjellregion, Indre Namdal -, Ytre Namdal-, Midtre Namdal -, Inntrøndelag -, Levanger og Verdal samkommune med flere, og hvilken betydning dette kan ha for rehabiliteringsfeltet

Identifisere hvilke pasientgrupper som er store nok i et nedslagsfelt på 10.000 innbyggere til at kommunen kan bygge opp kompetanse på dem.

To hovedtyper pasientforløp må kunne ivaretas; akutt-forløp og kroniker-forløp

* Generell slag - rehabilitering (veiledning i kognitiv funksjonssvikt og ved komplikasjoner)

* Ortopedi (skader, brudd, hofte- og kneopererte)

* Geriatri (med utredningsbistand fra spesialisthelsetjenesten)

* KOLS

* Diabetes

* Demens

* Kreft

* Hjerte

* Overvekt

Rehabiliteringsvirksomheten må inkludere rehabilitering med arbeid som mål (arbeidsrettet rehabilitering).

På ett eller annet stadium i rehabiliteringsforløpet må kommunen være forberedt på å ta alle diagnosegrupper, vurdert etter kompleksitet

Det er viktig at rehabilitering settes inn så tidlig som mulig i pasientforløpet. Dette betinger bedre system for avdekking av behov enn i dag.

Hva med grupper som ikke er store nok og / eller grupper kommunene i dag sliter med å ivareta godt nok, og hvor det er nødvendig at 2.linjen tar ansvar for deler av rehabiliteringsprosessen?

* Habilitering (barn/unge med medfødte og tidlige ervervet funksjonsnedsettelse), hvor det er gode argumenter for tidlig utskriving samtidig som kompleksiteten kan være svært stor

o Traumatiske hodeskader med omfattende kognitiv svikt (barn og voksne)

o Sjeldnere lidelser, f eks

? Spinalskade (på hvilket stadium kan kommunen forventes å ta over

oppfølgingen)

? Multitraumer, multifunksjonssvikt
 ? Yngre personer som har fått hele livssituasjonen sin snudd opp ned, hvor det er mye som må på plass før utskrivelse, samtidig med at det er uheldig med korttidsplass sykehjem.
 ? Kommunen trenger m.a.o. et eget alternativ til yngre (egne korttidsplasser, evt en tilrettelagt overgangsbolig).
 ? Sansetap
 ? Progredierende lidelser
 ? Brukergrupper som forventer et tilbud organisert etter diagnoser
 For at kommunene skal kunne ivareta større del av ansvaret for disse gruppene, må ordningen med ambulante spesialisthelsetjenester bygges ut.

Kommunen må kunne forventes å gi ulike former for rehabilitering

* Oppsøkende rehabiliteringstjenester (tverrfaglige team som kan mobiliseres på kort varsel, og ansvarsgrupper)
 * Dagopphold eller kommunalt lærings- og mestringssenter (et sted å gå for råd, veiledning, kurs, trening/lavterskeltilbud)
 * Korttidsopphold for rehabilitering
 o fortrinnsvis ved øremerkede plasser, av hensyn til behovet for kompetanseoppbygging
 o Samarbeid med NAV om arbeidsrettet rehabilitering
 o Folkehelsearbeid (lavterskeltiltak, helsestasjon for eldre / informasjonsvirksomhet / forebyggende hjemmebesøk), i tillegg til ivaretagelse av folkehelseperspektivet i øvrig tiltakskjede

Private rehabiliteringsinstitusjoner

Per i dag har de regionale helseforetakene bestillingsansvar. I forbindelse med iverksettelse av samhandlingsreformen ser vi at andre løsninger kan være aktuelle.

Vi ser for oss 3 mulige scenarioer:

- 1) Fortsatt bestillingsansvar hos RHF som i dag.
- 2) Kommunene overtar bestillingsansvaret (pålegges det samme som RHF i dag er pålagt).
- 3) RHF har bestillingsansvar og skillet mellom spesialisert rehabilitering og kommunal rehabilitering oppheves.

Følger dersom løsningen blir fortsatt bestillingsansvar hos RHF som i dag?

* Rehabiliteringsinstitusjonene skal ha medisinsk kompetanse eller utstyr som kommunene ikke kan forventes å ha
 * Forventing om at rehabiliteringsinstitusjonene må fortsette å målrette og spisse virksomheten
 * Det indikerer behov for lengre avtaleperioder (5-8 år) siden det tar tid å bygge opp slik kompetanse
 * De skal ta imot pasienter som har diagnoser som kommunen ikke kan forventes å ha nok kunnskap om, inkludert multifunksjonssvikt
 * Der pasienten profiterer på å komme seg bort og treffe andre i lignende situasjon
 * Der det er behov for å organisere spesialtilbud til bestemte diagnosegrupper
 * Kommunene vil ha begrenset muligheter for å organisere tilbud etter diagnosegrupper, og bør helst unngå det, siden fokus i kommunen bør ligge på hverdagslivet; fungere sosialt og i samfunnet (hjem - arbeid - fritid)
 * Bør unngå et system hvor man siler ut de med best prognose, ekskluderer de med tilleggssdiagnoser, de som er over 67, eller de som må ha bistand til personlig stell. Må sikre lik

rett til helsetjenester, her
spesialisthelsetjenester, da kan ikke pleietyngde eller alder brukes som
kriterium for å definere noe som
1. eller 2.linjeansvar

Følger dersom kommunene skal overta bestillingsansvaret (pålegges det samme som
RHF i dag er pålagt).

- * Bestilleransvaret vil ligge hos kommunen (e)
- * De vil vurdere behov og hvordan de ønsker å dekke dette behovet
- * Ut fra hva vi ser i dag er det neppe tenkelig at staten vil pålegge kommunene å dekke sitt behov ved å pålegge dem særskilte kjøp.
- * En usikker situasjon for institusjonene.

Følger dersom RHF skal ha bestillingsansvar og skillet mellom spesialisert
rehabilitering og kommunal
rehabilitering reduseres?

- * Bestillingsansvaret ligger hos RHF, et utvidet bestillingsansvar
- * Det må defineres et samhandlingsrom innenfor rehabilitering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
- * De private institusjonene må utvikle seg i to retninger, mot det spesielle og mot det kommunale
- * Lovverket må endres: forskrift om habilitering og rehabilitering som definerer skillet mellom spesialisert og kommunal rehabilitering. Prioriteringsveiledere for spesialisthelsetjenesten må revideres.
- * Vurdering av henvisning bør ta utgangspunkt i funksjon og potensialet, ikke diagnose.

Konklusjon:

Ut fra vår vurdering vil personer med behov for rehabilitering tjene på at skillet mellom spesialisert rehabilitering og kommunal rehabilitering reduseres. Vi ser at de private rehabiliteringsinstitusjonene kan ha en rolle i denne gråsonen. Dette forutsetter at en i større grad enn i dag lykkes i å integrere rehabiliteringsinstitusjonenes innsats i det totale rehabiliteringsforløpet. Det må defineres et samhandlingsrom, dette må utredes.

Verktøy - Samhandlings- og fagverktøy

Utvikling av samme fagverktøy er viktig, både av hensyn til fagutvikling og utvikling av et felles begrepsapparat.

- * Bedre system for behovsvurdering (funksjonsvurderingssystem), IKT-løsninger
 - o Bygg gjerne videre på IPLOS. Ikke eget fagsystem for rehabilitering, rehabilitering må være en del av et helhetlig system, og dette systemet må utformes slik at det stimulerer til å tenke forebyggende og rehabiliterende
 - o ICF som begrepsmodell er velegnet som bakteppe for et slikt system, men kodeverket finner vi lite anvendbart
 - o Bedre styringsdata og rapporteringssystem (som bygger på kartleggingssystemet / dvs utbedring av IPLOS slik at det kan bli database også for rehabilitering, f eks i KOSTRA)
- ? Legg inn flere rehabiliteringsvariabler og bruke sammenligningsdata målrettet, også på forebyggings- og rehabiliteringsområdet
- ? Fortsatt satsing på Individuell plan og koordinerende enhet, med fokus på intensjonen
- ? koordineringen må være både på tvers mellom tjenester /avdelinger på begge nivå, og den må ha et tidsperspektiv (gjøre hverdagen mer forutsigbar for den det gjelder)
- ? IKT - Samhandlingsverktøy utvikling i retning mer felles

fagsystemløsninger

? SamPro

? Telemedisin

? ELIN-k fase 2 (Elektronisk meldingsutveksling mellom 1 og 2. linjetjenesten)

? Forskning og utviklingsarbeid i kommunen (praksisnært)

? bedre kartleggingsmetodikk, bedre system på å

"fange opp" pasienter i risikogrupper på et tidlig

stadium

? utvikling av bedre (sam)arbeidsmetoder på alle nivå

? effekt-/resultatvurdering

? Følge med på evt. svar på og resultat: Søknad til

Norges forskningsråd på utlysningen "Habilitering-

og rehabiliteringstjenesteforskning - Midler til

etablering av et forskningsmiljø"

Søkere(felles) er: NTNU, HIST, FFO, HMN, St.Olavs Hospital, SINTEF, NAV, KS Sør Trøndelag, Trondheim

kommune, Hemne kommune, Namdal Rehabilitering og Røros Rehabilitering. Tittel på prosjektet: Establishment of

Norwegian Centre for Health Services Research in Rehabilitation and Habilitation (NCHS-RE-HAB) (Research

institution-based strategic project - HELSEOMSORG) NFR gir beskjed om utfall av søknadsbehandlingen. Det skjer

trolig i løpet av mars 2011

Mvh

Regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Steinar Gjerde (RKE)

Nancy Haugan (KE HNT)

Gun Ekeberg (KE St.Olav)

Anne Hollingen (KE HNR)

18. januar 2011 12:02

Svaret kan leses her

Du er registrert som:

Brukertype: Privatperson

Navn: Regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Brukernavn: Gjaste

E-post: steinar.gjerde@helse-sunnmore.no

Adresse: Helse Midt.Norge RHF, RKE, Postboks 464, 7501 Stjørdal