



VEDLEGG 1

**Handlingsprogram for
fysikalsk medisin og rehabilitering
i Helse Midt-Norge
2005 - 2008**

INNHALDSFORTEGNELSE

	Side
1 Innledning	4
1.1 Definisjon av fagområdet	4
1.2 Sentrale mål	4
1.3 Rammen for planen	4
2 Bakgrunnsdokumenter	5
3 Institusjoner	6
3.1 Befolkningsgrunnlag	6
3.2 Incidens og prevalens for fagets viktigste målgrupper	6
3.3 Behov for institusjonell rehabilitering	8
3.4 Status for 2003 og estimerte behov	9
3.4.1 Helse Sunnmøre HF	9
3.4.2 Helse Nordmøre og Romsdal	13
3.4.3 St.Olavs Hospital HF	15
3.4.4 Helse Nord-Trøndelag HF	17
3.4.5 Aktuelle anbefalinger og plasser i hele helseregionen	19
3.5 Poliklinikk	20
3.6 Bemanning	21
3.7 Opptreningsinstitusjoner	22
4 Samhandling	24
4.1 Lover og forskrifter	24
4.2 Kommunenes ansvar og oppgaver	24
4.3 Specialisthelsetjenestens ansvar	25
4.4 Nivåer i spesialisthelsetjenesten	25
4.5 Faglige nettverk	26
4.6 Koordinerende enhet	26
4.7 Regionalt fagråd for fysikalsk medisin og rehabilitering	26
5 Brukermedvirkning	26
5.1 Offentlige tiltak iverksatt etter 2000	27
5.2 Status	27
5.3 Fremtidige behov	27
6 Utdanning, forskning og fagutvikling	29
6.1 Utdanningsfunksjonen	29
6.2 Universitetsfunksjonen og forskningen	29
6.3 Regionale og nasjonale spesialiserte funksjoner	30
6.4 Mål for kompetanseoppbygging	30
6.5 Virkemidler	30
6.6 Tiltak	30

7	<i>Finansiering</i>	32
7.1	<i>Sengebasert finansiering</i>	32
7.2	<i>Poliklinisk finansiering</i>	32
8	<i>Samlede tiltak</i>	33

1. Innledning

1.1 Definisjon av fagområdet

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

European Board of Physical and rehabilitation medicine har definert spesialiteten. (Konsensus fra Lubljana 29.03.03):

“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.”

1.2 Sentrale mål

Økt kvalitet

Større pasienttilfredshet og tilgjengelighet

Bedre kapasitetsutnyttelse

Bedre sammenheng mellom de ulike nivåer ved planmessig arbeid for kontinuerlige behandlingsskjeder

Etablere tilbud om ambulante tjenester

Øke sengebasert- og poliklinisk tilbud

1.3 Rammen for planen

I den somatiske del av spesialisthelsetjenesten utøves medisinsk rehabilitering i:

- *Vertikal rehabilitering* som utøves i den enkelte spesialitet.
 - *Horisontal rehabilitering* som utøves i egne enheter for spesialisert rehabilitering
- Med ”vertikal rehabilitering” menes således at pasienten får hele sitt tilbud fra akutt medisinsk behandling til gjennomført rehabilitering i samme avdeling/ spesialitet, mens med ”horisontal rehabilitering” menes at pasienter med omfattende rehabiliteringsbehov som følge av forskjellige typer medisinske grunnlidelser/skader legges inn i egne enheter med spesialisert kompetanse i rehabilitering.

Spesialiteter som hovedsakelig har ansvar for akutt medisinsk behandling og hvor hoveddelen av pasientinntaket skjer som øyeblikkelig hjelp, søker gjerne pasienter med særskilt omfattende rehabiliteringsbehov til rehabiliteringsenhet etter ferdig akutt medisinsk behandling.

De spesialiserte rehabiliteringsavdelingene har bred tverrfaglig bemanning, samarbeidsstruktur, areal og kompetanse som er nødvendig for å gi et spesialisert rehabiliteringstilbud. Til forskjell fra de akuttmedisinske avdelinger som har hovedfokus på medisinske behandlingstiltak, har rehabiliteringsavdelingene fokus på funksjon, selvstendighet, sosialt nettverk og livskvalitet. De sam-arbeider nært med ytre instanser som familie, trygdeetat, arbeidsplass og kommunalt hjelpeapparat.

Internasjonalt er spesialiteten Physical medicine and rehabilitation (Fysikalsk medisin og rehabilitering) en spesialitet på linje med øvrige medisinske spesialiteter hvor krav til spesifikk kunnskap og ferdighet i medisinsk rehabilitering er definert i utdanningskravene for spesialistene. De samme krav til kvalitet og formell kompetanse er gjeldende for spesialisert

(horisontal) rehabilitering som for andre medisinske spesialiteter, og helsepolitisk er det i Norge vedtatt at hvert fylke skal ha avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering.

Planen omfatter ikke habilitering av barn og voksne. Habiliteringstjenestene i regionen blir omhandlet i et parallelt plandokument. I Helse Sunnmøre HF er habiliteringstjenesten for voksne organisert som en del av Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, i de øvrige foretakene er denne tjenesten knyttet til psykiatrien. Habiliteringstjenesten for barn er faglig knyttet opp mot pediatrien/barneavdelingene, men som egne enheter.

Enkelte pasient grupper vil være i en gråsoner mellom disse tre fagområdene, eksempelvis pasienter med cerebral parese, ryggmargbrokk, mv. Det er derfor behov for et nært samarbeid faglig og organisatorisk (koordinerende enhet) for å sikre et godt rehabiliteringstilbud til alle pasientgrupper. Planen omhandler heller ikke psykiatri og rus. Disse pasientene har tradisjonelt fått dekket sine behov for spesialisert rehabilitering gjennom de psykiatriske avdelinger og rusinstitusjoner. Erfaring tilsier at stadig flere mennesker med rehabiliteringsbehov som følge av skader og somatisk sykdom, også har psykiske plager og/eller er rusavhengige. Det må derfor være et nært samarbeid mellom rehabiliteringsavdelingene og psykiatrien og rusomsorgen.

2. Bakgrunnsdokumenter

Lov om Helsepersonell mv. 2.juli 1999, nr 64

St.m.nr 21 1998/99 Ansvar og meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk

St.m. nr 8 1998/99 Om handlingsplan for funksjonshemma 1998-2001

NOU 22/2001 Fra bruker til borger

Rundskriv IK-2625 Funksjonskrav for fylkeskommunal rehabilitering

Lov om spesialisthelsetjeneste 2.juli 1999

Lov om pasientrettigheter 2.juli 1999

Lov om kommunehelsetjeneste 19.november1982

Forskrift om habilitering og rehabilitering 28.juni 2001

Forskrift om individuelle planer etter helselovgivningen 8.juni 2001

Generalplan for fysikalsk medisin og rehabilitering. Den norske lægeforening februar 2004
(www.legeforeningen.no/index)

Medisinsk habilitering og rehabilitering. Planlegging og organisering. Helsedirektoratets veiledningserie nr.3/91

St.meld. nr 39 1991/92, Attføringsmeldingen

Regional helseplan helseregion Midt-Norge. Habilitering og rehabilitering 20.oktober 2000

Plan for samordnet medisinsk rehabilitering for 1.-og 2.linjetjenesten i Nord-Trøndelag

Rehabiliteringsplan 1997. Møre og Romsdal fylkeskommune

Revidert plan for medisinsk (re)habilitering, Sør-Trøndelag fylkeskommune 1998

3 Institusjoner

3.1 Befolkningsgrunnlag

Folkemengde, etter alder. Fylke. 1. januar 2003 (Statistisk sentralbyrå)

Alder	Hele landet	Møre og Romsdal	Sør-Trøndelag	Nord-Trøndelag
I alt	4 552 252	244 309	268 188	127 610
0	55 620	2 814	3 315	1 473
1- 5	298 110	15 956	17 772	8 406
6-12	435 762	23 899	25 922	12 950

Alder	Hele landet	Møre og Romsdal	Sør-Trøndelag	Nord-Trøndelag
13-15	177 202	10 013	10 425	5 354
16-19	215 714	12 977	12 428	6 636
20-44	1 598 643	79 705	95 393	40 405
45-66	1 166 058	63 297	67 951	33 835
67-79	400 080	23 222	23 356	12 286
80-	205 063	12 426	11 626	6 265

Den demografiske utviklingen i befolkningen og den forventede økning i antall eldre i befolkningen vil influere på fremtidig behov for tjenester fra spesialiteten i fysikalsk medisin og rehabilitering for befolkning og aldersfordeling i ulike fylker i Norge.

1.1.1 3.2 Incidens og prevalens for fagets viktigste målgrupper

Hjerneslag:

14-15.000 nye tilfeller pr. år i Norge. I dag lever 55-60 000 personer som har gjennomgått hjerneslag og omlag 2/3 av disse har funksjonssvikt som følge av slaget. (Ellekjær 1997). Det er anbefalt at alle pasienter med akutte slagtilfeller bør få utredning, akuttbehandling og rehabilitering i en slagenhet. 60% kan utskrives hjem med rehabilitering/oppfølging men 20% trenger døgnrehabilitering i en rehabiliteringsavdeling.

Traumatiske hjerneskader:

Insidensen på sykehusinnlagte varierer fra 240- 229/100 000 hospitaliseres i Norge pr. år med overvekt av menn (1,7:1). Epidemiologiske data fra 1999 viser at de fleste skader er karakterisert som lettere hjerneskader, men 5-10% har tegn til alvorlige skader. Av disse mottok ca 20% rehabilitering på spesialiserte avdelinger. Det er grunn til å tro at flere får spesialisert rehabilitering i dagens situasjon Ca 10% av dem med lette, 65% av dem ned moderat og 100% av dem med alvorlig hodeskade får betydelige, varige mén.

Ryggmargsskader:

Incidensen angis til 5/100 000 pr. år (Veiledningsserie 4-98 fra Statens Helsetilsyn) og svarer til ca.200 nye tilfeller pr.år i Norge. En mer aggressiv kreftbehandling som gir flere overlevende med varig sekvele vil kunne øke incidensen, mens ulykkesforebyggende arbeid vil kunne redusere antallet nye tilfeller.

Amputasjoner:

I et materiale fra Sverige oppgis utfra antall utførte amputasjoner 1980-1991 et incidenstall på ca. 38/100 000 pr. år. Antall personer med amputasjoner vil være noe lavere, da flere får utført reamputasjon. Vi har ingen gode tall fra Norge, men antar at den norske incidensen ligger mellom den svenske svenske og den som rapporteres fra USA, med noe under halvparten. (T.Dillingham 2002.)

Multitraume:

Ut fra et materiale på Ullevål er incidensen ca. 16/100 000 i Osloregionen, noe som skulle tilsvare ca. 700 tilfeller årlig i Norge. Det er imidlertid usikkert om incidensen er den samme over hele landet og hvor mange av multitraumepasientene som er i behov av rehabilitering i avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering.

Hjertesykdommer:

Ca. 15.000 innlegges årlig i norske sykehus pga. hjerteinfarkt. Dette tilsvarer ca. 300/100 000

innbyggere. I tillegg kan hjerteopererte ha et rehabiliteringsbehov, og behovet for hjertekirurgi er anslått til ca. 100-110/100 000.

Hjerterehabilitering kan tilbys poliklinisk eller i form av institusjonsopphold, avhengig av de

lokale forholdene. Antallet personer med behov for hjerterehabilitering synes imidlertid å være så stort at tilbudet bør kunne gis på lokalsykehusnivå. I tillegg tilbys hjerterehabilitering ved Rauland attføringscenter, ved helsesportssentrene og ved enkelte spesialiserte opptreningscentre.

Lungesykdommer:

Pasienter med alvorlig astma og KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom), evt. med emfysem utgjør hovedtyngden av personer med behov for lungerehabilitering. Antallet pasienter med behov for lungerehabilitering innen spesialiteten Fysikalsk medisin og rehabilitering er usikkert, og deler av rehabiliteringstilbudet ivaretas av spesialisthelsetjenesten i lungemedisin.

Multippel sklerose:

Anslagsvis 1 nytt tilfeller pr. 1000 innbyggere pr. år. I Norge er det anslått at ca. 8000 lever med sykdommen. (MS-registeret 2002). Det angis imidlertid store landsdelsvariasjoner. Behovet for institusjonsbasert rehabilitering er omfattende for en relativ stor andel av pasientene.

Muskel/skjelettplager:

Personer med lokaliserte og generaliserte muskelsmertesyndromer og senerelaterte lidelser, samt personer med artroseutvikling i ledd og brusk omfattes av faget Fysikalsk medisin og rehabilitering. Symptomer fra bevegelsesapparatet (muskel-skjelettsystemet) er svært hyppige. I en undersøkelse utført av Natvig og medarbeidere (1994) rapporterte 85 % av befolkningen i en Østlandskommune plager i løpet av siste året, og 15 % rapporterte daglige muskel/skjelettsmerter. 55 % hadde hatt lave ryggmerter siste året, 56 % skuldmerter og 58 % nakkesmerter. Omfanget av personer med muskel-skjelettlidelser som krever behandling på spesialistnivå er vanskeligere å tallfeste, men tall fra trygdeverket kan være til hjelp. Av 235 000 nye uførepensjonister i 1994 utgjorde muskel-skjelettlidelser 33 %, mens andelen langtidssykemeldte på grunn av lidelser i muskel-skjelett-systemet var 53 % (Folkehelse rapporten, SHD 1996).

Prevalensen av artrose i ulike ledd er ukjent, men høy i eldre alderskohorter. En mindre andel

er symptomgivende, og en svært liten andel av pasientene med artrose er behandlingstrengende på spesialistnivå.

Akuttbehandling, rehabilitering og komplikasjoner etter brudd utgjør også en andel av forekomsten av muskel-skjelettplager. På landsbasis er incidensen av hoftebrudd 250/100 000.

Langt de fleste av disse pasientene vil få dekket sine behov innen kommunehelsetjenesten, men behovet for spesialist-vurdering på konsulentbasis og på poliklinikk i annen-og tredjelinjetjenesten vil være stort. Behovet for sengeplasser til denne gruppen er lavere og anslås til ca.10/100 000 innbyggere.

1.1.2 3.3 Behov for institusjonell rehabilitering

1.1.3

Ut fra erfaringstall fra Spesialsykehuset for rehabilitering (tidligere Kysthospitalet ved Stavern), vil behovet for døgnbasert spesialisert medisinsk rehabilitering være omtrent som følger for en befolkning på 100.000:

Slag	8 plasser
Amputasjoner	3 plasser
Mulitraume	1 plass
1.1.3.1 Kompliserte ort. rehab. (særligbruddskader)	2 plasser
Hodeskader	2 plasser
Progredierende nevrologiske lidelser	6 plasser
Kreft	3 plasser
1.2 Diverse	5 plasser
I alt:	30 plasser

Trenden har gått mot økende grad av dagbehandling og poliklinisk behandling av mange grupper. Kronisk rygg- og nakkelidelse behandles nesten utelukkende ambulant. Pga ekstremt ulike geografiske forhold vil det være ulike behov når det gjelder fordelingen av døgn og dagbehandling.

Rehabilitering av de alvorligste hodeskadene er omfattende prosesser som bør sentraliseres til regionalt nivå for deler av rehabiliteringsperioden i nettverks-samarbeid med den lokale, spesialiserte tjenesten. For de alvorligste hodeskadene er kapasiteten for dårlig og oppfølgingen svært mangelfull. I tillegg til tilstrekkelig personell, også for ambulant oppfølging, er arealutforming og tilgjengelige ressurser viktige for å løse disse omfattende oppgavene (f.eks. skjermingsmuligheter, plass til tekniske hjelpemidler og tverrfaglige tiltak).

For de spinale skadene er dagens kapasitet tilstrekkelig i primærrehabiliteringen mens oppfølgingen er mangelfull.

Rehabilitering for kreftpasienter har fortsatt ikke kommet systematisk i gang som ansvarsområde for spesialiteten. Det reelle behov for tjenester for denne målgruppen er fortsatt uavklart. Det antas at det foreligger et stort behov for trening, informasjon, kompensatoriske tiltak, tilretteleggelse og fortsatt medisinsk behandling for pasientgruppen. Et tett samarbeide med onkologi og allmennhelsetjenesten er nødvendig for å etablere helhetlig rehabilitering for disse pasientene.

3.4 Status for 2003 og estimerte behov

3.4.1 Helse Sunnmøre HF

Den spesialiserte rehabiliteringstjenesten på Sunnmøre har fylkesfunksjon for Møre og Romsdal .

Helse Sunnmøre har ca 128.000 innbyggere, Helse Nordmøre og Romsdal ca 116.000. Samlet Møre og Romsdal 244.000 innbyggere.

Spesialiserte rehab.institusjoner:

- Avdeling for fysiskalsk medisin og rehabilitering, Ålesund sjukehus
- Mork rehabiliteringssenter, Volda sjukehus
- Nevrohjemmet rehabiliteringssenter, Nevrologisk avd. Ålesund sjukehus

Generelt: De tre enhetene for sengebasert tilbud er alle lokalisert til Sunnmøre, men har hele fylket som opptaksområde. Det er innarbeidet profesjonell tverrfaglig arbeidsform og alle tar imot pasienter med sammensatte og komplekse rehab. behov, fordelt etter telefoniske møter i felles inntaksnemnd. Vi har måttet legge oss på en svært stram/streng inntakspolitikk i forhold til vilkår for inntak, og hvor kommunehelsetjenesten alltid utfordres på sitt ansvar. Det er rutinemessig samhandling med klientenes pårørende og aktuelle kommunale instanser og hjelpemiddelsentral. Man har i liten grad ressurser til å arbeide ambulant for klienter som ikke er utredet ved innleggelse. Trening i basseng tilbys ved alle institusjonene. Tjenesten har bidratt med opprettelse av sykehusinterne rehab.team ved de andre sykehusa, og til etablering og funksjon i kommunene for rehabiliteringskontakter. Det er jevnlig møter med pasientorganisasjonene og det drives opplæring i kommunene. Praksis/utdanningsplasser for sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter ved alle enhetene, også for logoped, sosionomer og turnusplasser for fysioterapeuter ved fys.med.avd.. Alle enhetene har rom til pårørende.

Avdeling for fysiskalsk medisin og rehabilitering ved Ålesund sjukehus er en gruppe I institusjon med 5 overlegestillinger, 2 ass.legestillinger og 2 spesialpsykologstillinger, i tillegg til full tverrfaglig bemanning. Avdelingen er også godkjent utdanningsplass for psykologspesialister. Avdelingen er faglig forankring for spesialisert rehabilitering i fylket, og er fylkets kompetanse senter.

Sengepost har 15 senger(reduisert til 12.5 fra 04) og inntil 5 dagplasser; dvs. ca 180 utskrivninger/år. Hovedvekt er lagt på tidlig/akutt rehabilitering med tverrfaglige – og medisinske vurderinger og tiltak, mens ambulant oppfølging foregår i kun moderat grad. Poliklinikken har ca 1000 konsultasjoner/år med spesialiserte tilbud innen nevropsykologi, smertesyndromer, ortopedtekniske tiltak, skulderlidelser og øvrig muskelskjelettlidelser, dessuten oppfølging etter utskrivning fra sengepost. Avdelingen har intern utlånsental for tekniske hjelpemidler og TENS, og har servicefunksjon for fysioterapi, ergoterapi, sosionomtjeneste og logopedi til resten av sykehuset. Har service fra orthopedisk verksted og samhandler med øvrige spesialavdelinger ved sykehuset.

Mork rehabiliteringssenter i Volda har 15 rehab.- senger for eget fylke, og i tillegg 6 senger for pasienter fra andre fylker. For tiden er det 3 senger til postoperativ etterbehandling av ortopediske pasienter. Det er tilbud til alle typer rehab.pasienter. Senteret har tverrfaglig bemanning med kun timebasert legespesialist (almenprktiker og geriater/internist). Det er treningsleilighet på senteret. Det foregår betydelig grad av ambulant virksomhet, knyttet til innlagte pasienter. Det gis også opplæring til kommunene og eksterne fagmiljøer. Det er nært samarbeid med Volda sjukehus, pasientorganisasjoner og hjelpemiddelsentral.

Utskrivninger i 2002: 138 for eget fylke, 54 gjestepasienter.

Nevrohjemmet rehabiliteringssenter i Ålesund har 14 rehab.-senger, tverrfaglig bemanning med logoped på timebasis. Legetilbudet er på timebasis og dekkes fra Nevrologisk avdeling hvor det for tiden også er spesialist i fys.med.rehab. Senteret er spesialisert for rehab. av pasienter med kroniske nevrologiske lidelser i nært samarbeid med de nevrologiske avd. i fylket. Hovegruppen ellers er slagpasienter. Det finnes også treningsleilighet. Det foregår betydelig grad av ambulant virksomhet knyttet til innlagte pasienter og opplæring til kommunene.

Utskrivninger 2002: 143 pasienter

Øvrig spesialisert rehabilitering

Ved de to sykehusene i Sunnmøre Helseforetak drives rehabilitering som ledd i behandling ved flere av de somatiske avdelinger og poliklinikker knyttet til de medisinske spesialtilbud for kronikere. Rehabilitering og behandling og sekundær forebygging går parallellt, og hvor medisinsk faglig kunnskap er en nødvendig basis (lungesyke, kreftsyke, sukkersyke, reumatikere, dialysepasienter og geriatriske pasienter). Tilbudene har hovedsakelig lege- og sykepleiebasis, men også andre faggrupper er involvert. Mer systematisk bred tverrfaglighet er etablert ved Ålesund sykehus i slagenheten, ved hjerterehabiliterings-poliklinikken, ved reumatologisk avdeling og ved Volda sykehus til lungepasienter, sukkersyke, og hjertesyke. Nevrologisk avdeling samarbeider med Nevrohjemmet rehab.senter for pasienter med kronisk progressive nevrologiske sykdommer.

Ved psykiatrisk avdeling og poliklinikk står spesialiteten selv for langtidsoppfølging inklusive rehabilitering i direkte samhandling med kommunens tilbud. Behovet for relasjonsbygging mellom behandlingspersonell og klient som en langsiktig del av behandling og rehabilitering står sentralt, og hvor svingninger i sykdomsaktiviteten over tid fremmer behov for medisinsk faglig forankring også i rehab.prosessene.

1.3

1.4 Virksomhet	1.5 Plasser Møre og Romsdal 1.6 (akt./ anbefalt)	1.7 Helse sunnmøre (akt / anbefalt)	1.8 N.møre & romsdal 1.9 (Plassene på Helse Sunnmøre) 1.10 (akt./ anbefalt)
Slag	21 / 20 (Fys.med 5.3 Nevrohjemmet 5.1 Mork 10.5)	13.5 / 11 (3.5+2.5+7.5)	7.5 / 9 (2+2.5+3)
Amputasjoner	1.8 / 7	1.5 / 4	0.3 / 3 (tilbud i eget foretak)
Multitraume	1.4 / 2	0.7 / 1	0.7 / 1
Komplisert ortopedisk	0.9 / 5	0.7 / 3	0.2 / 2

rehabilitering			
Hodeskader	4 / 5	3 / 3	1 / 2
Nevrologiske lidelser	8.5 / 15	5 / 8	3.5 / 7
Kreft	2.2 / 7	1.3 / 4	0.9 / 3
Diverse	4.5 / 12	2.5 / 7	2 / 5
1.11 SUM	44.3 / 73	28.2 / 41	16.1 / 32

1.12 Oppsummert

Møre og Romsdal har 44 sengeplasser, mens anbefalt sengetall i henhold til befolkningsgrunnlag er 73. Det betyr at Møre og Romsdal kun har et sengetall som utgjør 60% av stipulert behov.

- **Av 44 sengeplasser bruker Helse Sunnmøre 28 senger (64%), Helse Nordmøre og Romsdal 16 senger (36%), men Helse Sunnmøre har 52.5 % av befolkningsgrunnlaget.**

Helse Nordmøre og Romsdal bruker sannsynligvis senger innen nevrologi/indremedisin på tilsvarende pasienter til tidlig rehabilitering, og nevrologisk avdeling har pasienter innen nevrologi og muskelskjelett som til dels samsvarer med pasienter ved Fys.med.rehab. avd Ålesund sjukehus, slik at en viss skjevfordeling er forventet (Helse Sunnmøre har ikke egen sengeenhet til nevrologi). Men nærhet til spesialisert tilbud har betydning for bruk av tilbudet i Møre og Romsdal hvor avstandene er store.

Mangler ved dagens tilbud

Med fokus på dagens tilbud, drift og forventet pasienttilgang vil det være behov for ekspansjon for disse områdene hvor tilbudet i dag er klart og betydelig mangelfullt. Etter prioritet:

1) Pasienter med hjerneskade

2 Post akutt rehabilitering av pasienter med kognitiv svikt med liten eller

ingen fysisk begrensning (ambulante og polikliniske behov).

Denne pasientgruppa har lite eller ingen bevegelsesbegrensning, men ofte sansefunksjonstap og kognitive og emosjonelle vansker, ledsaget av endret adferd.

De blir ofte utskrevet fra akutt medisinske avdelinger etter få dager uten systematisk oppfølging. Personen svikter i arbeid og dagligliv med store frustrasjoner for ektefelle, barn og kolleger og pasienten selv. De kan være forvirret i mange døgn etter skaden med behov for skjerming og døgn-oppfølging ved rehab.avdeling.

Tiltak 1a:

Poliklinisk og ambulant team for testing/oppfølging, og for tiltak i pasientens hjemmemiljø. Ressurser mangler i dag.

Behov 4 stillinger (nevropsykolog, pedagog, ergoterapeut, sosionom) ved Avd. for fys.med.rehab., dessuten noe bruk av andre faggrupper. Ambulante midler. Areal.

Tiltak 1b:

Styrking for døgnbasert oppfølging i tidlig fase ved rehab.avdeling.

3 stillinger sykepleier/miljøterapeut ved Avd. for fys.med.rehab..Areal.

3 Akutt rehabilitering til pasienter med store skader og funksjonssvikt i

alle selvstendige funksjoner; sengebaserte behov.

Denne gruppen blir i dag værende i kirurgiske / intensivavdelinger med lite aktive treningstilbud inntil de kan delta mer aktivt i rehab.tilbud. Det medfører gjerne at de stivner betydelig til i ledd, kan få komplikasjoner fra urinveger, lunger og f.eks liggesår. Det er bred faglig enighet om at disse pasientene vil profitere på akutt rehabilitering, sansynligvis allerede mens de fortsatt er bevisstløse. Tidlige tiltak vil forkorte tid i institusjon, gi færre komplikasjoner og gi et bedre funksjonsnivå på sikt. Avd. for fys.med. rehab. har erfaring fra slik akutt rehab., men taper betydelig økonomisk på slikt arbeid som innebærer betydelig personellressurs og lange opphold utover den tid man får DRG-poeng. Mork rehab.senter har erfaring fra samme pasientgruppe i et noe senere stadium. Begge institusjonene kan faglig sett samhandle om et bedret tilbud.

Tiltak 1c:

Styrking av fagteam ved Avd. for fys.med. og rehab.

Behov for min.4 stillinger (døgnbaserte tiltak); sykepleiere, fysioterapeut, delressurs ergoterapeut. Areal.

2) Pasienter med muskelskjelett lidelser

Ekstreme kostnader for samfunnet ved disse lidelsene og hvor samordnete tiltak ved sykehusa er mangelfullt og tilbud i kommunen sviker.

Tiltak 2:

Stillinger til polikliniske tilbud ved Ålesund sykehus:

Ryggpoliklinikk, tverrfaglig smertepoliklinikk, o.a..Arealbehov.

Behov for 4 stillinger; Lege, fysioterapeut, psykolog og sosialkonsulent.

3) Pasienter med nyrehvervet neurologisk sykdom (MS/Parkinson.a.o.)

Oppbygging av opplæringsenhet spesifikt mot disse gruppene kombinert med utredning og bistand til individuelle planer. Erstatning for MS sentert i Hakkadal. Kan fremmes som Regionalt tilbud i Midt- Norsk Helseforetak.

Tiltak 3:

3 Stillinger ved Nevrohjemmet rehab.senter. Areal

4) Øvrig somatisk rehabilitering

I henhold til oversikt fra de to medisinske avdelinger og muntlig drøfting med Reumatologisk avd. og Neurologisk avd., fremkommer:

Reumatologisk avdeling følger selv sine pasienter mht. utredning, behandling og rehabilitering. I forhold til rehabiliteringstiltak har man ytterligere behov for; konsultativ bistand fra sosialkonsulent og noen få sengebaserte rehab.plasser(for eksempel ved Mork rehab.senter).

Tiltak 4a:

Generell styrking av sos.kons. stab ved Ålesund sykehus. Plasser ved Mork rehab.senter kan tilbys innenfor dagens kapasitet.

Nevrologisk avdeling har tilfredsst. samarbeid og bruk av plasser ved Nevrohj. rehab. senter. *Medisinsk avdeling Volda sjukehus*; anfører behov for styrking av/etablering av geriatrisk team.

Tiltak 4b:

Øking av personell til geriatrisk team med sjukepleier, ergoterapeut og fysioterapeut.

Medisinsk avdeling Ålesund sjukehus: Anfører behov for stillingsressurser til pasienter med større hjertekar operasjoner(sykepleier) og til unge diabtikere(sosialkonsulent/fysioterapeut). Dessuten er det utarbeidet en prosjektplan for tilbud til pasienter med lungesykdommer som i forenklet tilpasning kan gi et nødvendig tilbud med 2-3 stillinger tilført.

Tiltak 4c:

Økning av 4 stillinger for å betjene samlet medisinsk avd..

3.4.2 Helse Nordmøre og Romsdal HF

Etter en omorganisering av alle avdelingene i foretaket våren 2003, er det nå opprettet 13 avdelinger på tvers av sykehusene. Rehabiliteringsavdelingen er en av disse 13 og består av følgende avdelinger:

Aure opptreningscenter.

Fysikalsk avdeling, Kristiansund.

Ergoterapiavdelinga, Kristiansund.

Ernæringsfysiolog, Kristiansund.

Fysioterapiavdelinga, Molde.

Sjukehusinternt rehabiliteringsteam, Molde.

Prest, Molde.

Rehabiliteringsavdelingen er i oppstartingsfasen og har forløpig ikke utformet egen overordnet strategi og målsetting.

Fellestrekk for alle underavdelingene i Rehabiliteringsavdelingen:

- Det gis tjeneste til de fleste somatiske avdelinger (prest gir også tilbud til psykiatrien. Ernæringsfysiolog får henvisninger fra Psyk. Pol. vedr. overvekt/fedme/spiseforstyrrelser.).
- Det er tverrfaglige samarbeidsmøter med avdelingene.
- Det er samarbeidsmøter/rutiner overfor kommunene, pasient og pårørende.
- Tenkning og handlingsmåte skal bygge på St.meld.nr.21(1998-99) "Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk." Her understrekes brukerperspektivet, lokal forankring, tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid, plan og systematikk.
- Underavdelingene ingen sengeplasser.

Rehabiliteringsavdelingen har 50 stillinger, og består av følgende faggrupper:

Ergoterapeut, ernæringsfysiolog, fysioterapeut, logoped, prest, sosionom og sykepleier. I tillegg har avdelingen hjelpepleier, sekretær og assistent.

Det er ingen legestilling i avdelingen. Henvisende lege er medisinsk faglig ansvarlig.

Aure har avtale med lege som har det medisinsk faglige ansvaret. Det arbeides med å få ansatt en spesialist fra Helse Nordmøre og Romsdal HF.

Det bygges nå opp et lærings-og mestringscenter ved foretaket og Rehabiliteringsavdelingen vil være bidragsyttere ved de fleste av tilbudene ved senteret.

Opptrapping av tilbud/rehabilitering.

4 Problemstilling

5 Mangel på rehabiliteringssenger i Helse Nordmøre og Romsdal HF. Foretaket sender pasienter til Sunnmøre for rehabilitering.

- Geografisk skjevfordeling i tilbudet til kreftpasienter med lymfødem.
- Manglende tilbud til en del pasientgrupper.

Forbedringsmål

Bedring av rehabiliteringstilbudet uavhengig av geografi og diagnose.

Tiltak

- Opprettelse av Rehabiliteringsavdeling i Helse Nordmøre og Romsdal med sengepost, spesialist i fys. med. og rehab. og tverrfaglig team.
- Opprette driftsavtale med fysioterapeut med videreutdanning i behandling av lymfødem ved de sykehusene der tjenesten ikke finnes.
- Opprette tverrfaglige poliklinikker som: Smertepoliklinikk, Hodeskadepoliklinikk og Muskel/skjelettpoliklinikk
- Fortsette arbeidet med lærings-og mestringsstilbud til grupper som mangler tilbud (for eksempel yrkesattføring).
- Opprettelse av ambulante team.
- Innarbeide rutiner for "Individuell plan".

3.4.3 St. Olavs Hospital HF

Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering gir følgende tilbud:

ARBEIDS-OPPGAVER	DAGENS TILBUD	FORSLAG OM TILTAK	SPESIFIKKE BEHOV
Kognitiv rehabilitering	Regionalt tilbud 24 sengeplasser (Munkvoll) Ambulant virksomhet Lærings og mestringscenter	Avklaring av ansvarsfordeling mellom aktørene i HMN 6 Tett oppfølging av utskrevne 7 Pasienter. Poliklinisk utredning av kognitiv funksjon	Ønsket nærhet med hospitalets øvrige avdelinger 9 Bedre våtromsfasiliteter 10 Bedre ekspedisjon / 11 vaktroms-

		8 Ambulant Team	løsninger 1 lege, 0.5 sykepleier, 0.5 sosionom Teamet bør være forankret til dagens virksomhet
Ryggmargs-skade-rehabilitering	Flerregionalt tilbud 10 sengeplasser (Spinalskadeavd.) Poliklinisk virksomhet	2 sengeplasser til håndkirurgpasienter 11.1.1 1-2 sengeplasser og utstyr til pasienter med respiratorbehov. Bedret standard (større areal) til dagens virksomhet Faste lokaler 11.1.2 Fast stab Ambulant team	12 Bedre våtromsfasiliteter Us.rom, hvilerom pasient 1 overlege, 1 sykepleier 1 overlege, 1 sosionom
Rehabilitering av pasienter med kronisk nevrologiske sykdommer (MS, parkinson, epilepsi, postpolio, div ”smågrupper”)	Lærings og mestringscenter	8 sengeplasser	1 overlege, 1 asslege sykepleiere, 0.5 fysioterapeut, 0.5 ergoterapeut, 0.5 sosionom
Pasienter med sammensatt dysfunksjon (multitraumer, dysfunksjon etter omfattende sykdom/skade medfødt somatisk funksj.vansker)	Intet tilbud idag	8 sengeplasser Lærings og mestringscenter aktivitet	1 overlege, 1 ass.lege sykepleiere 1 fysioterapeut 0.5 ergoterapeut
Subakutt geriatrisk rehabilitering (Hjerneslag, amputasjoner, frakturer)	ca 45 sengeplasser (Betania Malvik)	- Bedret legedekning - Redusert sengeantall	Akseptabelt niv :2 overleger, 2 ass.leger. 32 sengeplasser
Funksjonssvikt	- Poliklinisk	- 8 sengeplasser for utredning	- 1 overlege, 1 ass.lege,

fra nakke rygg	virksomhet - Utvikling av samarbeid med Nasjonalt senter for spinale lidelser	og utprøving av ikke-kirurgisk intervensjon. - Fortsette pågående planlegging av tverrfaglig samarbeid med flere avdelinger Bygge ut tverrfaglig terapitilbud	sykepleiere, 1 fysioterapeut, 05. psykolog. - Skaffe lokaler til drift. - Div utstyr, bl.a. radiofrekvens-denerveringsenhet
Hjerte-rehabilitering	- Poliklinisk virksomhet		
Funksjonssvikt fra ekstremiteter	Poliklinisk virksomhet	- Utarbeide samhandlingsplan Med hjerteavdelinga	Ultralyd og div analyse-utstyr
Trening av innlagte pasienter med funksjonssvikt og dysfunksjon		Felles treningsarealer Svømmebasseng Treningsleilighet	

Prioriteringer

Ikke kostnadskrevende tiltak.

1. Økt tilbud om tverrfaglig terapi av pasienter med funksjonssvikt som skyldes nakke-/rygg-lidelser.
2. Avklare ansvarsfordeling mellom aktørene i Helse Midt-Norge når det gjelder pasienter med kognitiv dysfunksjon.

Kostnadskrevende tiltak:

Sengeplasser for pasienter med rygg-lidelser.

Ambulant team og utbygging av poliklinisk diagnostisk kapasitet for kognitiv dysfunksjon.

Ambulant team for pasienter med ryggmargsskade

Bedre romfasiliteter for pasienter med kognitiv dysfunksjon

Gi bedre tilbud (sengeplasser) for ryggmargsskade-pasienter som trenger h nderapeutiske tiltak.

Rehabiliteringstilbud til pasienter med multitraume og sammensatt dysfunksjon.

Øremerkede sengeplasser for ryggmargsskade-pasienter som trenger respirator.

Rehabiliterings-tilbud til pasienter med kronisk nevrologiske tilstander.

12.1.13.4.4 Helse Nord-Trøndelag HF

13 Rehabiliteringsklinikken

Foretaket har samlet fysisk medisin og rehabilitering, nevrologi, revmatologi, fysio- og ergoterapi, opplysningsvirksomhet og helsefremmende arbeid i en felles klinikk;

Rehabiliteringsklinikken. Hovedhensikten er å gi et bedre og mer samordnet tilbud til en del pasientgrupper med kroniske og sammensatte lidelser. Klinikken består av følgende enheter:

- Avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering
- Avd. for nevrologi
- Avd. for revmatologi
- Avd. for fysioterapi
- Avd. for ergoterapi
- Lærings- og mestringsenter
- Prestetjenesten

14 Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Sykehuset Levanger

Avdelingen kom i full drift fra august 2002. Den er opprettet med utgangspunkt i ”Samlet plan for medisinsk rehabilitering for 1.-og 2.linjetjenesten I Nord-Trøndelag” (1999)

Avdelingen var tiltenkt følgende hovedoppgaver

- sykehusavdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering
- lokalt kompetansesenter for rehabilitering i Nord-Trøndelag
- koordinerende enhet for rehabilitering i fylket

Avdelingen har sengepost og poliklinikk. Sengeposten har 15 senger og er felles med revmatologi, nevrologi. Ca 10-12 senger er disponibel for rehabiliteringsformål. Sengeavdelingen hadde totalt ca 320 innleggelser i 2003. Pasienter med hjerneslag, hodeskader, multitraume, kompliserte ortopediske lidelser, nerveskader og –sykdommer, revmatiske sykdommer utgjør de største gruppene. Ca ¾ av innleggelsene er fra andre avdelinger/sykehus for primær rehabilitering etter sykdom/skade, de øvrige er sekundære rehabiliterings-opphold. Avdelingen har ikke hatt kapasitet til å ta i mot alle søknader om innleggelse til sekundær rehabilitering.

Avdelingen har tilbud om særskilte programopphold for revmatikere og post-polio-pasienter.

Poliklinikken har ca 700 konsultasjoner pr.år. Sykdommer i muskel-/skjellettsystemet er den største pasientgruppen. Poliklinikken foretar også førerkortvurderinger, kontroll etter innleggelser, trykkesaker og spesialistærklæringer.

Avdelingen fullt bemannet er tverrfaglig med legespesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering, ass.leger sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosionomer, psykolog, miljøterapeut, kontorpersonale.

15 Spesialisert rehabilitering ved øvrige avdelinger.

16 Nevrologisk avdeling i Namsos mottar pasienter med multipel slerose (MS) til utredning behandling og også rehabiliteringsopphold. Avdelingen har også et faglig samarbeid med Kastvolden opptreningscenter som mottar MS-pasienter fra Sør-Trøndelag til programopphold i grupper.

17 Ved nevrologisk avdeling i Levanger gis et poliklinisk tilbud gruppetrenings tilbud for pasienter med Parkinsons sykdom.

18

19 Fysioterapiavdelingene har i samarbeid med respektive spesialister treningsgrupper for pasienter med gjennomgått hjertesykdom, lungesykdom (KOLS), diabetes, bekkenlidelser og Bechtrew sykdom.

Lærings- og mestringssettret har utviklet programtilbud til en rekke pasientkategorier. Barneavdelingen har etablert "astmaskole"

Ved sykehuset Levanger er det geriatrik poliklinikk for bl.a demensutredning (hukommelsesklinikk) Ved Sykehuset Namsos er det et geriatrik team. Tjenesten drives ambulant med regelmessig veiledning til kommunehelsetjenesten.

20 Samarbeid med kommunene

I Nord-Trøndelag er det i perioden 2000-2003 utviklet en modell for samarbeid innen rehabilitering. Kommunene i Nord-Trøndelag, Fylkeskommunen og Fylkesrådet for funksjonshemmede vedtok i 1999 "Samordnet plan for medisinsk rehabilitering for 1.og 2.linjetjenesten i Nord-Trøndelag". Samarbeid og samhandling var sentrale emne områder i planen som foreslo en rekke konkrete tiltak som senere er fulgt opp, også etter at ansvaret for spesialisthelsetjenesten ble overført til staten ved helseforetakene. Disse tiltakene var:

Egen samarbeidsavtale mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen om rehabilitering

Kommunene har definert egen koordinator for rehabilitering

Kommunene utarbeidet egen plan for rehabilitering

Det er etablert et forum bestående av de kommunale koordinatorene, re- og habiliteringstjenesten i sykehusene, opptreningsinstitusjonene, fylkeslegen, hjelpemiddelsentralen og brukerorganisasjonene.

Forumet møtes to ganger årlig. Hovedagenda er faglige tema og rutiner for samhandling.

Sekretariatet har vært lagt til Rehabiliteringsklinikken, Sykehuset Levanger

Det er etablert en koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten. Et samarbeidsorgan mellom

Habiliteringstjenesten for barn, Habiliteringstjenesten for voksne,

Hjelpemiddelsentralen, Trøndelag Kompetansesenter og Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering

Det arrangeres årlig en fagkonferanse om re-/habilitering i fylket.

Det er gjennomført flere felles faglige kurs og møter, samt et større utviklingsprosjekt om bruk av ansvarsgrupper og individuelle planer.

21 Mangler i Nord-Trøndelag

Sengekapasiteten er for liten. Foretaket har 10-12 senger til spesialisert rehabilitering. Det fremtidige behovet anslås til ca 20-25

Det bør etableres en smertepoliklinikk

Det er behov for å etablere en poliklinikk for tidlig diagnostikk/behandling av pasienter med smertetilstand i rygg og nakke (Ryggpoliklinikk)

Det bør opprettes et tverrfaglig rehabiliteringsteam ved Sykehuset Namsos

Antall spesialisthjempler i fysikalsk medisin og rehabilitering må økes fra 2 til 4, derav en akademisk overlegestilling

Opptreningsentrene må oppgraderes og knyttes faglig til den spesialiserte rehabilitering

3.4.5 Aktuelle og anbefalte plasser i hele helseregionen

Diagnosegrupper	Helseforetak	Plasser (akt./anbefalte)	Avvik fra normtall
Slag	M&R	21/20	+1
	(HSM	13,5/11	
	HNM	7,5/9)	
	ST	2(+16)/22	-10 (-4)
	NT	4 /10	-6
Amputasjoner	M&R	1,8/7	-8,2
	(HSM	1,5/4	
	HNM	0,3/3)	
	ST	3/8	-5
	NT	0/4	-4
Multitraume	M&R	1,4/2	-0,6
	(HSM	0,7/1	
	HNM	0,7/1)	
	ST	0 /3	-3
	NT	1/1	0
Kompliserte ortoped rehab.	M&R	0,9/5	-4,1
	(HSM	0,7/3	
	HNM	0,2/2)	
	ST	0 /5	-5
	NT	2 /3	-1
Hodeskader	M&R	4/5	-1
	(HSM	3/3	
	HNM	1/2)	
	ST	12*/5	+7*
	NT	2/3	-1
	M&R	8,5/15	-6,5
	(HSM	5/8	

Nevr.lidelser	HNM	3,5/7)	
	ST	0/16	-16
	NT	2 /8	-6
Kreft	M&R	2,2/7	-4,8
	(HSM	1,3/4	
	HNM	0,9/3)	
	ST	0/8	-8
	NT	0/4	-4
Diverse	M&R	4,5/12	-7,5
	(HSM	2,5/7	
	HNM	2/5)	
	ST	16/13	+3
	NT	1/6	-5
SUM	M&R	44,3/74	-30
	(HSM	28,2/41	-13
	HNM	16,1/32)	-16
	ST	56/80	-37 (-31)*
	NT	12/39	-27
	HMN	112,3/192	80

3.5 Poliklinikk

Poliklinisk virksomhet bør om mulig organiseres flerfaglig/tverrfaglig, slik at disse lidelser som omfattes av tjenesten bør ha en adresse på samme helseforetak. De polikliniske delområdene bør samlokaliseres for å få til synergieffekter mellom de ulike faggruppene som arbeider der.

Det bør være polikliniske tilbud på følgende diagnoseområder:

- Rygg-/nakke – ca 100nyhenvisn./100 000/mnd
dvs. 2 legeårsverk . Det bør være muligheter for å få tjenester fra fysioterapeut (manuell terapeut), psykolog, sosionom
I den senere tid er det opprettet tverrfaglige poliklinikker bestående av fysioterapeuter, psykologer og leger med både kirurgisk og ikke kirurgisk bakgrunn. Det har betydd en betydelig faglig forbedring for pasientene som har sluppet å bli henvist til de ulike avdelinger etterhverandre. Erfaringene går i retning av at de fleste pasientene kan utredes av ikke kirurgiske legespesialister, noe som kan føre til en kirurgisk effektivisering med kortere ventelister for pasientene.
- Ekstremitetslidelser - ca 20 nyhenvisnin./100 000/mnd
dvs. ½ legeårsverk
- Hjerneskade Denne virksomheten bør kobles til muligheter for førerkortutprøvning
- Smerte
- Ryggmargsskade
- S sammensatte lidelser med funksjonshemninger

Bemanning 2004:

Helse Sunnmøre HF

Leger 1,4 stilling

Fysioterapeut	0,5	”	(pt. vakant)
Sosionom	0,2	”	
Nevropsykolog (hodeskade)	0,6	”	

Poliklinikken gir tilbud til de fleste aktuelle diagnoseområder

St.Olav HF

Leger (nakke/rygg)	2	stilling	
Lege (hjerterehab.)	1	”	
Lege (ekstremiteter)	0,5	”	
Lege (spinalskade)	0,2	”	
Lege (hodeskade)	0,2	”	
Fysioterapeut (rygg/nakke)	0,5	”	
Psykolog (hodeskade)	0,2	”	
Sosionom (hodeskade)	0,2	”	
Fysiolog (hjerterehab.)	0,5	”	

Helse Nord-Trøndelag HF

Lege	1	stilling	
Fysioterapeut	0,5	”	
Sosionom	0,25	”	
Psykolog	<0,25	”	

Poliklinikken gir tilbud til de fleste aktuelle diagnoseområder

Dette viser en betydelig underdekning i de fleste områder. Helse Sunnmøre og Helse Nord-Trøndelag har en sammensatt poliklinikk som dekker de fleste pasientgrupper, mens Helse romsdal og Nordmøre mangler et legebaseret poliklinisk tilbud. St.Olavs Hospital har et betydelig kapasitets-problem og gir ikke tilbud til pasienter med dysfunksjon pga. sammensatte lidelser.

3.6 Bemanning

Samlet legebemanning 2004

<i>Fylke / helseforetak</i>	Overleger Hjemler/besatt	Assistentleger Hjemler/ besatt
Helse Sunnmøre	5 / 2 (2 konstituerte)	2/1
Helse Nordmøre og Romsdal HF	1 omgjort til ass.lege annet fag	
St.Olav Hospital HF	8,7 / 8,7	6/6
Nordtrøndelag	2/1 (1 konstituert)	2/2
SUM	15,6 / 11,6 (+3 konst)	10/9

Det mangler hjemler i alle foretak, spesielt bør en merke seg at hjemmel i Helse Nordmøre og Romsdal er omgjort til annet fag. I Helse Sunnmøre er det for tiden vanskelig å få besatt

stillingene, dette kan skyldes at arbeidsforholdene er forandret gjennom innstramminger og nedbemanning.

For de øvrige personellkategorier har vi ikke greid å fremskaffe noen god oversikt

3.7 Opptreningsinstitusjoner

Det er ulik geografisk dekning av tjenester fra opptreningsinstitusjoner og faglig tilfeldig fordelte tilbud i regionen. For at institusjonen skal fylle kravene til fagområdet fysisk medisin og rehabilitering, må de ha spesialist i faget som ansvarlig lege, i tillegg til at det må være en forsvarlig tverrfaglig virksomhet i institusjonen (tilsvarende Gruppe II utdanningsinstitusjon i faget).

I dagens situasjon er det ingen av opptreningsinstitusjonene i vår region som fyller de fagspesifikke kriteriene.

Det vil være naturlig at andre opptreningsinstitusjoner blir tilsvarende kvalitetssikret fra andre fagområder.

Helse Midt-Norge vil kunne kjøpe tjenester ved Valnesfjord / Beitostølen Helseportssenter. Møre og Romsdal og Sør-Trøndelag var tidligere opptaksområdet for Beitostølen og Nord-Trøndelag tilsvarende Valnesfjord Helseportssenter. Pasientgrupper i vår region med særlig behov for helseportaktiviteter i rehabiliteringen vil også være fremtidige målgrupper for disse institusjonene. Helseportssenter

En kan skille mellom forskjellige opphold:

- *Opptreningsopphold* hvor hensikten gjennom funksjonstrening er å gjenvinne, forbedre eller opprettholde funksjon.
- *Programopphold* som er rettet mot spesielle pasientgrupper som skal gjennomføre et planlagt rehabiliteringsopphold, helst i gruppe. Et slikt opphold kan ha fastlagt plan for aktiviteter, undervisning og gruppedynamikk.
- *Rekreasjonsopphold* som skal tjene som fysisk og sosial stimulering, gjennom aktivitet, kosthold og velvære.
- *Avlastningsopphold* kan tjene som tilbud til funksjonshemmede

Dagens tilbud:

Muritunet

Enheten har tverrfaglige team og muligheter for å få til regelmessig legedekning av spesialist til å dekke i alle fall deler av driften.

Behandlingsplasser	Pasientgrupper	Bemanning
72	Kronisk smerte Yngre deprimerte Diabetes-kurs Parkinsonisme	Allmennlege Sykepleier Psykiatrisk sykepleier Fysioterapeut Ergoterapeut Logoped Kostveileder

Aure opptreningscenter

Av virksomheten er 55% pasienter med muskel-/skjelettlidelser.

45% trenger opptrening pga ortopediske og hjerte-/karlidelser, hjerneslag og andre etter langvarige sykehusopphold.

Behandlingsplasser	Pasientgrupper	Bemanning
34	Muskelskjelett Hjerte-/karlidelser	Allmennlege Sykepleier

	Hjerneslag Ortopediske	Fysioterapeut Ergoterapeut
--	---------------------------	-------------------------------

Det er et nært samarbeid mellom Avdeling for fysikalsk medisin i Ålesund både med Aure Opptreningsssenter og Muritunet. Styrerere ved disse to opptreningssentra var med i lederforum for rehab.tjenesten.

Aure opptreningsssenter er nå integrert i Helse nordmøre og romsdal HF og bistår med tilbud også til personellkrevende slagpasienter (inntil 5 senger) i mangel på spesialiserte senger ellers i den regionen. For øvrig har opptreningssentrene sin definerte plass med stort sett selvhjulpne pasienter uten omfattene spesialiserte rehab.behov.

Selli Opptreningsssenter as

Behandlingsplasser	Pasientgrupper	Bemanning
48	Kronisk lungelidelser Hofteopererte Lårhalsbrudd Knepoteser Ryggopererte	Lungelege/Ortoped/ Allmennlege Sykepleier Psykiatrisk sykepleier Fysioter. Sosionom

Røros rehabiliteringssenter

Behandlingsplasser	Pasientgrupper	Bemanning
Her er plassene ikke endelig bestemt. En god del av virksomheten skal være kursbaseert	Hjerte og lungesyke Rehabilitering og kurs	Lungelege/Ortoped/ Allmennlege Sykepleier Psykiatrisk sykepleier Fysioter. Sosionom

Bjørnang Opptreningsssenter A/S

Behandlingsplasser	Pasientgrupper	Bemanning
55	Hofteopererte Amputasjoner Revmatiske lidelser Lettere psyk.lidelser Pasienter med Lymfødem	Revmatolog/Ortoped/ Allmennlege Sykepleier Fysioterapeut Ergoterapeut Logoped

Kastvollen Opptreningsssenter

Behandlingsplasser	Pasientgrupper	Bemanning
28	Kronisk nevrologiske lidelser som MS og hjerneslag Hofte-, rygg-, og kneopererte	Nevrolog/Allmennlege Sykepleier Fysioterapeut Ergoterapeut Logoped Aktivitør

Meråker Sanitetsforenings Kurbad

Behandlingsplasser	Pasientgrupper	Bemanning
54		Ortoped/Allmennlege Sykepleier Fysioterapeut Ergoterapeut Logoped Aktivitør Kostholdsøkonom

4 Samhandling

Habilitering og rehabilitering er i følge definisjonen i St.m.nr. 21, ”planlagte prosesser hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukers egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.” Den enkelte bruker vil i varierende grad ha behov for råd og bistand fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, trygdekontor, sosialkontor, hjelpemiddelsentral, skolevesen, arbeidsgiver, aetat, i tillegg til egen familie og sosiale nettverk. Mange instanser, forskjellige faggrupper og flere tjenestenivåer må samarbeide for at tjenesten skal bli effektiv og at den oppleves sammenhengende, trygg og god av brukeren. Dette krever ferdigheter og kunnskaper om samhandling og tverrfaglig samarbeid hos de enkelte utøvere og gode rutiner for samhandling hos de enkelte instanser som arbeider med habilitering og rehabilitering. Samhandlingsrutinene må utvikles på brukernivå og systemnivå. Eksempel på slike rutiner er at kommunen blir gitt melding og trukket inn i rehabiliteringsprosessen på et så tidlig tidspunkt som mulig, når denne blir oppstartet i sykehus.

21.14.1 Lover og forskrifter

Staten har utarbeidet egne forskrifter om habilitering og rehabilitering med hjemmel i Kommunehelseloven, Spesialisthelsetjenesteloven (og Sosialtjenesteloven), samt forskrifter om individuelle planer etter helselovgivningen. Forskriftene beskriver ansvar, oppgaver og organisering for henholdsvis kommunen og spesialisthelsetjenesten. Forskriftene omfatter ikke tjenestetilbudene som er hjemlet i andre lovverk (f.eks opplæringsloven) men pålegger kommunen og og spesialisthelsetjenesten å samarbeide med andre etater når det er behov for det.

21.24.2 Kommunenes ansvar og oppgaver

Kommunen har et hovedansvar for habilitering og rehabilitering. Kommunenes oppgaver fremgår av forskriftenes §§ 7-11 med tilhørende kommentarer:

Planlegge re-/habiliteringsvirksomheten

Ha oversikt over tjenestebehov

Sørge for nødvendig utredning, iverksette og følge opp tiltak

Utarbeide individuelle planer

Integrere kommunens tjenester i et tverrfaglig re-/habiliteringstilbud

Etablere en koordinerende enhet for rehabilitering og habilitering

Formidle hjelpemidler og tilrettelegge miljøet

Henvise brukere med behov til spesialisthelsetjenesten

Sørge for bistand fra andre instanser

21.34.3 Spesialisthelsetjenestens ansvar og oppgaver

Spesialisthelsetjenestens ansvar og oppgaver fremgår av forskriftene om habilitering og rehabilitering §§ 12-17, samt de generelle bestemmelser i spesialisthelsoven:

Tilby nødvendig tjenester innen spesialisert habilitering og rehabilitering
 Ha oversikt over tiltak og tjenester i regionen
 Ha en koordinerende enhet for rehabilitering og habilitering
 Sørge for nødvendig undersøkelse og utredning på spesialistnivå
 Spesialisert trening og oppøving av funksjon og ferdigheter
 Intensiv trening som ledd i en individuell plan
 Tilrettelagt opplæring av brukere
 Tilrettelegge rammebetingelser for økt mestring
 Samarbeid, råd og veiledning til kommunene om opplegg for enkeltbrukere om individuelle planer
 Opplæring, råd og veiledning til personell i kommunen
 Samarbeid med andre etater
 Opprette ambulante tjenester
 Forskning og fagutvikling

21.44.4 Nivåer i spesialisthelsetjenesten

Forskriftene skiller ikke mellom nivåene i spesialisthelsetjenesten; det enkelte foretak (sykehus), regionen, og det nasjonale (flerregionale) nivået. I Helse Midt-Norge RHF må hvert av de fire foretakene, Helse Nord-Trøndelag HF, St.Olav Hospital HF, Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF tilfredstille forskriftenes krav hva angår ansvar oppgaver og organisering av habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Regionalt må de fire foretakene samarbeide om :

Tilbud til brukere med spesielle behov (f.eks ryggmargsskader, alvorlige hjerneskader)
 Undervisning, forskning og fagutvikling
 Fordeling av oppgaver innen spesialisert rehabilitering
 Planleggingsprosedyrer

Enkelte oppgaver må løses nasjonalt eller i samarbeid mellom regionale foretak:

- Tilbud til brukere med sjeldne/kompliserte tilstander som bør tas hånd om av kompetansesentra for sjeldne diagnoser f.eks Osteogenesis imperfecta, Ehler Danlos syndrom, Dysmeli, Marfans syndrom m.v
- Høyspesialisert forskning og kompetanseoppbygging innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering

21.4.14.5 Faglige nettverk

Forskriftene pålegger spesialisthelsetjenesten å gi faglig veiledning til personell i kommunehelsetjenesten. Dette betyr at re-/habiliteringsavdelingene i sykehusene må fungere som lokale kompetansesentra innen fagfeltet, være pådrivere og koordinere forskning og fagutvikling. Det er i den sammenheng viktig å trekke med de faglige ressurser i kommunehelsetjenesten, opptreningsinstitusjonene, hjelpemiddelsentralene,

spesialpedagogiske miljøer, og andre samarbeidspartnere lokalt. Samtidig er det viktig at avdelingene i foretakene etablerer et faglig nettverksamarbeid med hverandre og med andre miljøer innen faget nasjonalt og internasjonalt.

For mange brukergrupper er det vesentlig at det etableres faglig samarbeid på tvers av medisinske spesialiteter innenfor og mellom sykehus. Eksempler på dette er tverrfaglige ryggpoliklinikker, smertepoliklinikker, rehabilitering av multitraumepasienter, spinalskadde, amputasjonspasienter og pasientgrupper med sammensatte lidelser.

21.54.6 Koordinerende enhet

Fordi brukernes behov er komplekse og at ofte mange instanser er involvert er behovet for koordinering av tjenestetilbudet stort. Forskriftene inneholder derfor krav om en *koordinerende enhet* for habilitering og rehabilitering i kommunen så vel som i spesialisthelsetjenesten. Kommuner og helseforetak stilles fritt til hvordan en koordinerende enhet skal organiseres.

De fleste kommuner har valgt å etablere en egen tjeneste for re-/habilitering som koordinerer tjenestene.

Den koordinerende enhet i kommunen er tillagt følgende oppgaver:

Synlig adresse for henvendelser om re-/habilitering

Samarbeidsrutiner men andre instanser i og utenfor kommunehelsetjenesten

Kontakt punkt for samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Den koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten har som oppgaver

Ha generell oversikt over habiliterings og rehabiliteringstiltak i helseregionen

ha kontakt med og oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i kommunehelsetjenesten

se barnehabilitering, voksenhabilitering og rehabilitering i sammenheng

være kontaktpunkt for tverrfaglig samarbeid mellom 1.-og 2.linjetjenesten

sikre kontinuitet i tjenesten

21.6 En modell for samarbeid

I Nord-Trøndelag er det det i perioden 2000-2003 utviklet en modell for samarbeid innen rehabilitering. Det vises til beskrivelse av modellen under pkt 3.4.4.

4.7 Regionalt fagråd for fysikalsk medisin og rehabilitering

Det bør opprettes et fagråd for fysikalsk medisin og rehabilitering i regionen. Fagrådet må være tverrfaglig sammensatt med representanter fra alle foretakene, samt representant for brukerne og rehabiliteringstjenesten i kommunene. Fagrådet bør være et rådgivende organ for det regionale og de lokale foretakene. Følgende arbeidsoppgaver bør tillegges rådet:

- Vurdere behov for, tilbud om, samt kvalitet på tjenestene i regionen
- Vurdere samarbeid om pasientgrupper, arbeidsfordeling mellom institusjonene, nisjefunksjoner.
- Vurdere felles opplærings- og kompetansebehov
- Arrangere regionale konferanser/kurs innen rehabiliteringsfeltet

5. Brukermedvirkning

I kapittel 2 er det listet opp sentrale bakgrunnsdokumenter for dette planarbeidet. I alle disse dokumentene er begrepet brukermedvirkning nevnt: Brukeren skal være med i prosessen helt fra plan-og lovarbeid på nasjonalt nivå, planarbeid på regionalt, foretaks-og kommunalt nivå,

til utarbeidelsen av egen individuell plan. Brukeren skal altså være med både på **systemnivå** og **individnivå**.

I dette planarbeidet har 1 brukerrepresentant fra Norges Handikapforbund (NHF) deltatt. Vi viser til kapittel 3.6 om brukermedvirkning i "Handlingsprogrammet".

5.1 Offentlige tiltak iverksatt etter 2000:

Lov og forskrift om individuell plan, 1. juli 2001: Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Bruker har rett til å medvirke i arbeidet med sin egen plan, og tjenesteapparatet skal legge til rette for dette. Retten er hjemlet i helselovgivningen, men har betydning også for andre etater enn helsetjenesten. Intensjonen er at brukers plan skal omfatte alle tjenester vedkommende har behov for. Individuell plan skal ikke utarbeides uten brukers samtykke, med mindre vedkommende er under tvunget psykisk helsevern.

Opprettelse av *lærings- og mestringssentre (LMS)* ved alle foretak der det vektlegges tett samarbeid med brukerorganisasjoner og brukere.

Hovedtanken bak opprettelsen av LMS:

Fagpersonell kan faget, brukeren vet hvordan det er å leve med sykdommen/skaden.

Lett tilgjengelig, minst mulig sykehuspreg.

Lære å ta ansvar for egen sykdom.

Utdanning av gode helsepedagoger.

LMS skal være et aktivt informasjonssenter.

5.2 Status

Det er LMS ved følgende sykehus/institusjon i dag:

- Levanger sykehus
- Namsos sykehus
- St.Olavs hospital HF (Munkvoll rehabiliteringssenter)
- Helse Nordmøre og Romsdal HF (Kristiansund sykehus)
- Helse Sunnmøre HF (Ålesund sykehus, Mork rehabiliteringssenter)

Det er opprettet et regionalt nettverk for LMS i Helse Midt-Norge

v/Jan Ole Bolsø, Kompetansesenter for pasientinformasjon og pasientopplæring, Volda sjukehus.

5.3 Framtidige behov:

Gjennom lovverk og styringsdokumenter gis det tydelige signaler om store endringer i helsevesenet. Endringene som bl.a går ut på at bruker skal ha informasjon om egen sykdom og om ulike behandlingsformer. Ideologien bak lærings- og mestringarbeidet tilsier at pasienter har behov for kunnskap og informasjon for å kunne medvirke i hele behandlingsopplegget. Brukermedvirkning i forhold til et helhetlig behandlingsopplegg fører til bedre kvalitet og til bedre evne til mestring av hverdagen.

Et lærings- og mestringssenter er en arena for fagfolk og brukere hvor hovedformålet er å skape ny innsikt i hvordan pasienten kan takle sin lidelse. Læringstiltak overfor pasienter med kroniske sykdommer som er planlagt, gjennomført og evaluert i et likeverdig samarbeid mellom brukere og fagpersonell, viser seg å ha en annen og bedre effekt enn tradisjonell pasientopplæring fordi brukeren selv vet hvilken opplæring det er behov for. Å inngå et likeverdig samarbeid mellom fagpersoner og brukere vil føre til endringer av roller. En fagperson må innta en mer lyttende og ydmyk rolle for å få fram hvilke behov brukerne har i forhold til opplæring.

Helsevesenet vil i framtida stille andre og større krav til helsepersonells kompetanse. Det er ikke lenger nok med medisinskfaglige kunnskaper. Helsepersonell skal formidle kompliserte

fagkunnskaper på en forståelig måte. Helsepersonell må tilegne seg pedagogisk kompetanse dersom pasientens deltagelse i behandlingsprosessen skal bli reell.

Det stilles også store krav til brukerne om medvirkning og deltagelse på ulike nivå. Endringer av brukerrollen krever at brukerne må tilegne seg ny kompetanse på lik linje med fagfolk. Lærings- og mestringssenteret kan derfor i framtida framstå som en arena der brukere og fagfolk får helsepedagogisk opplæring samtidig. Helsepedagogikk bør inngå som en del av foretakenes kompetanseplan.

For at tilbudene skal være lett tilgjengelig med moderat reiseavstand, bør det være LM-tilbud ved alle sykehus og institusjoner innenfor det regionale helseforetaket.

Organisatorisk ser vi det som mest hensiktsmessig at LMSene legges til Rehabiliteringsavdelingene. Det vil i stor utstrekning være fagfolk fra rehabiliteringsavdelingene som blir bidragsytere i LM-opplegg for mennesker med kroniske lidelser. LMSene kan også gi tilbud til barn/voksne med habiliteringsbehov og til mennesker med psykiske lidelser. Det er derfor viktig å ha tett kontakt med disse fagmiljøene selv om LMSet er organisert i en rehabiliteringsavdeling.

For at et ressurscenter for læring- og mestring skal være tilgjengelig for brukere og fagfolk og kunne bidra med å implementere LM-ideologien, bør minimum to hele stillinger være tilknyttet senteret. I tillegg bør avdelingene ha tilstrekkelige ressurser avsatt til å drive lærings- og mestringsarbeid i samarbeid med senteret.

Driftsbudsjettet bør kunne realisere innredning av senteret (der det er behov for nyetablering) på en funksjonell måte og gi rom for nødvendige utgifter til kompetanseheving, reiseutgifter og utarbeiding av informasjonsmateriell.

Lærings- og mestringssentrene bør ikke være avhengig av takst for opplæring som kom 01.01.04. Det er strenge kriterier for tildeling av takster. Det anbefales at lærings- og mestringssentrene er uavhengig av takstinntekter. Taksten bør tilfalle avdelinger som bidrar i læringstiltakene.

(kilde "Prosjekt Lærings- og mestringssenter i Helse Nordmøre og Romsdal HF 2003" v/prosjektleder Kari Strøm og rådgiver/sekretær Elin Hoel.)

22 6 Utdanning, forskning og fagutvikling

Utdanning, forskning og fagutvikling er helt sentrale faktorer for kvalitet av det faglige arbeidet. Rekruttering og stabilitet i fagstaben er sentrale rammebetingelser.

Utdanning: Spesialistarbeid skal være faglig forankret til spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, og hvor den enkelte medarbeider står selvstendig ansvarlig for utøvelse av sin virksomhet. En rekke fagprofesjoner utgjør den tverrfaglige kompetansen, og for å kunne utøve spesialisert arbeid kreves kunnskap og ferdighet utover grunnutdanning i det enkelte fagområdet. Innenfor de treårige helse-, -sosial, og pedagogiske fagområder er det påbyggingsmuligheter med aktuelle videreutdannings- tilbud. For psykologer er det omfattende spesialist-utdannings-muligheter.

Det er fortsatt ikke krav til vedlikehold av spesialiteten for fys.med.rehab., men slikt krav kan komme. Alle faggrupper har ansvar for å vedlikeholde og ajourføre sin fagkompetanse.

Fagutvikling: Er en kontinuerlig prosess som fremmes ved; et godt læringsmiljø i en vitenskapsbasert klinisk virksomhet, ved kvalitetssikring av den faglige virksomhet, ved kvalitetssikring av den faglige virksomhet, ved avsatt tid til fagutvikling, ved gode rutiner for

kontinuerlig faglig oppdatering med IT-baserte løsninger, ved ekstern kunnskaps-innhenting, ved egen undervisningsaktivitet, og ved tilknytning til eksternt fagnettverk. Både individuell- og tverrfaglig kompetanse er nødvendig.

Forskning: Spesialisert arbeid skal følges av egevaluering og kvalitetssikring. Forskning er et krav ved gruppe I avdelinger, men bør skje ved alle avdelinger og hvor ambisjonene tilpasses de lokale muligheter. Det må være et klart mål å utvikle forskningskompetanse og akademisk veiledningstilbud ved alle foretakene.

22.1.1 *6.1 Utdanningsfunksjonen*

HMN opprettholder gruppe I tilbud ved St.Olav og Ålesund sjukehus, gruppe II tilbud ved Levanger, og legger plan for egen avdeling med gruppe II status i Helse Normøre og Romsdal HF.

De nye kravene til gruppe I avdelinger er særskilt:

- Minst 3 overlegestillinger, herav 2 spesialister med akademisk grad, og maksimalt 1.5 spesialist pr utdanningskandidat.
- Pågående forskningsaktivitet.

22.1.2

22.1.3 *6.2 Universitetsfunksjonen og forskningen*

St.Olavs Hospital har oppgaver i grunnutdanning av medisin studenter, har overordnet ansvar for forskning i nært samarbeid med NTNU, og har mange regions- og landsdelsfunksjoner.

Avdeling for fys.med.og rehabilitering ved St.Olavs Hospital må være ”motoren” for forskningsaktivitet og kvalitetssikring i spesialiteten i regionen og ha ressurser og kompetanse som gjør dette mulig.

22.1.4 *6.3 Regionale og nasjonale spesialiserte funksjoner*

Avd. for fys.med.rehab. ved St.Olav har landsdelsfunksjon for rehabilitering av spinaleskader og bør ha regionalt ansvar for hjerneskaderehabilitering. Regionalt ansvar for andre pasientgrupper må vurderes og kan også legges til andre avdelinger i regionen.

Pålagte regionale og nasjonale oppgaver må følges av ekstra ressurser til drift, forskning og nettverksarbeid.

6.4 Mål for kompetanseoppbygging

- Sikre at tilbudet til pasienter skal være spesialisert og kvalitetssikret ved at alle faggrupper skal ha høy formell og reell fag kompetanse.
- Ha kompetanse og ressurser til utdanning av lege- og psykolog spesialister, til grunnutdanningene ved høyskolene og turnus for fysioterapeuter, og for opplæring i første-og andre linjetjenesten og til brukere og pårørende. Bidra aktivt i helsefaglige utdanningsprogram ved Universitet og høyskoler i helseregionen.
- Være kompetansesenter innen fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering og bidra med ny kunnskap gjennom egen forskning

22.1.4.1.1.1

22.1.4.1.1.2 6.5 Virkemidler

22.1.5 **Basis ved alle foretakene:**

- Lønns-og arbeidsvilkår som fremmer rekruttering og stabilitet av

- spesialisert personell
- Minst en stilling med akademisk kompetanse
- Avsatt tid, dels som deltidsstillinger, til forskning og fagutvikling
- Vitenskapsbasert klinisk drift, med gode vilkår og rutiner for kontinuerlig

22.1.5.1.1.1.1 IT-basert kunnskapsvedlikehold.

- Kontinuerlig kvalitetssikringsarbeid og stimulering av det kliniske læringsmiljøet
- Økonomiske ressurser for deltaging ved kurs/kongresser, og til driftskonstnader ved forskning
- Nettverkssamarbeid til fag- og forskningsmiljøer nasjonalt og internasjonalt
- Plan for forskning og fagutvikling for enheten og for den enkelte fagperson

22.1.66.6 Tiltak

HMN dekker kostnader ved nyoppretting av stillinger, til tilskudd fagutvikling/forskning, og til drift av Fagråd

22.1.6.1

22.1.6.2 Det enkelte HF dekker særskilte lønnsmidler til nøkkelpersonell

1. Akademiske stillinger og forsknings stillinger ved Avd. for fys.med.rehab. St.Olav:
Opprettes en ny akademisk overlegestilling i 2004
Konverteres ordinær overlege stilling til akademisk overl.stilling i 2004
Opprettes 1.5 forsknings stilling for annen faggruppe enn lege, evt. Tre halve stillinger, i 2005
Opprettes ny prof stilling ved NTNU
2. Akademiske stillinger og forsknings stillinger ved Avd. for fys.med.rehab. Ålesund sjukehus:
Opprettes en ny akademisk overlegestilling i 2004
Konverteres ordinær overlege stilling til akademisk overl.stilling i 2005
Opprettes 1 forsknings stilling(2 halve) for annen faggruppe enn lege i 2005
3. Akademisk stilling og forsknings stillinger ved avd. for fys.med.rehab. Levanger sykehus
Opprettes en ny akademisk overlege stilling i 2005
Opprettes 0.5 forsknings stilling for annen faggruppe enn lege i 2005
4. Forsknings stilling ved Helse Nordmøre og Romsdal HF
Opprettes 0.5 forsknings stilling for annen faggruppe enn lege i 2005
5. Økonomiske tilskudd til fagutvikling og forskning
Gruppe I avdelingene: kr 100.000.-/år
Gruppe II avdelingene kr 70.000.-/år
6. Forsknings-Fagråd HMN. Det etableres et overordnet Fagråd i samarbeid med Det medisinske fakultetet NTNU med hovedoppgave å fremme fagutvikling, kvalitetssikring og forskning. Rådet skal peke ut sentrale forskningsoppgaver og bistå med søknader om stipender og forskningsmidler. Det kan også bistå med å fordele særskilte lønnsmidler for rekruttering av nøkkelpersonell

Slik kan dette se ut dersom vi feks sier at det enkelte foretaket selv bekoster konvertering av overlegestillinger til akademiske(I Ålesund gir dr.grad kr 20.000.- I lønnsøking/år).

Kanskje er totale lønnsutgifter(inkl sosiale kostnader) her satt for lavt og det får vi korrigere opp.

22.2

22.3 Prioriteringer og kostnader

Tiltak	Foretak	2005	2006	2007
Akademisk overlegestilling	Sør tr.lag	325.000	650.000	650.000
Akademisk overlegestilling	Sunnmøre	325.000	650.000	650.000
Akademisk overlegestilling	Nord tr.lag		650.000	650.000
Forskerstilling annet personell	Nordmøre og Romsdal		250.000	250.000
Forskerstilling annet personell	Sør tr.lag		500.000	750.000
Forskerstilling annet personell	Sunnmøre		250.000	500.000
Forskerstilling annet personell	Nord tr.lag		250.000	250.000
Driftsmidler	Sør tr.lag	50.000	100.000	100.000
Driftsmidler	Sunnmøre	50.000	100.000	100.000
Driftsmidler	Nordmøre	35.000	70.000	70.000
Driftsmidler	Nordmøre Romsdal	35.000	70.000	70.000
SUM	HMN	820.000	3.150.000	4.400.000

23 7. Finansiering

Spesialisert rehabilitering karakteriseres av:

Tverrfaglig utredning og tiltak

Utredning og tiltak krever gjentatte konsultasjoner og tid til tverrfaglig drøfting

Både sengebaserte-, polikliniske- og ambulante arbeidsformer

Kroniske sykdommer og funksjonssvikt innebærer behov for gjentatt oppfølging over tid og avsatt tid til samarbeidsdrøftinger mellom tjenestenivåene og med andre etater(trygdeetat, aetat, hjelpemiddelsentral, sosialkontor, arbeidsgiver, familie)

Finansieringsordninger må ta utgangspunkt i disse forholdene og legge grunn for et godt tilpasset system. I forhold til dagens finansieringssystem for rehabilitering må ordningen utvikles.

23.17.1 Sengebasert finansiering

Større andel av sengebaserte opphold må kunne klassifiseres som ”kompleks rehabilitering”.

Bakgrunn for dette er at vi i HMN har betydelig begrenset sengekapasitet i forhold til stipulerte behov,

og dermed prioriterer pasienter med de mest omfattende behov. Før Opptreningsinstitusjonene innlemmes vil man i dagens situasjon foreslå en fordeling hvor kompleks rehabilitering utgjør 65-70 % av oppholdene.

7.2 Poliklinisk finansiering

Poliklinikk takster anbefales endret til:

- I02 kan benyttes x3/halvår for hver pasient
- I05a kan benyttes x 4/halvår for hver pasient
- Psykolog i somatisk sektor(her; rehabilitering) kan bruke legetakstene, og ny takst I03 Psykologbehandling ved rehabilitering, og som kan gjentas x 6/halvår ved psykoterapi
- Spesialist i nevropsykologi får opprettet egen takst for fullstendig nevropsykologisk utredning.
- Takst 201b og I01 kan brukes ved selvstendige konsultasjoner av annen faggruppe i organisert tverrfaglig poliklinikk ledet av spesialist(jevnfør merknad 2E for voksenpsykiatrisk poliklinikk)

8 Samlede tiltak

Institusjonsopphold

Helse Nordmøre og Romsdal HF må få opprettet egen sengeavdeling (anslagsvis 12-15 sengeplasser) slik at Helse Sunnmøre kan bli avlastet.

St. Olav HF må opprette sengeplasser til pasienter med multitraumer, sammensatt årsak til dysfunksjon og rygg- og nakkelidelser. På sikt må også tilbudet til tertaplegikere med behov for håndterapeutiske tiltak og til ryggmargsskadde med behov for respiratorbehandling.

Helse Nord-Trøndelag HF må øke sengekapasiteten med 12 plasser.

Sengebasert virksomhet må i større grad kunne klassifiseres som kompleks rehabilitering.

Poliklinikk

Helse Nordmøre og Romsdal må kvalitetssikre virksomheten med legespesialist tilknyttet virksomheten.

Takstsystemet bør forbedres slik at økt aktivitet blir stimulert. Det må også gis honorarer for vurdering av andre faggrupper, bl.a. psykologer.

Ambulante team

Det må snarest bli opprettet ambulante team ved helseforetak i regionen slik at en kan etterleve forskriftene og gi pasientene lovpålagte tilbud.

Bemannig

Årsaken til manglende legeansettelse i Helse Sunnmøre HF må kartlegges og det bør gis stimulering for å få stillingene bemannet. Spesialisert rehabilitering kan tilbys bare dersom den tverrfaglige bemanningen har tilfredsstillende kvalitet og kvantitet. (Jevnfør

krav til tjenesten i forskriftene.) Innsparinger og nedbemanninger er følgelig til hinder for at tilbudet blir spesialisert.

- *Samarbeid*
Samarbeidet mellom helseforetakene må formaliseres både når det gjelder pasienttilbud og administrativ planlegging. Dette kan skje ved at det blir opprettet et Regionalt fagråd. Det må også opprettes en koordinerende enhet for rehabilitering knyttet til rehabiliteringsavdelingen på hvert av de 4 helseforetakene. Det bør også være et samarbeidsorgan mellom spesialisthelsetjenesten, samarbeidende kommuner, habiliteringstjenesten og Hjelpemiddelsentralen (etter mønster fra Helse Nord-Trøndelag HF).
- *Utdanning*
Legeutdanningen opprettholdes ved de øvrige helseforetak, ved at St.Olav og Helse Sunnmøre må forbli gruppe I institusjoner og Helse Nord-Trøndelag opprettholder sin status. Når Helse Nordmøre og Romsdal er vel etablert med tilstrekkelig antall spesialistervil det være behov for at det opprettes utdanningsstillinger. Helseregionen må også oppretthode kapasiteten til å utdanne psykolog-spesialister, være aktiv i helsefaglige utdanningsprogram ved universitet og høyskoler i helseregionen og sørge for god grunnutdanning i de ulike faggrupper.

Forskning

Det bør opprettes ny akademisk overlegestilling ved hvert av helseforetakene. Det bør også opprettes forskerstilling i de andre faggruppene som inngår i det tverrfaglige team og opprettes ny professorstilling ved NTNU.

Økonomisk tilskudd bør gis til hvert av foretakene, rettet mot fagutvikling og klinisk forskning. Kostnadene til en prioritert opptrapping er foreslått til 820.000 NOK i 2005, 3.150.000 i 2006 og 4.400.000 i 2007.

Et forsknings og utviklingsråd må skaffe seg oversikt over pågående forskning i regionen og stå for en fordeling av midlene.

28.05.04

Birgith Berg
sign.

Brukerrepresentant

Halvard Nilsen
sign.

Helse Sunnmøre HF

Kristin Høgetveit
sign.

Helse Nordmøre og Romsdal HF

Magne Rø
sign.

St.Olav Hospital HF

Dagfinn Thorsvik

sign.

Helse Nord-Trøndelag