



Rehabilitering for Drammen kommunes innbyggere

Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne

Hva er rehabilitering

- "Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet". (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator)
- Rehabilitering både kommunalt og spesialisthelsetjenesteansvar

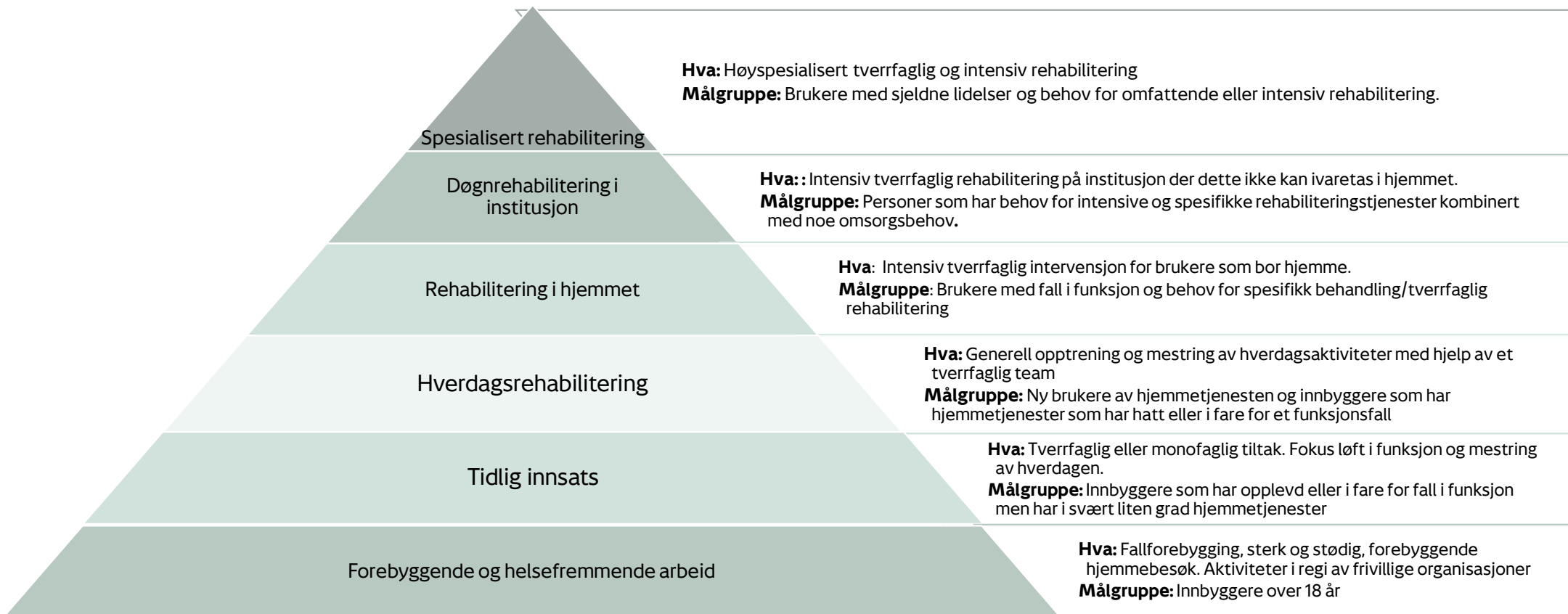


Kort sagt

- Hard trening
- Mestre ny livssituasjon
- Kompenserende tiltak: hjelpemidler?



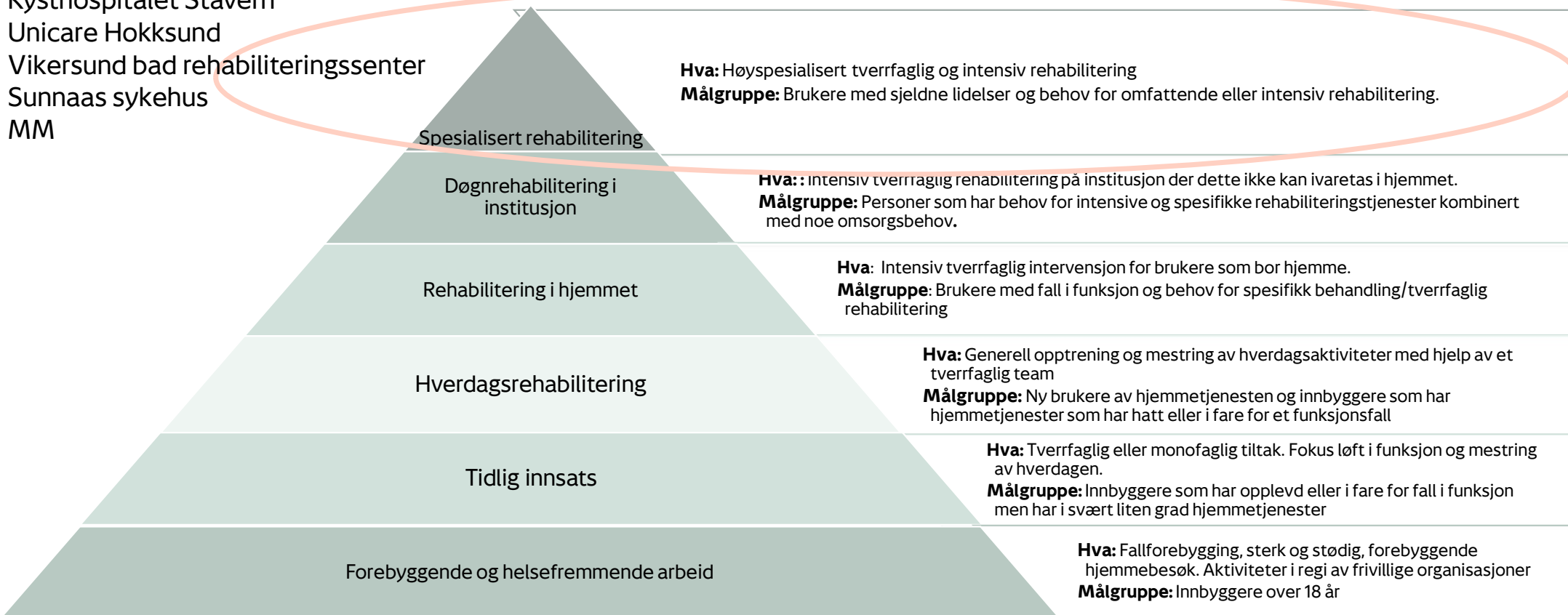
Rehabilitering til Drammen kommune



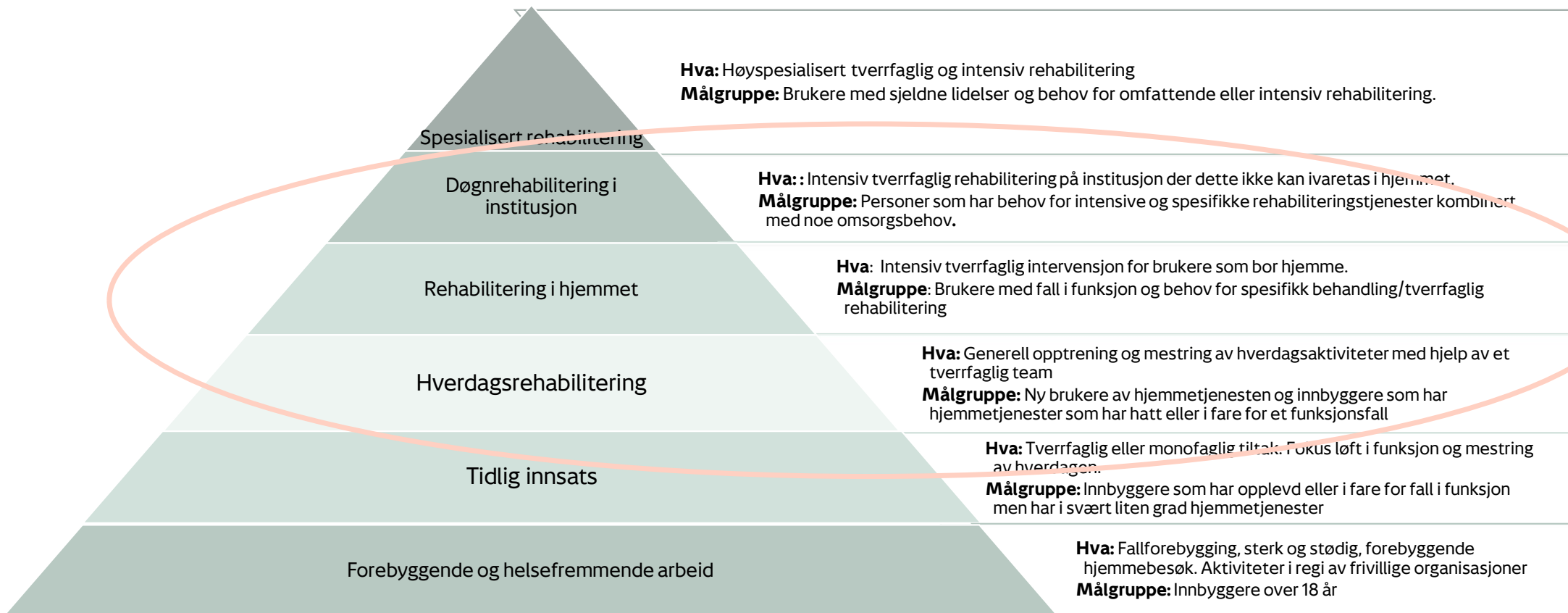
Rehabilitering i Drammen kommune - spesialisthelsetjenestens ansvar



Kysthospitalet Stavern
Unicare Hokksund
Vikersund bad rehabiliteringssenter
Sunnaas sykehus
MM



Rehabilitering i Drammen kommune - kommunens ansvar



Helsedir 2012:



Kommune

Behov for tverrfaglig breddekompetanse?

Behov for tverrsektoriell samhandling?

Behov for langvarig og koordinert oppfølging?

Behov for nærhet til brukers livsarena

Behov for erfaring knyttet til store diagnosegrupper og relativt hyppig forekommende problemstilling?



Brukerens mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Spesialisthelsetjeneste

Behov for spesialisert kompetanse?

Behov for bredt sammensatt tverrfaglig team samlet på ett sted?

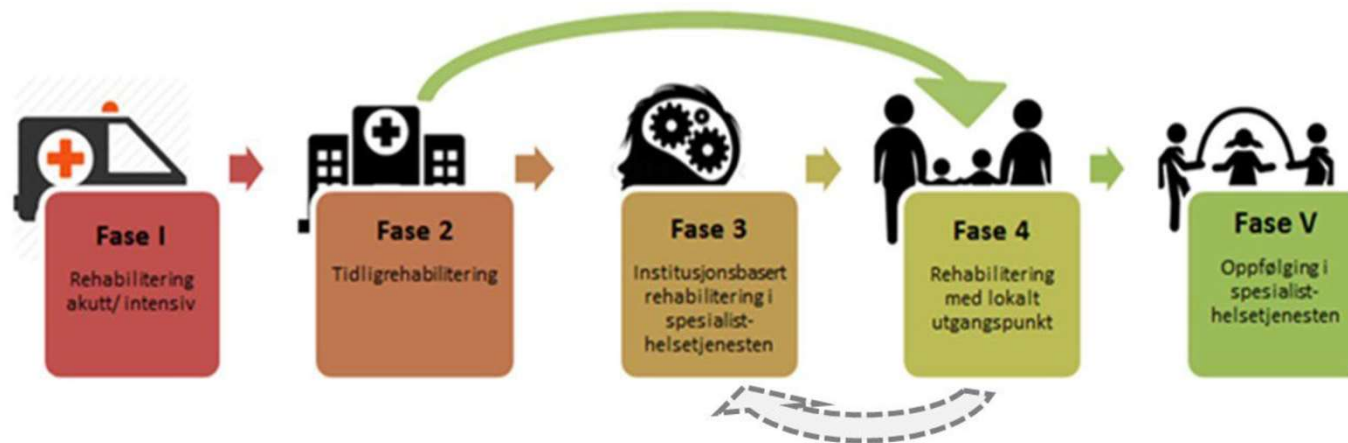
Behov for intensiv oppfølging?

Behov for nærhet til spesialisert, medisinsk kompetanse?

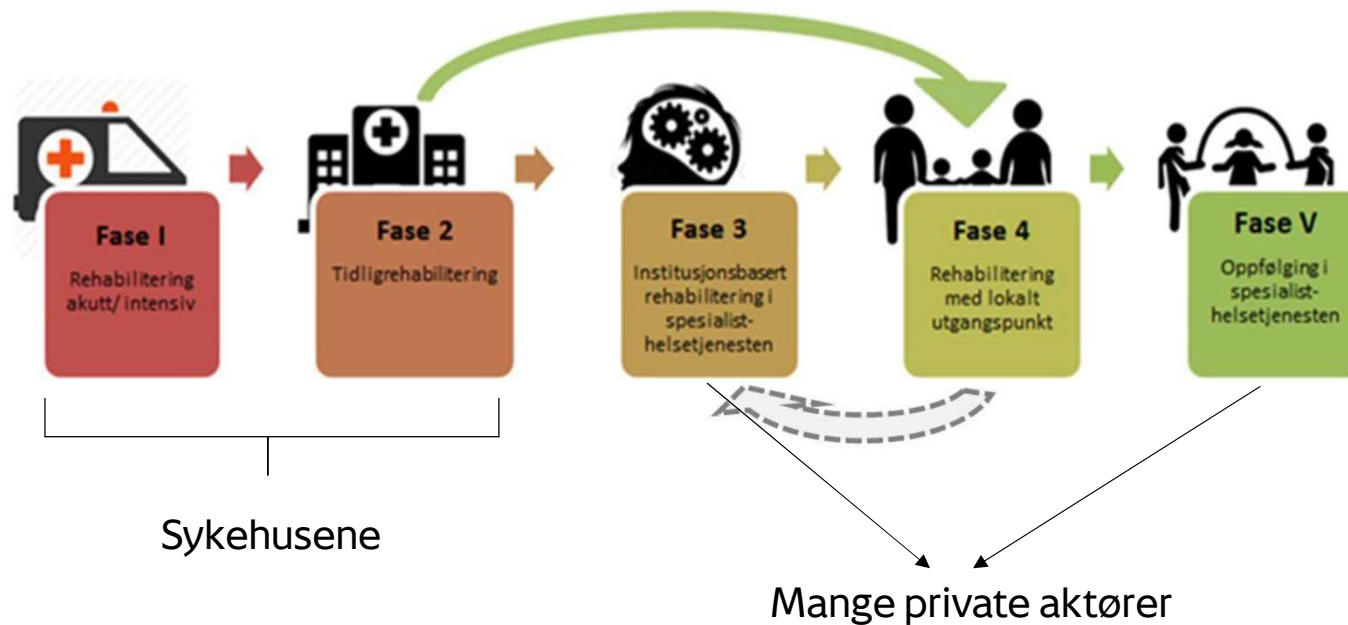
Behov for erfaring knyttet til smalere og mer spissede problemstillinger?

Vektmodell viser avklaring av ansvar for habilitering og rehabilitering mellom kommune og spesialisthelsetjenesten

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

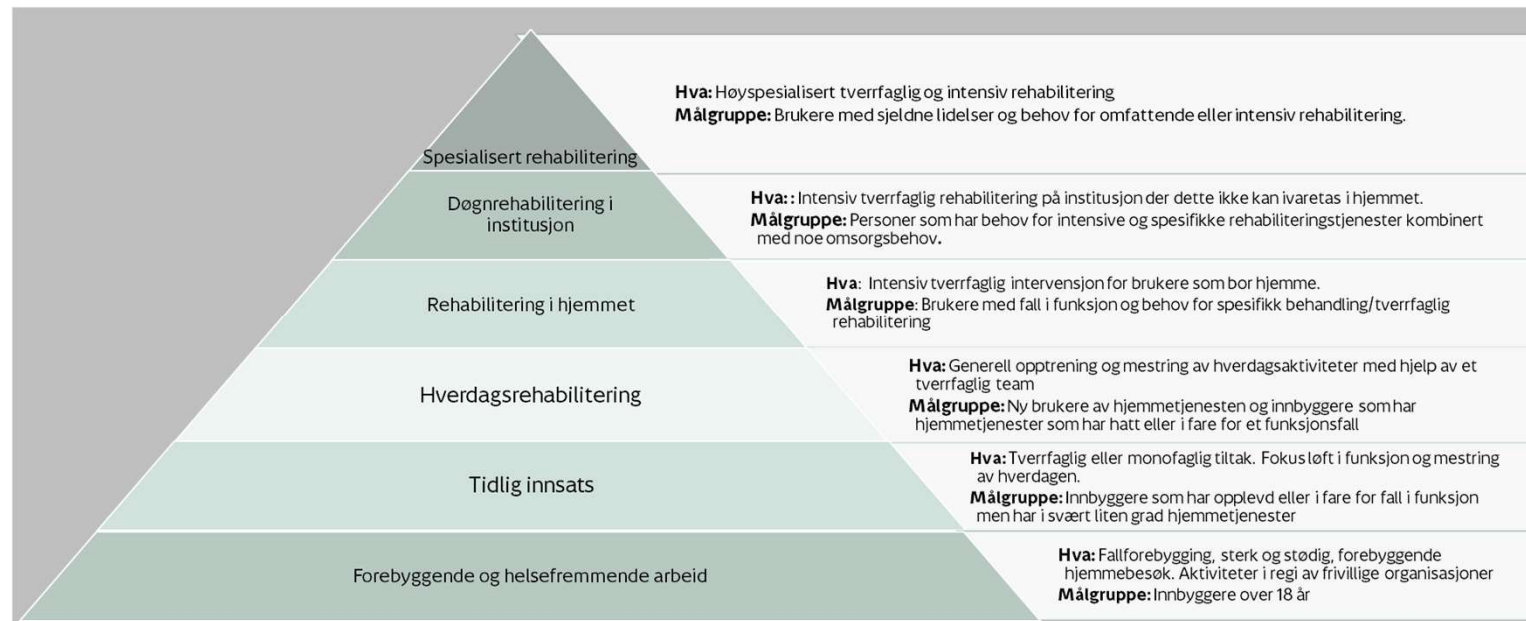


Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten



Hva har vi i kommunen?

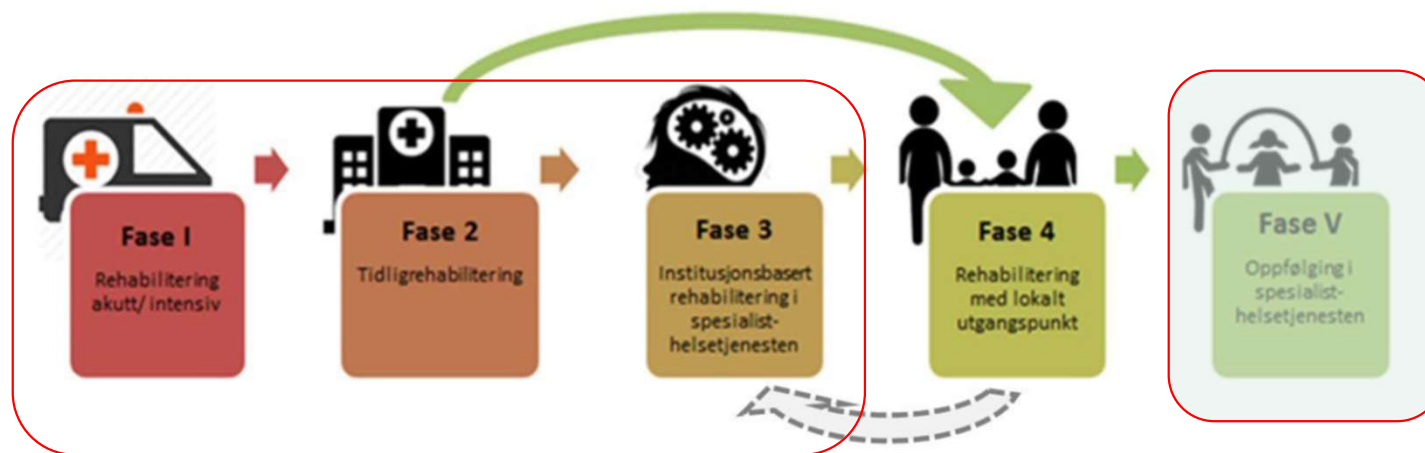
- Avtalefysioterapeuter med høy kompetanse
- Mestringstilbud
- Rehabiliteringsteam og -personell
- Rehabiliteringsavdeling





Behovsutredningen som ligger til grunn for anbudsrunderen

- Hovedtrekkene i fagplanen er:
 - Tidlig rehabilitering i sykehus integrert med annen medisinsk behandling styrkes, og rehabilitering i senfase i regi av spesialisthelsetjenesten reduseres.
 - Spesialisthelsetjenesten skal i større grad understøtte kommunene med poliklinisk utredning av rehabiliteringsbehov og kompetanseoverføring, samt bidra til å styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse.
- Planen vil på sikt føre til endringer innenfor det private rehabiliteringstilbudet i regionen.





Legger vekt på samarbeid med kommunen, samtidig tilbud etc

Økt volum, men ikke døgn. Kun på sykehusene
Samarbeid med kommunene

Endringen i 2026: Rødt =Fjernes, Rosa =Noe reduksjon, Grønt= Noe økning, Orange = samme nivå			
	Antall pasienter i 2022	Antall pasienter i 2026	Endring
Fagområde/delytelse	Totalt	Totalt	2026
A – Ortopedi	2186	2000	
B – Revmatologi	558	400	
C – Amputasjoner	233	200	
D – CFS/ME	689	600	
E – Kreftsykdommer	834	850	
F- Ervervet hjerneskade	1005	1000	
G- Nevrologi	2389	2500	
H – Hjertesykdommer	1398	1700	
I – Lungesykdommer	1665	1700	
J – Muskel og bløtdelssmerte	3155	4600	
K- Sykelig overvekt	2274	2300	
L – Diabetes type 1	75	0	En egen prosess
M – Sansetap	849	1050	
N- Tilbud til barn og unge voksne med vekt på fysisk aktivitet	734	1300	
O- Komplekst og sammensatt	559	600	
R- Arbeidsrettet	1280	0	Inngår i alle ytelser
Totalt antall	19871	20800	

Tabell: Antall pasienter behandlet hos private i 2022 og antatt behandlet i 2026



- Med bakgrunn i kunnskapsbasert praksis og som ledd i en prioritering er det et mål å ta ned et stort volum i senfase hos private leverandører ved å spisse innhold og redusere oppholdstid, uten å redusere antall pasienter. Dette gjelder innen de fleste fagområder som primært omfatter pasientgrupper som også er målgruppen for tilbud i Frisklivssentraler og andre lavterskeltilbud. Endringen vil derfor i liten grad belaste det tradisjonelle rehabiliteringstilbudet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Samtidig kan tilbud med annen innretning og kortere oppholdstid enn dagens avtaler åpne for at langt flere pasienter kan få et godt og tilpasset tilbud til en lavere total kostnad.



- Fase 5: Rehabilitering i senfase (digitalt, ambulant, poliklinisk dag- eller døgntilbud.) Behovet avdekkes ved en poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten eller i kommunehelsetjenesten som så henviser til spesialisthelsetjenesten.
- Det er to henvisningsforløp:
 - o Helseforetakene sender henvisningen direkte til et helseforetak eller en privat leverandør.
 - o Fastleger i kommunehelsetjenesten sender henvisning til Regional koordinerende enhet (RKE) for en rettighetsvurdering. (Egen henvisningsrutine for sykkelig overvekt).



- **5.1.2 Tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner**

- I 2002 vedtok Stortinget å overføre bestiller- og finansieringsansvaret for private rehabiliteringsinstitusjoner fra Rikstrygdeverket til de regionale helseforetakene. Endringen trådte i kraft fra 2006. Ved overføringen ble det en skjevfordeling, hvor den gang regionen Helse Øst hadde mange institusjoner i sitt område. Også innad i de to helseregionene var det ulikheter. Mange institusjoner lå i de nåværende sykehusområdene Innlandet og Vestre Viken. Siden da er det gjennomført anskaffelser i 2010 og 2014. Noen institusjoner har falt fra og nye kommet inn.
- Dagens avtaler omfatter om lag 1300 dag- og døgnplasser, i hovedsak døgn i fase 3 og 5.



- Helse Sør-Øst RHF vil arbeide for at alle pasienter skal ha vært utredet/kartlagt poliklinisk i spesialisthelsetjenesten før de mottar rehabilitering/behandling i spesialisthelsetjenesten²⁴.
- Helse Sør-Øst RHF vil i 2024 gjennomføre piloter innen delytelsene *Kronisk muskel og bløtdelssmerte* (delytelse J) og *Helse og arbeid/ arbeidsrettet rehabilitering* (delytelse R). RKE gjør fortsatt rettighetsvurderingene, men når det er uklart om pasienten har behov for behandling i form av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, vil pasienten tildeles rett til nødvendig helsehjelp i form av utredning i pasientens lokale helseforetak. Poliklinikken i pasientens lokale helseforetak får ansvar for å etablere et videre forsvarlig pasientforløp for den enkelte pasient. Et mulig forløp videre er at pasienten tilbys rehabiliteringstjenester innenfor de eksisterende avtalene med private leverandører.



- det er indikasjon på uønsket variasjon, hvor årsaken kan være et overforbruk i senfase innenfor flere av fagområdene
 - Oppfølging av Oppdragsdokument, 2023 fra Helse- og omsorgsdepartementet, «Vurdering av metodebruk innen rehabiliteringsområdet for å sikre kunnskapsbasert praksis og redusere overforbruk» Interregional rapport 14.mai, 2023



- *Nasjonal veileder for Habilitering og rehabilitering* anbefaler at pasienter med kroniske sykdommer og tilstander innen de store diagnosegruppene som hovedregel bør få tilbud i kommunene. Eksempler på områder er blant annet muskel- og skjelettsykdommer, livsstilssykdommer, KOLS og lungesykdommer, kreft og rehabilitering i senere fase innen hjerte- og karsykdommer, herunder hjerneslag. Aktivitetsdata fra NPR viser et stort volum av liggedøgn i senfase (fase 5) hos private leverandører, hvor de vanligste diagnosene nettopp omfatter pasienter med tilstander innen de store pasientgruppene som veilederen anbefaler bør få tilbud i kommunene. Rehabilitering i senfase utgjør en betydelig mindre andel i helseforetakene, og aktivitetsdata fra NPR viser at volumet her viser det samme mønsteret i forhold til diagnosegruppene i fase 3. Dette er pasientgrupper som spesialisthelsetjenesten har et særlig ansvar for.
- Spesialisthelsetjenesten må samtidig videreutvikle og spisse tilbud til pasienter med behov for rehabilitering av særlig kompleks art. Med bakgrunn i «*Vektmodellen*» i *Nasjonal veileder for habilitering og rehabilitering*, vil det omfatte pasienter som har behov for intensiv oppfølging og spesialisert kompetanse fra et bredt sammensatt team med erfaring knyttet til smalere og spissede problemstillinger, samt nærhet til medisinsk kompetanse³⁹



- De faglige innspillene i behovsvurderingen går samlet i retning av å dreie tilbud i spesialisthelsetjenesten slik at innholdet i tilbudet for «primærdiagnosen»/delytelsen også kan ivareta forhold hos pasienten som eksempelvis:
 - pasienter med stor kognitiv svikt
 - pasienter med tolkebehov
 - pasienter med tilleggsproblematikk innen rus- og psykiatri
 - pasienter med stort pleiebehov
 - pasienter med smitte
 - pasienter med CP og andre kroniske tilstander. Disse pasientene kan ikke alltid reise hjem direkte etter enklere inngrep og kan derfor ha et spesialisert rehabiliteringsbehov.
- Rehabilitering i senfase hos private leverandører bør derfor reduseres og tilbudet i fase 3 spisses for mer komplekse pasienter. Tilbudene hos private i senfase skal utvikles med en større grad av dagbaserte tilbud i kombinasjon med digital oppfølging og koordinert med tilbud i kommunehelsetjenesten. Behovsvurderingen synliggjør hvordan man kan bygge en «bro» mellom tilbud i spesialisthelsetjenesten og tilbudet i kommunehelsetjenesten.



HSØ ønsket dreining

- **Revmatologi**
 - Færre pasienter (alle er i fase 5)
 - Dreining arbeid som mål
- **Amputasjoner**
 - Liten reduksjon, men mer regional funksjon
- **CFS/ME**
 - Reduksjon
 - Bør håndteres i kommunen
- **Kreft**
 - Tilbud fase 3 spisses
 - Fase 5 kortere opphold, poliklinikk, flere pasienter får tilbud
- **Ervervet hjerneskade**
 - Økt kapasitet tidlig rehab
 - Tilbud fase 3 med økt pleiefaktor
- **Nevrologi**
 - Kortere opphold, flere pasienter
 - Koordineres bedre kommunene
 - Ambulant tilbud
- **Hjerte**
 - Mer satsing fase 3
 - Kortere opphold fase 5, flere pasienter
- **Lunge**
 - Mer kartlegging, kortvarig utredning
 - Kortere fase 5 opphold
- **Sykelig overvekt**
 - Reduksjon kapasitet, men flere tilbud



**DRAMMEN
KOMMUNE**
- et godt sted å leve



-Bekymringsbrev fra Ryggforeningen i Norge vedr. overføring av ansvar til kommunene. Det ønskes en orientering om tverrfaglig rehabiliteringstilbud i kommunen.