

Styresak 44/2011: Status rehabilitering Sør-Helgeland og omstilling Avdeling for fysikalsk rehabiliteringsmedisin

Møtedato: 22.06.11
Møtested: Mo i Rana

Styret er tidligere orientert om arbeidet med omstilling innen rehabilitering gjennom styresakene 17/2010 og 57/2010 og der hovedelementene har vært:

- Virksomhetsoverdragelse av Helgeland Rehabilitering i Sømna (HRIS) fra Helgelandssykehuset til Sømna kommune
- Deltakelse i det interkommunale prosjektet "Sammen om rehabilitering"
- Driftsplan for FMR-virksomheten i Helgelandssykehuset Sandnessjøen

Prosessen har tatt lenger tid enn opprinnelig planlagt, men det gjøres her rede for det som hittil er gjort og status så langt.

Virksomhetsoverdragelse fra Helgelandssykehuset til Sømna kommune

Det har i tidligere saker vært gjort rede for bakgrunnen for overdragelse av virksomheten ved Helgeland Rehabilitering til Sømna kommune, som ledd i omstilling av tjenestene innen rehabilitering i helseforetaket. En slik virksomhetsoverdragelse var forutsetning for at Sømna kommune kunne inngi anbud på rehabiliteringstjenester til Helse Nord, noe som ville utgjøre en viktig del av fremtidig driftsplattform for Helgeland Rehabilitering. Virksomheten ved Helgeland Rehabilitering er overdratt til Sømna kommune pr 28.03.2011. Det er inngått avtale for perioden 2011 – 2014 mellom Helse Nord RHF og Sømna kommune om tilbud av tjenester ved Helgeland Rehabilitering innen rehabilitering i tidlige fase etter sykehusopphold (protesekirurgi og generelle brudd) og for rehabilitering og mestringstilbud ved langvarige plager eller i seinfase (hjerneslag i kronisk fase, KOLS, andre luftveislidelser og muskelskjelettlidelser).

Som ledd i omstillingen av helseforetakets rehabiliteringsvirksomhet, ved bruk av kompetanse og disponibel kapasitet ved Helgeland Rehabilitering og som forberedelse inn mot Samhandlingsreformen, videreføres helseforetakets spesialisthelsetjenestetilbud i Helgeland Rehabilitering ved bruk av personale og tjenester fra Sømna kommune, men under helseforetakets faglige og juridiske ansvar. Dette gjelder pasienter fra Helgeland som inngår i helseforetakets spesialisthelsetjenesteansvar og virksomheten er organisert som en del av FRM-avdelingen Sandnessjøen. Det faglige ansvaret ivaretas av helseforetakets legespesialister, pasientinntak skjer etter henvisning til spesialisthelsetjenesten på vanlig måte, og pasientoppholdene dokumenteres i helseforetakets pasientadministrative system på samme måte som de øvrige pasientene i FRM-avdelingen. Denne dokumentasjonen er atskilt fra den virksomheten som skjer i regi av Sømna kommune. Virksomheten forutsettes fortsatt å kvalifisere til ISF-refusjon, og avklaring med Helsedirektoratet på dette punktet pågår. Omfanget tilsvarer ca 60 % av helseforetakets tidligere virksomhet ved HRIS, og skal tilpasses innslaget av fremtidige kommunale rehabiliteringstjenester med årlig justering etter 2012.

Sammen for rehabilitering på Helgeland

Prosjektet "Sammen for rehabilitering på Helgeland" ble etablert våren 2010 med formål å avklare grenseoppganger mellom kommunale rehabiliteringstjenester og spesialisthelsetjenester.

Helgelandssykehuset har deltatt i et forprosjekt med hovedmål å utrede grunnlaget for en helsefaglig, økonomisk, juridisk, organisatorisk og praktisk samhandlingsplattform mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste på Sør-Helgeland, som ivaretar framtidens behov for rehabiliteringstjenester i tråd med samhandlingsreformen, (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) og Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) (St.meld. 16 (2010-2011)). Stortingsmeldingene legger opp til en endret arbeidsdeling mellom første- og andrelinjetjeneste, og det bebudes oppfølging med et klarere definert kommunalt sørge-for-ansvar i ny Lov om folkehelse. Videre legger kommende kommunal medfinansiering av rehabilitering i sykehus og opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner til rette for at kommunene kan påta seg større oppgaver innen dette feltet.

På denne bakgrunnen har prosjektet kommet fram til en driftsmodell basert på kommunalt eierskap og faglig støtte fra spesialisthelsetjenesten og hovedprosjektet retter seg nå inn mot dette. Spesialisthelsetjenestens behov for overgangsordninger for tilrettelegging av egen kapasitet for rehabilitering er samtidig ivarettatt, slik skissert ovenfor.

Sluttrapport fra forprosjektet er nå sendt til kommunene på Sør-Helgeland og Helgelandssykehuset for tilbakemelding og det vises til denne samt "Grunnlag og fakta".

Helgelandssykehuset har tidligere spilt inn gjennom styringsgruppen at rapportens konklusjon med et behov for 8 – 10 døgnplasser for Helseforetaket ved Helgeland Rehabilitering ikke er basert på de endringene som vil komme som følge av samhandlingsreformen og at et fremtidig fundament for Helgeland Rehabilitering må også være forpliktelser fra de øvrige kommunene på Sør-Helgeland.

Helseforetaket stiller seg positiv til deltakelse i kompetanseutvikling/kompetanseoverføring i samsvar med Samhandlingsreformen. Helseforetakets rolle i prosjektet "Sammen om rehabilitering" utover deltakelse i forprosjektet og videreføring av spesialisthelsetjenester som anført ovenfor, må imidlertid være kombinert med forpliktende deltakelse fra de berørte kommunene.

Inhospitale tilpasninger ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen

Omstrukturering av sykehusets sengekapasitet er tidligere beskrevet i styresak 64/2009 Tiltaksplan Sandnessjøen, og det er i denne saken anført sengekapasitet på inntil 8 sengeplasser inhospitalt for heldøgnsrehabilitering på 5-dagers basis. Dette vil være tilbud for pasienter som har passert akuttstadiet, og som trenger videre utredning og behandling. I akuttfasen vil pasienter få nødvendig heldøgnsbehandling tilpasset behov og situasjon (intensivavdeling, slagenhet eller i ordinær medisinsk/kirurgisk sengepost), og da med støtte fra FMR-spesialist og tverrfaglig behandlingsteam. Dette vil være en optimal utnyttning av sykehusets sengekapasitet.

Ved Avdeling for fysikalsk rehabiliteringsmedisin er man i gang med tilpasninger for å ivareta behovet for spesialistrehabilitering inkludert å absorbere den nødvendige delen den reduserte kapasiteten ved HRIS for Helgelandssykehusets del etter virksomhetsoverdragelsen. Arbeidet med beskrivelse av det inhospitale tilbudet er blitt forsinket, men det vil inkludere ytterligere tilpasninger som vil være nødvendig for å øke den inhospitale kapasiteten i løpet av 2012. En tverrfaglig arbeidsgruppe ledet av avdelingsleder Ann Merete Brevik (FRM-avdelingen) har gjennomført en mulighetsstudie og skissert alternative løsninger. Arbeidsgruppen er nå bedt om å gå videre med et praktisk forslag til gjennomføring, basert på følgende utfordringer:

- Allokering av egne rom for slagenheten
- Bibehold av legekapasitet i forbindelse med generasjonsskifte – nyrekruttering
- Stillingsandeler og kompetanseutvikling for økt inhospital innsats – økt aktivitet
- Strukturering av det framtidige samarbeidet mellom spesialiteter og avdelinger i sykehuset for bl.a. å oppfylle framtidige behandlingskrav.
- Ivaretagelse av løsning for kompleks rehabilitering som følge av multitraume
- Sammenlåing av ambulanserehabiliteringsteam og geriatrisk team til Samhandlingstema for kronikere

Den endelige løsningen for inhospital løsning og oppfølging av de øvrige punktene i saken blir forelagt styret ila høsten 2011. Tiltakseffekten opprettholdes med oppdatering når det inhospitale tilbudet er endelig beskrevet.

VEDTAKSFORSLAG:

1. Styret tar saken til orientering
2. Styret er positiv til videreføring av helseforetakets deltakelse i prosjektet Sammen for rehabilitering med de forutseningene som fremkommer i saken.

Fred A. Mürer
Konst. foretaksdirektør

Saksbehandlere: Avd.direktør Knut Gullesen / spesialrådgiver Ivar Kirkfjell / Fred A. Mürer

Vedlegg: Sluttrapport "Sammen for rehabilitering på Helgeland" med grunnlag og fakta

”Sammen for rehabilitering på Helgeland”

Sluttrapport

**Felles driftsplattform for samarbeid om rehabilitering
mellom Helgeland Rehabilitering, Helgelandssykehuset HF og
kommunene på Sør-Helgeland.**

Dato 23. juni 2011

Versjon nr: 1:0

Innholdsfortegnelse

1	OPPSUMMERING	46
1.1	Bakgrunn	46
1.2	Hovedmål for prosjektet.....	46
1.3	Delmål og forventede resultater for prosjektet.....	47
1.3.1	Konkrete delmål:	47
1.3.2	Avgrensninger.....	48
2	Prosjektorganisering	48
2.1	Prosjektledelse.....	48
2.2	Øvrige roller og bemanning	48
3	Beslutningspunkter, oppfølging og milepæler	50
3.1	Krav til beslutningspunkt	50
3.2	Kritiske faktorer - evaluering	50
4	Gjennomføring	50
5	Økonomi.....	50
6	Kontrakter og avtaler.....	51
6.1	Kontrakter	51
7	Forslag til videreføring, utprøving og evaluering av prosjektet i 2011.....	52
8	Vedlegg	52

1 OPPSUMMERING

Sluttrapport er skrevet med utgangspunkt i prosjektplan og følger tilsvarende oppsett.

1.1 Bakgrunn

I Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009) forstås rehabilitering som: ”Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet”.

Samme sted vises det til forskrift for rehabilitering hvor følgende står; ” angir en dynamisk grensedragnin mellom ansvar som er tillagt kommunehelsetjenesten og ansvar som er tillagt spesialisthelsetjenesten” på dette fagområdet. Videre vises det til at den teknologiske utviklingen bidrar til at grenser mellom nivåene stadig flyttes. Med dette utgangspunkt og etter ønsker fra involverte parter, det vil si, Helgeland Rehabilitering i Sømna, kommunene på Sør-Helgeland og Helgelandssykehuset HF, skal det ses på hvilken form rehabiliteringstjenester til befolkningen på Sør-Helgeland i fremtiden bør ha.

Helgeland Rehabilitering i Sømna (HRIS) var ved prosjektstart, en del av Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Sandnessjøen Sykehus, Helgelandssykehuset HF. Institusjonen tilbyr kompleks rehabilitering for et bredt spekter av diagnoser i spesialisthelsetjenestens regi. Tilbudet ved HRIS benyttes i betydelig grad av pasienter fra Helgeland, og bidrar til høy oppslutning om Helgelandssykehusets behandlingstilbud i et grenseområde til Nord-Trøndelag.

Det var igangsatt en intern omstillingsprosess ved Avdelingen for fysikalsk medisin og rehabilitering. Prosjektet skulle tydeliggjøre hvordan spesialisthelsetjenesten kunne ivareta og håndtere sitt «sørge-for ansvar» når det gjelder spesialisert rehabilitering. En tydeligere grenseoppgang mellom hvilke pasienter som har behov for spesialiserte rehabiliteringstjenester og hvilke som har behov for kommunal rehabilitering inngår i dette. Kommunene på Sør-Helgeland står ovenfor nye krav og utfordringer i forhold til Samhandlingsreformen og det var hensiktsmessig å tenke nytt rundt kommunale rehabiliteringstilbud.

Det var enighet i OSO (overordnet samarbeidsorgan mellom Helseforetak og kommunene på Sør-Helgeland) om at Helgeland Rehabilitering i Sømna ville være et godt fundament for etablering av et nytt framtidrettet driftskonsept basert på interkommunal rehabilitering, med støtte fra spesialisthelsetjeneste. Det var imidlertid nødvendig å foreta et grunnarbeid for dels å konkretisere tjenestene samt avklare ansvarsforhold og organisering.

1.2 Hovedmål for prosjektet

Prosjektet var et forprosjekt med hovedmål å utrede grunnlaget for en helse faglig, økonomisk, juridisk, organisatorisk og praktisk samhandlingsplattform mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste som ivaretar framtidens behov for rehabiliteringstjenester. Framtidig drift for HRIS er et element i en samlet styrking av rehabiliteringsinnsatsen. Målet med prosjektet var å oppnå en faglig og driftsmessig bærekraftig konstruksjon som på bredt grunnlag ivaretar behovet for kommunal rehabilitering i årene framover, samt tilbyr spesialisert rehabilitering i forhold til nærmere spesifiserte grupper.

Forprosjektet skulle utrede muligheten for et Hovedprosjekt med ordinær drift med pasienter i behandling ved HRiS. Parallelt med prosjekter har det skjedd endringer i forutsetningene for driften ved HRiS. Disse endringer har gjort det nødvendig for interessentene i dette prosjektet å etablere nye samarbeidsrelasjoner uavhengig av prosjektetarbeidet. Forutsetningene for utprøving av driftsmodellen ved HRiS i prosjekts form, faller derfor ut for deler av driften. Hovedprosjektet rettes nå mot det kommunale engasjementet i driftskonseptet.

Sluttrapport med vedlegg danner beslutningsgrunnlag for alle interessentene.

1.3 Delmål og forventede resultater for prosjektet

1.3.1 Konkrete delmål:

Praktiske forutsetninger for etablering av ny samhandlingsplattform er som følger:

- a. Alle de i utgangspunktet involverte parter er med og forplikter seg til bidrag i nytt driftskonsept.
- b. Bidraget må være av et slikt omfang at det gir grunnlag for en forutsigbar drift ved HRiS.

Praktisk forutsetning for videreføring av eksisterende rehabiliteringstilbud og utvikling av nye tilbud:

- a. Formålstjenelige og hensiktsmessige lokaler, og utstyr.
- b. Bevare og videreutvikle eksisterende kompetanse
- c. Utvikling av nye tilbud. Her har prosjektgruppa etter ønske fra kommunene sett på forutsetninger for etablering av ART (ambulerende rehabiliterings team). Mulig funksjonsmodell for ART er nærmere beskrevet i "Grunnlag og fakta", vedlegg 2.

Forslag til videre driftsform for HRiS er utarbeidet. Prosjektgruppen har via utredning kommet fram til at Samvirkeforetak eller AS er aktuelle framtidige driftsformer, se vedlegg 5, 6 og 7.

Utredning av økonomiske rammer for ny driftsplattform konkluderer med at alle involverte parter må bidra økonomisk for å oppnå forsvarlig økonomisk drift ved HRiS. Kostnader og volum er gjensidig avhengige av hverandre. Prosjektgruppen har utredet framtidig behov for døgnbasert rehabilitering hos de involverte partene. Ut i fra utredet behov for antall plasser er det estimert en kostnad pr. plass. pr døgn, jmf "Grunnlag og Fakta", vedlegg 2. Endringer i volum vil påvirke pris.

Organisatorisk form ny driftsplattform, inkl ansvarsavklaring er ferdig utredet. Se vedlegg 2
Grunnlag og fakta pkt 2.2.

Prosjektgruppen har forsøkt å utrede mulige IKT-løsninger som bidrar til praktiske løsninger for drift i nytt driftkonsept. Det er utfordringer knyttet til dette og endelig konklusjon er ikke gjort ved prosjektperiodens utløp. Helseforetaket fremholder at deres journalsystem må benyttes til tjenesteleveransen i regi av spesialisthelsetjenesten og at et annet EPJ system må benyttes til de øvrige tjenestene. Det er bl.a. juridiske grunner som ligger til grunn for dette.

For å sikre videre utvikling og innovasjon i nytt driftskonsept anbefales å søke midler og utrede muligheten for nye delprosjekt og nye samarbeidspartnere. Utvikling av nye tilbud og tjenester skal være i tråd med etterspurt behov. Kontinuerlig faglig oppdatering og tjenester som følger gjeldende faglig retningslinjer, er en forutsetning. Det er gjort en interessentanalyse for å kartlegge potensielle interessenter i et nytt driftskonsept. LHL og NKS er kontaktet telefonisk og via brev form. Se vedlegg 12.

Behov for rehabiliteringstjenester (type, kvantitet, omfang m.m.) er kartlagt ut i fra eksisterende behov, forventet befolkningsutvikling og sammensetning, eksisterende planverk som omfatter rehabilitering, samt ved høringer i politisk og/eller administrative fora hos de involverte parter og på bruker nivå. Se ”Grunnlag og Fakta” vedlegg 2 og høringsuttalelser vedlegg 13-22.

Prosjektgruppen mener foreslått driftsmodell og utarbeidede samarbeidsrutiner bidrar til å oppfylle ønskede effekter av forprosjektet. Foreslåtte driftsmodell fyller krav og mål definert i Samhandlingsreformen og kan omsettes i konkrete handlinger og praktiske løsninger.

Behov for rehabiliteringstjenester og kostnader knyttet til dette er avdekket. Brukerorganisasjonene er gjort kjent med eksisterende og framtidig rehabiliterings tilbud gjennom deltakelse i arbeidsgrupper og via høringsrunden på ”Grunnlag og Fakta”. De vil også få tilsende sluttrapport.

Prosjektgruppen har utredet muligheten for og lagt grunnlaget for at et Hovedprosjekt som fokuserer på det kommunale engasjementet i driftskonseptet kan gjennomføres og integreres i planer hos de involverte parter.

1.3.2 Avgrensninger

Prosjektgruppen har fulgt avgrensninger angitt i prosjektplan.

2 Prosjektorganisering

2.1 Prosjektledelse

Prosjekteier: Sømna kommune.

Prosjektleder: Grete Bang.

Prosjektleder har rapportert til styringsgruppen i henhold til plan og har hatt ansvar for totaløkonomien i prosjektet. Prosjektleder har kvalitetssikret at prosjektplan og mål er i samsvar og at det er en overordnet kvalitetssikring. Prosjektleder har ledet arbeidet i prosjektgruppa og arbeidsgrupper, og har fulgt opp rammene for prosjektet og ekstern informasjon.

Det er gjennomført 15 møter i prosjektledergruppa. Telefonmøter og todagers samlinger.

Det er gjennomført 6 møter i styringsgruppa.

2.2 Øvrige roller og bemanning

Her beskrives eierstrukturen og øvrig organisering rundt prosjektet.

A-eier: Hovedinteresse i prosjektet med betydelige ressurser og som stiller store krav til gjennomføring og resultat

B-eier: Interesse i prosjektet og deltar med ressurser og forventer resultat

C-eier: Deltar med moralsk støtte og som ikke stiller krav i prosjektet

Rolle	Eierskap	Organisasjon/Person	Hovedansvarsområde
Prosjekteier Prosjektansvarlig	A	Sømna kommune.	Overordnet ansvar Utnevne oppdragsansvarlig Leder arbeidet i styringsgruppa
	B	Kommunene på Sør-Helgeland Helgelandssykehuset Helsedirektoratet	Aktiv deltakelse i prosjektet Finansiering Finansiering og faglig støtte
	C		
Styringsgruppe		OSO, dvs Signar Kristoffersen (leder), Arne Kvensjø. Fred A. Murer og Ivar J. Kirkfjell. Einar Einarsen. Konsultativ for OSO og prosjektgruppa	Styre mot mål. Godkjenne sluttrapporten.
Referansegruppe		Ordførere Rehabiliteringskoordinatorer Brukerorganisasjoner Ansatteorganisasjoner Helse Nord	Være en aktiv diskusjonspartner for prosjektet Høringspart
Prosjektleder Prosjektgruppe		Grete Bang Kristine Hermansen, Ranveig Nielsen.	Lede arbeidet i prosjektgrupper og arbeidsgrupper
Arbeidsgruppe		Representanter fra kommunene, Helseforetaket og brukerorganisasjoner	Deltatt i utredning av behov for rehabiliteringstjenester
Interessent		LHL, NKS, Nordnorsk Pensjonistskole, Sømna Eiendom, Fylkeslegen i Nordland	Gi høringsuttalelse

3 Beslutningspunkter, oppfølging og milepæler

3.1 Krav til beslutningspunkt

Milepæls planen er forsøkt fulgt, men pga uforutsette forhold som prosjektgruppen ikke har hatt innvirkning på, er beslutningspunktene forskjøvet noe i forhold til dato. Ved sluttdato for prosjektarbeidet er alle beslutningspunkter gjennomført.

3.2 Kritiske faktorer - evaluering

De kritiske faktorene har ikke inntruffet. Det har vært noe forsinkelser i framdrift men konsekvensene har vært små.

#	Kritiske faktorer	S	K	RF	Mulige tiltak/Ansvarlig
1	Forsinkelser i fremdrift	4	2	8	Tas opp med styringsgruppen
2	At nøkkelpersoner forsvinner fra prosjektet	2	3	6	Tas opp med styringsgruppen
3	Manglende ressurser	1	5	5	Tas opp med styringsgruppen
4	Uklare og intetsigende resultater	2	5	10	Tas opp med styringsgruppen
5	Manglende / uklare beslutninger	2	4	8	Tas opp med styringsgruppen

S – Sannsynlighet. Hvor sannsynlig vil det være at dette inntreffer? Skala 1- 5 (5 er mest sannsynlig)

K – Konsekvens. Hvor kritisk vil dette være hvis det inntreffer? Skala 1-5 (5 er mest kritisk)

*RF – Risikofaktor (S * K).*

4 Gjennomføring

Hovedaktivitetene er gjennomført i henhold til prosjektplan og beskrevet i ” Grunnlag og Fakta ”

5 Økonomi

Følgende personellressurser har vært engasjert i prosjektet

Navn	Dagsverk
Grete Bang	40%
Kristine Hermansen	40%
Ranveig Nielsen	20%

Budsjett

Kostnader		Finansiering	
Kostnadsart	Beløp	Finansieringskilde	Beløp
Lønn prosjektansatte (anslag 8 mnd mai-jan)	440 000	Helsedirektoratet	500 000
Sos kostnader	140 000	Helse Nord	500 000
Reiser/ opphold/møtekostnad	250 000	Helse og rehabilitering?	
Innleid kompetanse	250 000	Egeninnsats/egenkapital *)	500 000
Forbruksmateriell	40 000	Sør Helgeland Regionråd	250 000
Trykking, publikasjoner, kunngjøringer, distribusjon	10 000		
Investeringer / utstyr	100 000		
Andre utgifter/ uforutsett	100 000		
Telefon, bredbånd	40 000		
Sum:	1390 000	Sum:	1750 000

Usikkerhet knyttet til budsjett i tidlig fase da det ikke forelå svar på søknader om midler. Det ble etter hvert klart at det ble bevilget kr. 500.000 fra Helse Nord og søknad om tilskudd til Helsedirektoratet ble innvilget med kr. 500.000. Prosjektarbeidet startet for fullt fra mai 2010.

Egeninnsats/egenkapital består av diverse kostnader tilknyttet arbeidsgruppers deltakelse i prosjektet. Innleie av vikarer, transport. osv. Disse kostnader har kommunene og Helseforetaket bekostet selv.

Regnskap pr.31.12.2010

Kostnader		Finansiering	
Kostnadsart	Beløp	Finansieringskilde	Beløp
Lønn prosjektansatte (anslag 8 mnd mai-jan)	307 570	Helsedirektoratet	500 000
Sos kostnader	61 460	Helse Nord	500 000
Reiser/ opphold/møtekostnad	34 820	Helse og rehabilitering?	
Innleid kompetanse	359 487	Egeninnsats/egenkapital *)	0
Forbruksmateriell	2 177	Sør Helgeland Regionråd	0
Trykking, publikasjoner, kunngjøringer, distribusjon			
Investeringer / utstyr	13 265		
Andre utgifter/ uforutsett	41 136		
Telefon, bredbånd			
Sum:	819 915	Sum:	1 000 000

6 Kontrakter og avtaler

6.1 Kontrakter

Det er utarbeidet arbeidsavtaler for de ansatte i prosjektgruppa.
Det ble inngått avtale med Sintef om utredningsarbeid og veiledning vedrørende definering av grensesnitt og framtidig behov for rehabiliteringstjenester i kommuner og helseforetak.

7 Forslag til videreføring, utprøving og evaluering av prosjektet i 2011.

Det er enighet i styringsgruppen om å søke om midler til utprøving av drift av kommunale rehabiliteringsplasser.

- **Utprøving og evaluering av tilbud**

Utprøving og evaluering av tilbudet gjennomføres som et 1 års hovedprosjekt i samarbeid med de involverte kommunene og Helgelandssykehuset HF.

Hovedprosjektet går ut på å få finansiert to senger til en årlig drift på kr. 2 mill.

Det søkes eksterne midler slik:

HOD 1 mill (søknadsfrist sist i mars)

Andre kr. 500.000,-

Kommunene kr. 500.000,- Her søkes det prosjektmidler hos Helse og rehabilitering (Extra midler) til et prosjekt knyttet opp mot en diagnosegruppe

- **Markedsføring av tilbud til øvrige interessenter og eventuelt andre kommuner i målgruppen**

Ved tilfredsstillende evaluering av tilbudet etter endt prøveperiode, vil tilbudet markedsføres til kommunene på Helgeland og Helgelandssykehuset som den primære målgruppe. Det må deretter opprettes rammeavtaler om drift på gitt antall pasientdøgn.

Behandlingstilbudet markedsføres for eventuelt andre samarbeidspartnere. (Nav, Private, ideelle organisasjoner)

- **Avtaler mellom kommuner og evt. Samvirkeforetak**

Når de økonomiske rammebetingelser for Samhandlingsreformen er vedtatt, anbefales det at kommunene tar stilling til konkret avtaleinngåelse med Helgeland rehabilitering på Sømna (SA).

- **Det anmodes om at kommunene behandler sluttrapporten innen 01.07.2011.**

Vedlegg

Vedlegg 1	-	Prosjektplan for "Sammen for Rehabilitering på Helgeland"
Vedlegg 2	-	Fakta og Grunnlag – versjon 18.02.11
Vedlegg 3	-	Rapport kommunal arbeidsgruppe
Vedlegg 4	-	Rapport arbeidsgruppe Helseforetak
Vedlegg 5	-	Anbefalt driftsform
Vedlegg 6	-	Forslag til vedtekter AS
Vedlegg 7	-	Forslag til vedtekter Samvirkeforetak
Vedlegg 8	-	Evalueringsskjema rehabiliteringstilbud
Vedlegg 9	-	Samtykke erklæring
Vedlegg 10	-	Søknadsskjema Helse Nord
Vedlegg 11	-	Søknadsskjema kommunal rehabilitering
Vedlegg 12	-	Brev til mulige interessenter
Vedlegg 13	-	Høringsuttalelse Vega kommune, Driftstyre for helse, pleie og omsorg

- Vedlegg 14 - Høringsuttalelse Vevelstad kommune, Komite for helse, sosial og omsorg
- Vedlegg 15 - Høringsuttalelse Sømna kommune, rådmann
- Vedlegg 16 - Høringsuttalelse Sømna kommune, Eldrerådet
- Vedlegg 17 - Høringsuttalelse Sømna kommune, Råd for funksjonshemmede
- Vedlegg 18 - Høringsuttalelse Bindal kommune, Helse og sosialsjef
- Vedlegg 19 - Høringsuttalelse Brønnøy kommune, Eldrerådet
- Vedlegg 20 - Høringsuttalelse Brønnøy kommune, Rådet for funksjonshemmede
- Vedlegg 21 - Høringsuttalelse Helgelandssykehuset HF
- Vedlegg 22 - Høringsuttalelse Fagrådet for rehabilitering, Helgelandssykehuset
- Vedlegg 23 - Høringsuttalelse Brønnøy kommune, rådmann

23.06.2011

- Grunnlag og fakta -

**Felles driftsplattform
for
samarbeid om rehabilitering
mellom
Helgeland Rehabilitering,
Helgelandssykehuset HF
og
kommunene på Sør-Helgeland**

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0. Saksopplysninger	56
1.1. Bakgrunn:	56
1.2. Mål.....	56
2.0 Hovedaktiviteter.....	56
2.1 Hovedaktivitet 1	56
2.1. a) Innledende om rehabiliteringstilbud i regionen:	57
2.1. b) Aktivitet som grunnlag for beregning av kapasitetsbehov	57
2.1. c) Dagens aktivitet spesialisthelsetjenesten, Helgelandssykehuset HF:.....	58
2.1. d) Dagens aktivitet i spesialisthelsetjenesten – både for primær- og sekundær rehabilitering – framskrevet til 2030	59
2.1. e) Dagens aktivitet i spesialisthelsetjenesten ved Helgeland Rehabilitering i Sømna:60	
2.1.f) Dagens aktivitet private opptreningsinstitusjoner:	63
2.1. g) Prevalens og incidens - behov for rehabiliteringstjenester hos befolkningen ut over de som er registrert.....	64
2.1. h) Grensesnitt	65
2.1. i) Definerte forutsetninger for kartlegging av behov	66
2.1. j) Kartlegging av behov kommunene	68
2.1. k) Kartlegging av behov ved HRiS:.....	69
2.1. l) Kartlegging av behov i Helseforetaket:	69
2.1. m) Sammenfatning kartlagt behov basert på aktivitetsdata:	71
2.1. n) Konklusjon kartlagt behov:	71
2.2. Hovedaktivitet 2	72
2.2. a) Samarbeidsmodell nytt driftskonsept.....	72
2.2. b) Presisering av ansvars- og funksjonsområder i nytt driftskonsept.....	74
2.2. c) Prosedyre for organisering av pasientflyt	74
2.2. d) Avgrensninger og inntakskriterier.....	75
2.3 Hovedaktivitet 3	75
3.0. Kilder og vedlegg	76

1.0. Saksopplysninger

1.1. Bakgrunn:

I Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009) forstås rehabilitering som: "Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet".

Samme sted vises det til forskrift for rehabilitering hvor følgende står; " angir en dynamisk grensedragnin mellom ansvar som er tillagt kommunehelsetjenesten og ansvar som er tillagt spesialisthelsetjenesten" på dette fagområdet. Videre vises det til at den teknologiske utviklingen bidrar til at grenser mellom nivåene stadig flyttes. Med dette utgangspunkt og etter ønsker fra involverte parter, det vil si, Helgeland Rehabilitering i Sømna, kommunene på Sør-Helgeland og Helgelandssykehuset HF, skal det ses på hvilken form rehabiliteringstjenester til befolkningen på Sør-Helgeland i fremtiden bør ha.

Kommunene på Sør-Helgeland står ovenfor nye krav og utfordringer i Samhandlingsreformen og det vil i denne sammenheng være hensiktsmessig å tenke nytt rundt kommunale rehabiliteringstilbud.

Det er enighet i OSO (overordnet samarbeidsorgan mellom Helseforetak og kommunene på Sør-Helgeland) om at Helgeland Rehabilitering i Sømna vil være et godt fundament for etablering av et nytt framtidrettet driftskonsept basert på interkommunal rehabilitering, med støtte fra spesialisthelsetjeneste. Det er imidlertid nødvendig å foreta et grunnarbeid for dels å konkretisere tjenestene samt avklare ansvarsforhold og organisering.

1.2. Mål

Prosjektet "Sammen for rehabilitering på Helgeland" har som hovedmål å utrede grunnlaget for en helse faglig, økonomisk, juridisk, organisatorisk og praktisk samhandlingsplattform mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste som ivaretar framtidens behov for rehabiliteringstjenester, og der framtidig drift for HRIS er et element i en samlet styrking av rehabiliteringsinnsatsen.

Forprosjektet skal utrede muligheten for et Hovedprosjekt hvor tiltak og samarbeidsrelasjoner prøves ut i ordinær drift med pasienter i behandling ved HRIS.

Forprosjektet skal utvikle et beslutningsgrunnlag for alle involverte parter.

2.0 Hovedaktiviteter

2.1 Hovedaktivitet 1

Hovedaktivitet 1 i prosjektet er følgende; Kartlegging av behov i kommunene, ved Helseforetaket og ved Helgeland Rehabilitering.

Prosjektgruppen presiserer at kunnskap som danner grunnlag for kartlagt behov er kunnskap som er i endring.

2.1. a) Innledende om rehabiliteringstilbud i regionen:

I dag har Helse Nord tjenester i fysikalsk medisin og rehabilitering ved følgende institusjoner:

- Helse Finnmark
- Nordlandssykehuset HF
- UNN, Tromsø
- UNN, Harstad
- Helgelandssykehuset, Sandnessjøen

Helgelandssykehuset HF har funksjonsdelt rehabilitering til avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (FMR-avdeling). FMR-avd. ligger under Sandnessjøen sykehus og har en sentral rolle med opptaksområde hele Helgeland. Oppgavefordeling FMR-avd er pr. i dag følgende;

- Sandnessjøen: muskel/skjelett lidelser, diabetes, smerter, geriatri og LMS
- Helgeland Rehabilitering i Sømna: slag hjerte/lunge, astma, afasi

Følgende private rehabiliterings institusjoner finnes i Helse Nord idag:

Nordtun Helse Rehab

Valnesfjord Helsesportsenter

Opptreningssentret Finnmark

Skibotn Rehabiliteringssenter

Nord-Norges kurbad

Salangen Helse Rehab

Kommunene på Sør-Helgeland har heldøgns rehabiliteringsplasser til sine innbyggere integrert i ordinære sengeposter i sykehjem. Bindal kjøper 1 seng på Høylandet.

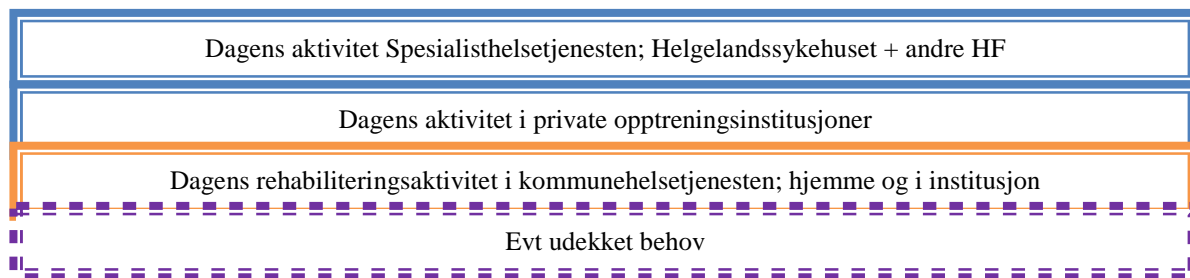
2.1. b) Aktivitet som grunnlag for beregning av kapasitetsbehov

Prosjektgruppen har vært i kontakt med Marte Lauvsnes ved SINTEF helse. Lauvsnes har kjennskap til Helgelandssykehuset fra tidligere og utarbeidet i 2006 rapporten ” Rehabilitering, Helgelandssykehuset Sandnessjøen, aktivitet, kapasitet og struktur”, vedlegg 3. Målsettingen for analysen Lauvsnes gjorde i 2006 var å gjøre en vurdering av det fremtidige kapasitetsbehovet for rehabilitering i Helgelandssykehuset HF. Sluttrapporten skulle brukes som beslutningsgrunnlag for Helgelandssykehuset HF ved valg av fremtidig organisering og lokalisering av rehabiliteringstjenestene i Helgelandssykehuset HF.

Prosjektgruppen har vurdert det som hensiktsmessig å ta utgangspunkt i Sintefs rapport fra 2006 for å kartlegge Helseforetakets behov for rehabiliteringstjenester. Sintef har også hentet inn aktivitetsdata fra de private rehabiliteringsinstitusjonene. Kunnskap om rehabiliteringsaktivitet i kommunehelsetjenesten er innhentet ved spørreskjema og dialog.

Fremtidens behov for rehabiliteringstjenester er kartlagt ut i fra følgende;

1. Dagens aktivitet (2009) i Helgelandssykehuset HF – både for primær- og sekundær rehabilitering - framskrevet til 2030.
2. Dagens aktivitet (2008) i private opptreningsinstitusjoner
3. Dagens rehabiliteringsaktivitet i kommunehelsetjenesten (2010)
4. Prevalens og incidens - behov for rehabiliteringstjenester hos befolkningen ut over de som er registrert



2.1. c) Dagens aktivitet spesialisthelsetjenesten, Helgelandssykehuset HF:

SINTEF har oppdatert deler av deler av aktivitetsdata anvendt i SINTEF rapporten fra 2006. Aktivitetsdata er hentet fra Helgelandssykehuset HF's egen registrering.

Tabell 1:

Kapasitetsbehov, senger for rehabiliteringspasienter

Beregning av behov for døgnplasser 2009			
	Ant liggedager	Utnyttelsesgrad	Kapasitetsbehov senger
Mo i Rana	1201	80 %	4,1
Mosjøen	320	80 %	1,1
Sandnessjøen	4328	80 %	14,8
Totalt	5849		20,0

Tabell 1 viser antall liggedager for primær- og sekundær rehabilitering ved Helgelandssykehuset HF i 2009. Dersom man regner en utnyttelsesgrad på 80 % (noe som er vanlig ved planlegging av rehabiliteringsplasser i sykehus) gir det et samlet kapasitetsbehov i dag på ca 20 senger totalt.

Tabell 2:

Pasienter bosatt i Helgeland HF område	
Helseforetak	Antall opphold 2009, DRG 462
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	269
Nordlandssykehuset, Bodø	52
Universitetssykehuset i Nord-Norge	28
Glittrelinikken	22
Helgelandssykehuset, Mosjøen	16
St. Olavs hospital	7
Helgelandssykehuset, Rana	7
Revmatismesykehuset	7
Sunnaas sykehus	6
Rikshospitalet	5
Sykehuset Innlandet	5
Sykehuset Levanger	2
Haukeland universitetssykehus	1
Mork Rehabiliteringssenter	1
Ullevål universitetssykehus	1
Sykehuset Namsos	1
Feiringlinikken	1
Total	431

Tabell 2 viser antall opphold innenfor primær- og sekundær rehabilitering for pasienter bosatt i Helgeland.

2.1. d) Dagens aktivitet i spesialisthelsetjenesten – både for primær- og sekundær rehabilitering – framskrevet til 2030

Befolkningsutvikling for Helgeland viser at det forventes en samlet reduksjon i befolkningen på 3%, mens det for befolkningen > 70 år blir en økning på ca 30 %. Dette gir seg størst utslag i små kommuner, dvs trenden er en sterkere sentralisering av befolkningen, spesielt for de yngre aldersgrupper. Ser man antall eldre, dvs personer > 70 år i forhold til personer i arbeidsfør alder, er det i dag 8,4 personer mellom 20 og 69 år, mens i 2030 vil det falle til 5,8 personer mellom 20 og 69 år per innbygger >70 år. Tallene i tabell 3 er hentet fra SSB, beregningene er gjort av Sintef.

Tabell 3:

		Alle kommuner Helgeland			Endring, ant innb	%-vis endring
		2010	2020	2030	2010- 2030	2010- 2030
Menn	0-9 år	4909	4661	4618	-291	-5,9
	10-19 år	6211	5074	4906	-1305	-21,0
	20-29 år	4780	5107	4372	-408	-8,5
	30-39 år	4723	4124	4468	-255	-5,4
	40-49 år	6348	4927	4439	-1909	-30,1
	50-59 år	5897	6151	4965	-932	-15,8
	60-69 år	5073	5503	5820	747	14,7

	70-79 år	2898	4175	4650	1752	60,5
	80-89 år	1357	1621	2538	1181	87,0
	90 år og eldre	196	259	346	150	76,5
	Totalt menn	42392	41602	41122	-1270	-3,0
Kvinner	0-9 år	4523	4413	4376	-147	-3,3
	10-19 år	5800	4690	4643	-1157	-19,9
	20-29 år	4372	4618	3981	-391	-8,9
	30-39 år	4855	4071	4374	-481	-9,9
	40-49 år	5926	4976	4311	-1615	-27,3
	50-59 år	5299	5822	4961	-338	-6,4
	60-69 år	4793	5023	5543	750	15,6
	70-79 år	3306	4197	4487	1181	35,7
	80-89 år	2346	2161	2935	589	25,1
	90 år og eldre	557	639	691	134	24,1
	Totalt kvinner	41777	40610	40302	-1475	-3,5
	Totalt 70+	6209,0	6997,0	8113,0	1904	30,7
	Totalt alle	84169,0	82212,0	81424,0	-2745	-3,3

Merk: Befolkningstall for Gildeskål og Meløy kommune er med i tallgrunnlaget i tabell 3.

Tabell 4:

Fremskriving av behov rehabilitering

Beregning av behov for døgnplasser 2030					
	Ant liggedager 2009	Demografisk utvikling	Ant liggedager 2030	Utnyttelsesgrad	Kapasitetsbehov senger
Mo i Rana	1201	0,2	1441	80 %	4,9
Mosjøen	320	0,2	384	80 %	1,3
Sandnessjøen	4328	0,2	5194	80 %	17,8
Totalt	5849		7019		24,0

Beregningen i tabell 4 er gjort ut fra forbruk av rehabiliteringstjenester pr. 2009 og justert i forholdt til demografisk utvikling. Tabellen sier noe om behovet for rehabiliteringstjenester dersom de i 2030 skal være på dagens volum og med den oppgavefordeling man har i dag.

2.1. e) Dagens aktivitet i spesialisthelsetjenesten ved Helgeland Rehabilitering i Sømna:

Presentasjonene under er hentet fra årsmeldingen til Helgeland Rehabilitering i Sømna for 2009 og viser antall opphold, henvisende instans samt antall opphold og antall liggedøgn pr. bostedskommune.

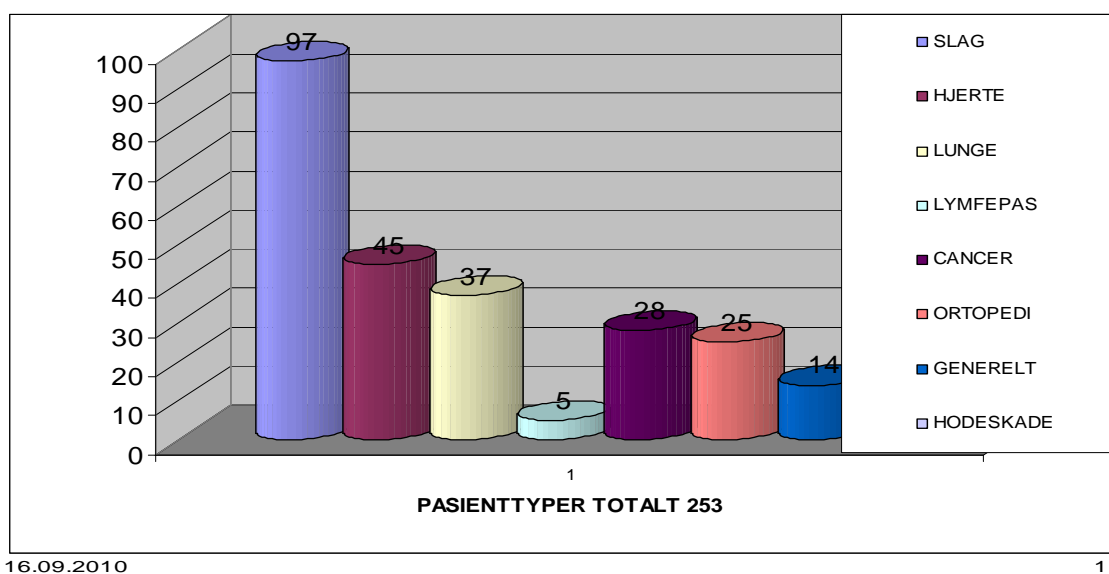
Disse data inngår i data i tabell 1, 2 og 4. Altså inngår i de totale 4328 liggedøgn for primær- og sekundær rehabilitering Sandnessjøen sykehus.

Tabell 5:

	Resultat 2004	Resultat 2005	Resultat 2006	Resultat 2007	Resultat 2008	Resultat 2009
Lung.pas./barn	12	10	0	12	0	14
Slagpas./andre	142	165	169	142	165	138
Hjertepasienter	49	45	51	62	44	45
Lungepas./voksne	22	23	21	19	20	23
Lymfepas. Kreftpas.				25	14	5 28
Sum	225	246	241	260	240	253
Sum liggedøgn	2988	3149	3058	3023	3096	2995

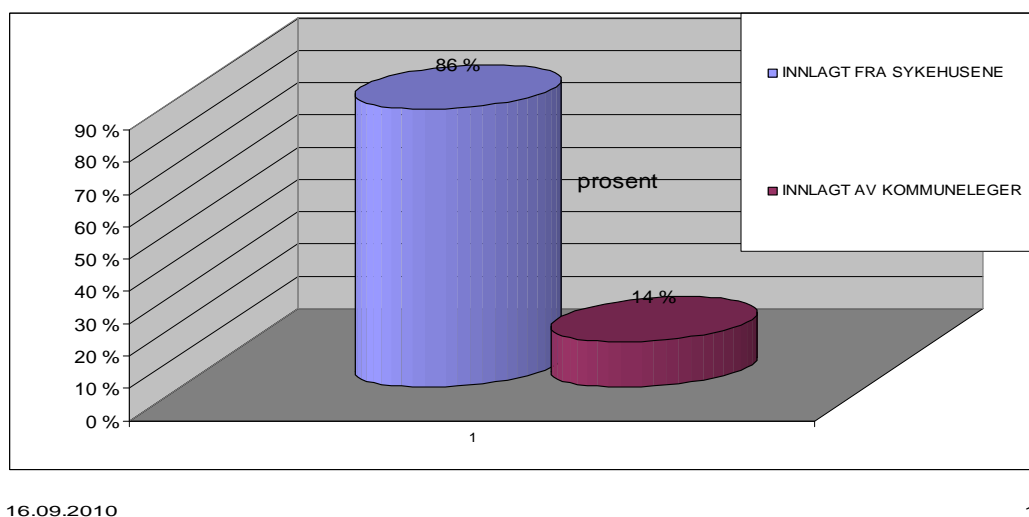
Tabell 5 viser at sum antall liggedøgn og sum antall opphold er stabilt i perioden 2004 - 2009.

Tabell 6:



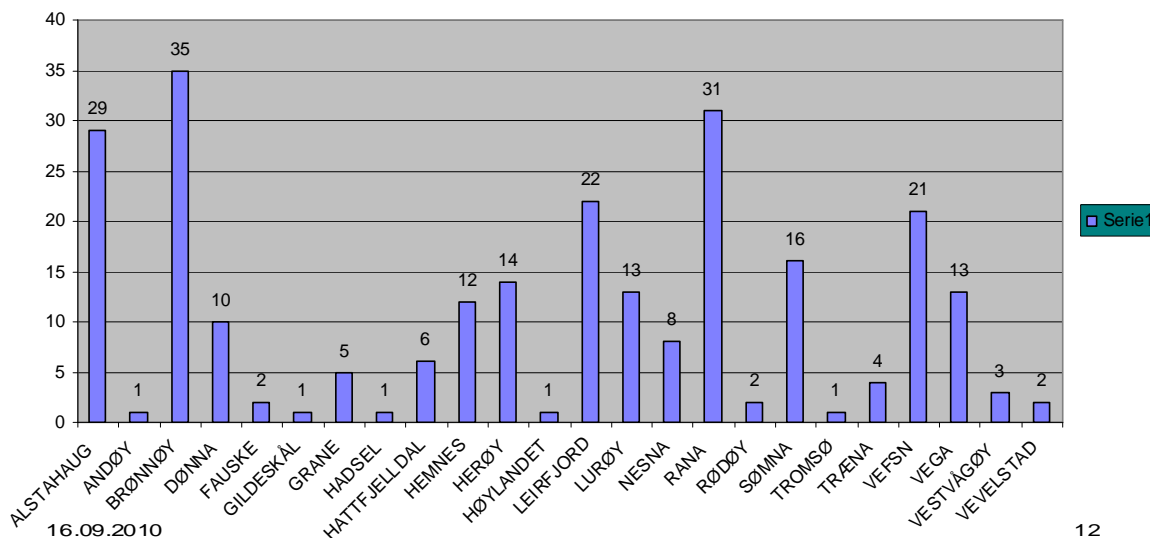
Tabell 6 viser antall opphold 2009 med fordeling ifht diagnose, sum opphold 253.

Tabell 7:



Tabell 7 viser henvisende instans pasienter behandlet ved HRIS er i 2009. 86 % av tilfellene spesialisthelsetjenesten.

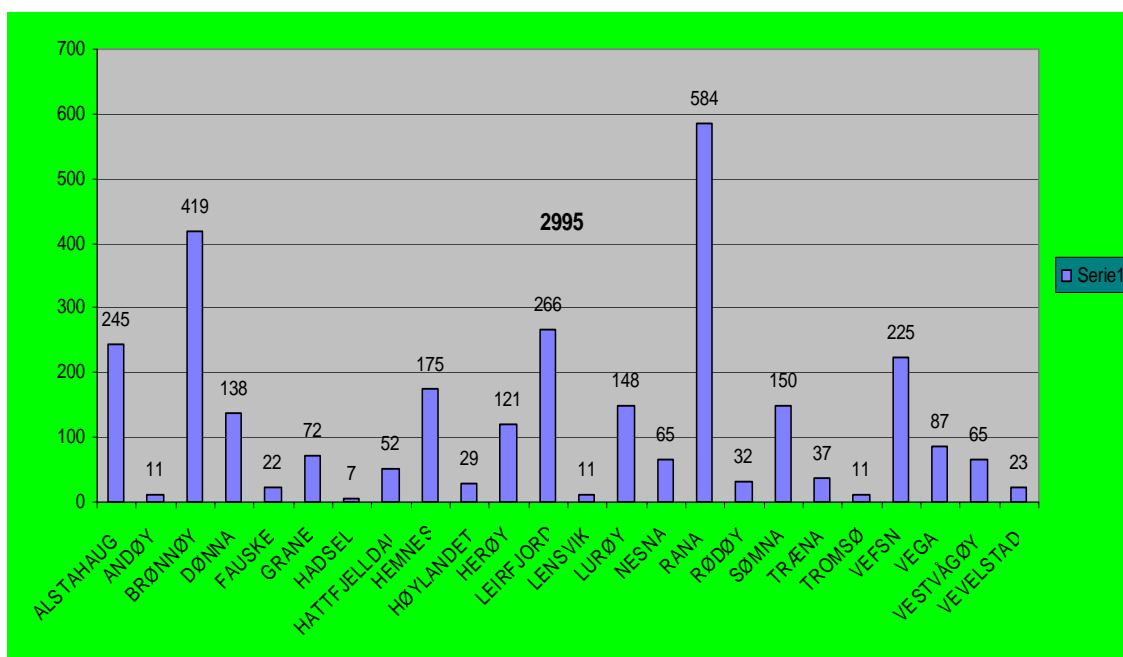
Tabell 8:



12

Tabell 8 viser antall opphold ved HRIS i 2009 fordelt pr. kommune. Av tabellen ser vi at bruk av rehabiliteringstjenestene varierer mellom kommunene. Brønnøy kommune har flest opphold i 2009, dernest Rana og Alstahaug.

Tabell 9:



Tabell 9 viser antall liggedøgn 2009 fordelt pr. kommune. Av tabellen ser vi at bruk av rehabiliteringstjenestene varierer mellom kommunene. Rana har flest liggedøgn pr. år. Det har ikke vært en samlet reduksjon i antall liggedøgn slagpasienter med hjemkommune Rana etter etablering av Helseparken i februar 2009. Med bakgrunn i aktivitetstall samt i besvarelsen fra under nevnte arbeidsgruppe (vedlegg 2) kan det se ut til at Helseparken i Rana og HRIS pr. i dag utfyller hverandre og samlet sett føre til en bedre utvelgelse og raskere overføring av pasienter.

2.1.f) Dagens aktivitet private opptreningsinstitusjoner:

For å få et helhetlig bilde av befolkningens behov for rehabiliterings- og opptreningstjenester er det et ønske å vite noe om antall pasienter som er til opptreningsopphold/ får spesialiserte rehabiliteringstjenester fra private institusjoner.

Tabell 11 viser antall pasienter fra Sør-Helgeland som har hatt opphold på privat institusjon i 2008. Tallene er hentet fra NPR.

Tabell 11:

Pasienter bosatt på Sør-Helgeland	
Private rehabiliteringsinstitusjoner	Antall opphold 2008
Kastvollen	4
Nordtun	15
Bjørnang	2
Selli	1
Muritunet	1
Valnesfjord	13
Grande	1
Nord-Norges Kurbad	8
Skogli	4
Røros	3
Meråker	6
Namdal	34
Total	92

Tabell 12:

Pasienter bosatt i Helgeland HF område	
Private opptreningsinstitusjoner	Antall opphold 2008
Nordtun	154
Valnesfjord	91
Meråker	40
Nord-Norges Kurbad	37
Namdal	22
Skogli	17
Bjørnang	15
Tonsåsen	8
Kastvollen	5
Jeløy kurbad	5
Hakadal MSSenter	5
NIMI hjelp24	2
Selli	2
Landaasen	2
Fram Helse rehab	2
Røros	2
Åstveit	2
Godthaab	1
Steffensrud	1
Muritunet	1
Vikersund	1
Salangen	1
Røysumtunet	1
Ravneberghaugen	1
Grande	1
Skibotnsenteret	1
Bakke	1
Totalt	421

Tabell 12 viser antall pasientopphold på privat rehabiliteringsinstitusjon i 2008 for pasienter fra hele Helgeland. Dersom man omregner 421 opphold til kapasitetsbehov, vil det med foreksempel et gjennomsnitt på 8 døgn gi et behov for 11-12 heldøgns plasser.

2.1. g) Prevalens og incidens - behov for rehabiliteringstjenester hos befolkningen ut over de som er registrert

Det er ikke tilstrekkelig å kun basere seg på historiske aktivitetstall for å si noe om Helseforetakets behov i fremtiden. Tall for prevalens og incidens er også av interesse og betydning. I Sintefs rapport fra 2006 henvises det til "Generalplan for spesialiteten fysisk medisin og rehabilitering 2004-2007" som inneholder tall for prevalens og incidens.

Tabell 13:

	Pr. 100. 000 innbyggere	Helgeland 77. 135 innbyggere	Sør-Helgeland 13. 000 innbyggere
Hjerneslag	300	231	39
Amputasjon	38	29	4,9
Multitraume	16	12	2,1
Hjertesykdom og hjerteopererte	400	309	52
Hodeskader	170-200	131- 154	22 - 26
MS	3-5	2,3- 3,9	0,4 – 0, 7
Ryggmargskader	5	3,9	0,7
Hoftebrudd	250	193	32,5

Tabell 13 viser incidens, nye tilfeller pr år, for ulike diagnosegrupper pr 100.000 innbygger, i en befolkning på størrelse med Helgeland og i befolkningen på størrelse med Sør-Helgeland. Tallene er hentet fra "Generalplan for spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering 2004-2007".

Prevalens hjerneslag:

I dag lever 55.000 – 60.000 personer som har gjennomgått hjerneslag og om lag 2/3 av disse har funksjonssvikt som følge av slaget.

Prevalens KOLS:

Forekomsten i befolkningen av KOLS er 5-6 % av alle voksne og forekomsten av astma er 2-3% av alle voksne. Tallene er hentet fra "Generalplan for spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering 2004-2007".

Tabell 14:

Hjerneslag	8 plasser
Amputasjon	3 plasser
Multitraume	1 plass
Kompliserte ort. Rehab	2 plasser
Hodeskader	2 plasser
Progredierende nevrologiske lidelser	6 plasser
Kreft	3 plasser
Diverse	5 plasser
Totalt	30 plasser

Tabell 14 er hentet fra "Generalplan for spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering 2004-2007". Tabellen viser anslått behov antall plasser spesialisert rehabilitering i sykehus pr. 100.000 innbyggere. Omregner man dette til å gjelde en befolkning på størrelse med Helgeland og på størrelse med Sør-Helgeland blir det i 2010 23,1 plasser på hele Helgeland og 4 plasser på Sør-Helgeland. **Det er her ikke tatt høyde for evt. endringer i behov som følge av en forskyvning av ansvar fra helseforetak til kommunal sektor når det gjelder rehabilitering.**

2.1. h) Grensesnitt

For å kartlegge behovet for spesialiserte rehabiliteringstjenester hos Helgelandssykehuset HF i fremtiden, har prosjektgruppen blant annet valgt å se på aktivitetsdata. I dette tallmaterialet kan det ligge tjenester som grenser mot, eller er kommunal rehabilitering, men som ytes til pasienten på spesialistnivå bl.a. pga manglende tilbud på et lavere innsatsnivå.

Det er pr, i dag lite dokumentasjon, ferske rapporter, som omhandler problemstillinger rundt grensesnitt. De fleste rapporter er gjort før lansering av Samhandlingsreformen.

I Forskrift for habilitering og rehabilitering defineres ansvarsområder i henholdsvis spesialist- og kommunehelsetjeneste.

I § 15 står følgende:

Det regionale helseforetaket skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av brukere med behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Det regionale helseforetaket skal videre

- 1. sørge for trening og oppøving av funksjon og ulike individuelle ferdigheter som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning,*
- 2. sørge for intensiv trening som inngår i individuelle habiliterings-/rehabiliteringsplan, eller som et nødvendig, spesialisert tilbud etter behandling,*
- 3. sørge for tilrettelagt opplæring for brukere som trenger det, og tilrettelegge rammebetingelser som kan bidra til økt mestring.*

I kommentar til Forskrift for habilitering og rehabilitering står det at spesialisthelsetjenesten er "negativt avgrenset i forhold til oppgavene som påhviler det kommunale tjenestenivå". Det følger av dette at de oppgavene som i forskriftens § 15 ikke berører spesialist helsetjenesten tilhører det kommunale ansvar.

Følgende står i forskriftens § 7 om kommunenes ansvar for habilitering og rehabilitering:

"Kommunen skal ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen.

Kommunen skal sørge for at alle som bor eller oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for habilitering og rehabilitering, jf. forskriften § 1 og § 2.

Tjenester som inngår i kommunens helsetjenestetilbud skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud.

Re-/habiliteringstilbudet skal gis uavhengig av brukerens boform.

Følgende står i forskriftens § 12:

Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i helseregionen tilbys og ytes nødvendig habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i og utenfor institusjon, jf. forskriften § 1 og § 2.

Pga manglende dokumentasjon om grensesnitt mellom kommune- og spesialisthelsetjenestens ansvar innen rehabiliteringsfeltet ut over definisjoner i forskriften, har prosjektgruppen søkt råd og veiledning hos Sintef Helse. Basert på denne veiledningen har prosjektgruppen sett det nødvendig å selv definere noen forutsetninger som ligger til grunn for kartleggingen av behov, tilsvarende hovedaktivitet 1.

2.1. i) Definerde forutsetninger for kartlegging av behov

I Sintefs rapporten fra 2006 står det under "målsetning for analysen" at Helgelandssykehuset HF bl.a. trenger kunnskap om avgrensning av tjenestetilbudet i forhold til helseforetakets "sørge-for" ansvar, samt kunnskap om hvilken del av rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten som må være i sykehus og hvilken del som kan eller bør være utenfor. Dette for å kunne fatte beslutninger om fremtidig organisering og drift.

Prosjektgruppen oppfatter at samme problemstillinger er ønsket belyst i dette prosjektet og baserer sin definering av forutsetninger som ligger til grunn for kartleggingen av behov på samme metoder og dokumentasjon som i Sintefs rapport fra 2006.

Følgende generelle forutsetninger er satt:

- Anbefalinger i nasjonale retningslinjer for slagbehandling følges
- Anbefalinger i Generalplan for spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering følges
- Anbefalinger i Regional plan for rehabilitering følges.

Følgende forutsetninger er lagt til grunn for kartlagt behov:

- Kartleggingen forutsetter at tjenestene som tilbys på vegne av spesialisthelsetjenesten skal være av en slik intensitet og kompleksitet at de ikke kan ytes på kommunalt nivå eller ved spesialisert rehabilitering i privat institusjon. Dette vil gjelde pasienter med multiple diagnostiske og terapeutiske intervensjoner, pasienter som har en medisinsk tilstand som krever oppfølging på sykehus samt pasienter med et så stort hjelpebehov at adekvat hjelp kan gis 24 timer i døgnet.
- Kartleggingen forutsetter at Helgelandssykehuset HF har fungerende slagenheter ved samtlige tre sykehusenheter og at tjenester knyttet opp mot laboratorie og røntgen utføres mens slagpasienter er i slagenhet (7-14 dager).
- Kartlegging er basert på og forutsetter en videreføring av dagens modell for organisering av rehabilitering i Helgelandssykehuset HF jmf modell 1 i Sintefs rapport fra 2006 og Helse Nords Handlingsplan for habilitering og rehabilitering. Dvs. at heldøgns rehabilitering i regi av Helgelandssykehuset HF legges til Sandnessjøen Sykehus og videre har differensiert drift mellom Sømna og Sandnessjøen. Heldøgns rehabilitering på sykehus har flerområdefunksjon.
- BEON/LEON-prinsippet følges (innsats ytes på beste/lavest effektive omsorgsnivå). Dette forutsetter eksisterende rehabiliteringstilbud i kommunene som muliggjør overføring av pasienten til et lavere/bedre innsatsnivå når dette er adekvat.
- Kartleggingen av behov forutsetter at spesialiserte rehabiliteringstjenester i regi av private institusjoner gjennom finansiering fra Helse Nord bidrar til en samlet styrking av rehabiliteringsfeltet, jmf. krav i oppdragsdokument 2010 fra HOD til RHF Helse Nord. Pkt 5.4: *"Oppfølging av nasjonal Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011) skal bidra til at dette feltet får den posisjon som de overordnede Helse- og velferdspolitiske mål tilsier. Det betyr at habilitering og rehabilitering må bli riktige og bedre prioritert innad i de ulike tjenesteområdene."*
- Kartleggingen forutsetter at evt. økning i plasser til spesialisert rehabilitering i regi av private institusjoner gjennom finansiering fra Helse Nord ikke erstatter behovet for spesialisert rehabilitering på 2.linjenivå. Tjenestene må sees i sammenheng med hverandre og skal bidra til at behandlingsskjeder for pasienten oppleves som en sammenhengende prosess uavhengig av hvilket forvaltningsnivå som har ansvaret.
- Kartlegging forutsetter at private rehabiliteringssentre har en viktig rolle i sen-fase/vedlikeholdsfasen og for utvalgte grupper en viktig rolle i primærrehabilitering.
- Faglige og individuell vurderinger må legges til grunn for henvisning til rett nivå på tjenesten. Komplexitet kan tilsa at det er behov for spesialisert rehabilitering for diagnoser som det normalt vi kunne bli gitt tjenester til på et lavere nivå.

2.1. j) Kartlegging av behov kommunene

Det er oppretten en arbeidsgruppe med representanter fra involverte kommuner. Arbeidsgruppen fra kommunene har bestått av:

- Brønnøy kommune, Hilde Nilsen, rehabiliteringskoordinator
- Sømna kommune. Guro Knygh, pleie og omsorgsleder
- Vega: Elin Støylen, leder Vega Omsorgssenter
- Vevelstad: Wenke Johansen, pleiesjef
- Bindal: Gudrun Fossem, helse og sosialsjef.
- Brukerrepresentant: Svein Jensen. Diabetesforbundet, og norsk førerhundklubb.

Representantene har deltatt i spørreundersøkelse samt på et møte i etterkant av undersøkelsen.

I spørreundersøkelsen gir representantene uttrykk for at de vil ha et kommunalt rehabiliteringstilbud både i hjemmet til den enkelte og i lokal institusjon dvs. sykehjem. Dette organiseres litt forskjellig i de ulike kommunene. jfr. svar fra kommunene.

Tilbudet er sårbart:

- når fagpersoner ikke er tilgjengelig for kortere eller lengre perioder
- når det ikke er ledige sykehjemsplasser
- ved mangel på dagplasser
- ved manglende/uklar søknadspraksis
- ved mangel /uklar koordinerende enhet

Prosjektgruppen konkluderer med at kommunene tar sitt ansvar på alvor, både i henhold til Stortingsmelding nr. 25 og Stortingsmelding nr. 47. I henhold til forskrift er dette ansvaret klart definert.

De fleste kommuner har rehabiliteringsplasser i sykehjem. For at dette skal være reelle rehabiliteringstilbud slik det er definert i forskriften, bør behovet for tverrfaglighet gjenspeiles i personalets kompetanse. Dette kravet kan være vanskelig å oppfylle i alle kommuner. Tilbudet blir sårbart ved fravær, permisjoner og rekrutteringsvansker i nøkkelstillinger. I slike perioder kan kommunene ha et økt behov for plasser ved Helgeland Rehabilitering.

I Forskrift for habilitering og rehabilitering § 16 defineres spesialisthelsetjenestens ansvar om råd, veiledning og samarbeid mot kommunene.

Det regionale helseforetaket skal sørge for

- 1. råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltbrukere,*
- 2. samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltbrukere og utarbeiding av individuelle planer,*
- 3. generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen, og*
- 4. samarbeide med andre etater når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte.*

0 Endret ved forskrift 19 des 2001 nr. 1541 (i kraft 1 jan 2002).

Prosjektgruppen ser at det er gode betingelser for å oppfylle betingelsene i § 16, dersom deler av det kommunale tjenestetilbud samles på samme sted, med en felles driftsplattform og konkrete samarbeidsavtaler mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste. Dette vil også kunne bøte på sårbarhet og være en fordel for å oppnå kvalitativt gode tjenester.

I nasjonale retningslinjer for slagbehandling står følgende: ” Rehabiliteringsavdelingene i kommunene bør organiseres som egne avdelinger med eget tverrfaglig personale, med fokus på oppgaverelatert trening.”

Demografiske framskrivinger viser at framtidens brukere av de kommunale omsorgstjenestene vil bli flere. Samtidig ser vi at den største økningen av tjenestemottakere de siste tiår er personer under 67 år. Framtidens brukere vil både bestå av nye generasjoner eldre og flere yngre tjenestemottakere. Det vil være avgjørende å ha kvalitativt gode rehabiliteringstjenester på rett nivå til rett tid, for å forebygge utstøting fra arbeidslivet.

Gode habiliterings og rehabiliteringstjenester i tilstrekkelig omfang til rett tid, kan være en forutsetning for å redusere den enkeltes hjelpebehov og dermed gi økt livskvalitet for den det gjelder samt redusert ressursbruk i omsorgstjenesten.

For de fleste eldre vil rehabilitering best foregå i kommunene, men det vil være behov for samarbeid med geriatriisk kompetanse i spesialisthelsetjenesten f.eks i form av ambulante team. Rehabiliterings og opptreningsopphold i institusjon kan ha begrenset gevinst hvis det ikke følges opp i kommunen som en del av et helhetlig tjenestetilbud. Det er nødvendig at kommunene planlegger tilstrekkelig med tilbud som er tilrettelagt for habilitering og rehabilitering og at de styrer tjenestene slik at det blir god flyt på systemnivå.

Kommunene har i kartleggingen skissert et behov for et tilbud ved Helgeland Rehabilitering i Sømna. De har behov for plass ved lang intensiv behandling eller "tyngre" tilfeller og når det ikke er plass i kommunene på sykehjem. Ingen av kommunene har skissert størrelse på dette behovet.

Stipulert behov for rehabiliteringsplasser ved HRiS er som følger,

- Brønnøy: 2,5 - 3
- Vega: 1
- Vevelstad: 0,5
- Sømna: 1,5 - 2
- Bindal: 1

Eksempelvis kan nevnes at Bindal kommune pr. i dag kjøper en plass ved Namdal Rehabiliteringssenter, Høylandet.

Prosjektgruppen antyder ut fra ovenstående argumentasjon at behovet for rehabiliteringsplasser for kommunene på Sør-Helgeland totalt er 7-8 plasser.

2.1. k) Kartlegging av behov ved HRiS:

Dagens driftsstørrelse og behandlingstilbud settes som forutsetning for å opprettholde tilbud og kompetanse. Behovet til Helgeland Rehabilitering er å få dekket kostnadene ved opprettholdelse av dagens drift. Helgeland Rehabilitering sitt behov er å få dekket kostnadene til å drifte de tjenestene samarbeidspartene bestiller.

2.1. l) Kartlegging av behov i Helseforetaket:

Arbeidsgruppe:

For å kartlegge behovet for rehabiliteringstjenester i Helgelandssykehuset er det satt sammen en arbeidsgruppe med representanter fra ulike avdelinger i Helgelandssykehuset. Arbeidsgruppen har bestått av følgende personer:

- Einar Einarsen, avdelingsoverlege FMR avd. S.sjøen sykehus.
- Rita Bjørnvik, sykepleier medisinsk avd. og ved LMS senteret S.sjøen sykehus.
- May Britt Wang, slagsykepleier i rehab.avd. sykehuset Mosjøen.

- Marit Mellingen, slagsykepleier medisinsk avd. Rana Sykehus.
- Margareth Børлие, avd. leder kirurgisk avd. Rana Sykehus.
- John Almendingen, brukerrepresentant FFO

Arbeidsgruppen har fått tilsendt 5 spørsmål som omhandler dagens kapasitet, rutiner for vurdering av rehabiliteringspotensiale, rutiner for overføring/utskrivning, beskrivelse av utvelgelsen av hvilke pasienter som skal sendes til rehabilitering hvor, flaskehalsen i dagens system, suksessfaktorer. Se vedlegg 1, spørsmål til arbeidsgruppe foretak. Svarene er systematisert og samlet i et eget dokument, vedlegg 2.

Følgende forhold blir pekt på som problematisk:

- Lang ventetid i perioder på rehabiliterings tjenester forsinket overføringen av pasienter
- Rehabiliterings plasser i kommunene blir brukt til andre formål enn rehabilitering
- Feriestengt rehabiliteringsplasser
- Lite sykehjemsplasser i kommunene
- For få rehabiliteringsinstitusjoner

Følgende forhold blir pekt på som viktig for at vurdering, utvelgelse og overføring skal fungere;

- Godt samarbeid, kommunikasjon med de rehabiliteringsinstitusjonene man har søkt pasienten til.
- Planlegging av utskrivelse i god tid
- Gode rutiner for rapportering ved overføring. Epikriser/rapporter følger pasienten ved overføring. Overføringsmøter, telefonisk kontakt.
- Fast personell.

Besvarelsen til arbeidsgruppen helseforetak er tydelig på at det er et problem med for lite rehabiliteringsplasser både i sykehus, på private institusjoner og i kommunene. Dette forsinket utskrivning.

Endring i de økonomiske rammene Helse Nord har for kjøp av spesialiserte rehabiliteringstjenester i anbudsrunder som pågår er liten. Rammen for forrige avtaleperiode er på 158 millioner mens rammen for ny avtaleperiode er på 175 millioner årlig i en 4 års periode. Tendenser tyder på at økt bevilgning går til å øke kvaliteten på rehabiliteringstjenestene. Dvs at vi må forutsette at det blir liten eller ingen økning i antall rehabiliteringsplasser i regi av private institusjoner i neste avtaleperiode. Dokumentasjon viser at pasienter fra Helgelandssykehuset HF sitt område må reise langt for å få tilbud om rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner, jmf tabell 12. Dersom Sømna kommune inngår avtale om å levere spesialiserte rehabiliterings tjenester i regi av Helse Nord vil det føre til at pasienter fra Helgeland får et tilbud i sin region. Dette vil ikke erstatte eksisterende tilbud om spesialisert rehabilitering i regi av Helgelandssykehuset, men vil kunne være ett supplement. En styrking av rehabiliteringstilbudet i kommunal/interkommunal regi vil kunne gi samme effekt.

Ut i fra arbeidsgruppens besvarelse og ovenstående argumentasjon og fakta antyder prosjektgruppen at tilbudet om heldøgns rehabiliteringstjenester i regi av spesialisthelsetjenesten, Helgelandssykehuset HF må opprettholdes tilsvarende dagens nivå. Av dette følger at Helgelandssykehuset HF vil ha behov for å kjøpe 8-10 heldøgns plasser ved Helgeland Rehabilitering i fremtiden.

Rehabiliteringstilbud bør omfatte følgende diagnosegrupper;

- o Slag
- o Amputasjoner
- o Multitraumer
- o Kompleks ortopedi
- o Hodeskader
- o Nevrologiske lidelser

- Kreft
- Lunge
- Hjerte

2.1. m) Sammenfatning kartlagt behov basert på aktivitetsdata:

- Kapasitet rehabiliteringstjenester ut fra årsmelding HRiS 2009: ca. 3000 liggedøgn.
- Kapasitet rehabiliteringstjenester ut i fra DRG registrering Heleglandssykehuset HF: 5849 liggedøgn, 20 sengeplasser.
- Fremskriving behov for rehabilitering i Helgelandssykehuset 2030 ut i fra DRG registrering i, Sintefs beregninger: 7019 liggedager, 24 sengeplasser.
- Antall pasientopphold i private rehabiliteringsinstitusjoner i og utenfor Helse Nord i 2008: 92 opphold for personer fra Sør-Helgeland, 421 opphold for personer fra hele Helgeland.
- Prevalens hjerneslag 55.000-66.000 i Norge,
- Incidens hjerneslag, 231 nye tilfeller av slag på Helgeland pr år, 39 nye tilfeller av slag på Sør-Helgeland pr. år.
- Behov antall plasser spesialisert rehabilitering i sykehus blir ifølge "Generalplan for spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering 2004-2007";
 - 23,1 plasser for Helgeland
 - 4 plasser for Sør-Helgeland.

2.1. n) Konklusjon kartlagt behov:

Kommunenes behov: 7-8 plasser ved HRiS

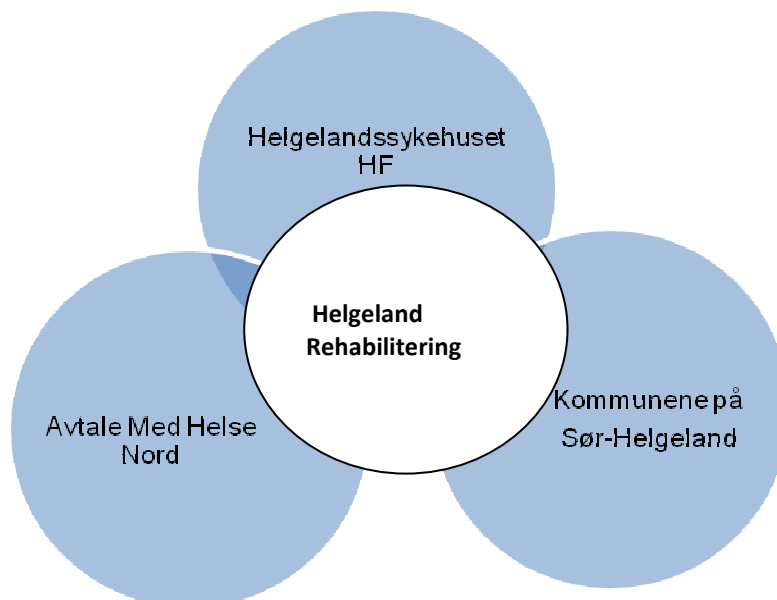
Helseforetakets behov:8-10 plasser ved HRiS

HRiS's behov: Få dekket kostnadene til å drifte de tjenestene samarbeidspartene bestiller.

2.2. Hovedaktivitet 2

2.2. a) Samarbeidsmodell nytt driftskonsept

Figur 1

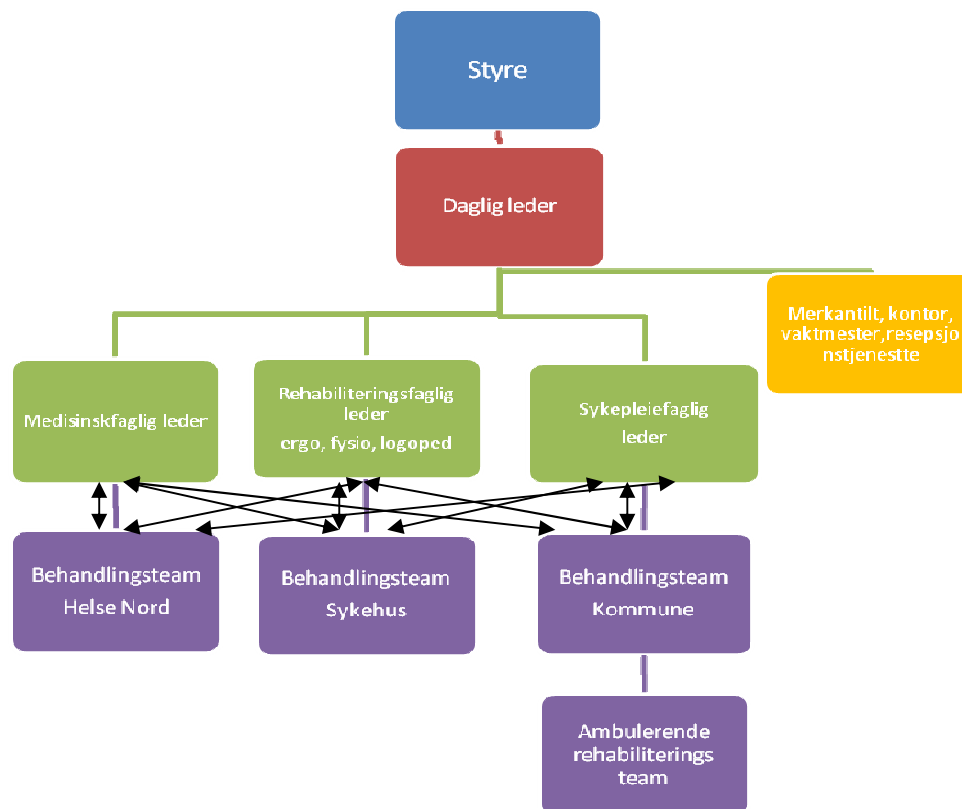


Det nye driftskonseptet ved HRiS er fundamentert på tre bein som representerer tre likeverdige parter. Partene har forpliktelser som er regulert i egne avtaler og forpliktende tjenestekjøp inngår i avtalene. Det forutsettes inngåelse av langsiktige avtaler for sikring av forutsigbarhet, kompetansebygging, utvikling og innovasjon.

Ulike driftsformer kan være aktuelle. Prosjektgruppen har sendt henvendelser til flere mulige interessenter.

Organisatorisk form på det nye driftskonseptet kan skisseres ved et organisasjonskart.

Figur 2



Figur 2 viser intern organisering nytt driftskonsept. Tjenestene som leveres til de ulike forvaltningsnivåene organiseres i behandlingsteam og teamene har ansvar for hvert sitt avtaleområde. Arbeidet i teamene ledes av henholdsvis rehabiliteringsfaglig leder, sykepleierfaglig leder og medisinsk faglig leder. Disse tar del i det kliniske arbeidet. Dette er viktig for å ha oversikt i forhold til overføring av pasienter mellom nivåene internt i institusjonen, samt for dokumentasjon og rapportering til myndigheter og samarbeidspartnere.

Kommunalt ambulerende team gir tilbud om veiledning, råd og bistand. Teamet har sammensetning av flere faggrupper. Tjenester kan benyttes i en overgangsfase i forbindelse med utskrivning av pasienter til hjemmet eller til brukere som primært rehabiliteres i hjemmet. Det forutsettes at tjenestene supplerer, ikke erstatter andre kommunale rehabiliteringstjenester til hjemmeboende. Prosjektgruppen har sendt forespørsel til kommunene og har fått tilbakemelding fra to kommuner. Det skisseres et behov for slike tjenester. Prosjektgruppen anbefaler at ART,

Ambulant rehabiliteringsteam, jobber på oppdrag fra rehabiliteringskoordinator i den enkelte kommune. Teamet har sammensetning av flere faggrupper, optimal team sammensetning er fysio- og ergoterapeut og sykepleier i samarbeid med rehab.koordinator eller person som har en slik funksjon i den enkelte kommune.

Hovedansvarlig til teamet er å få til gode overføringer fra institusjon til hjemmesituasjon og å legge til rette for optimal funksjon hos den enkelte bruker i hverdagen. Eksempel på overføring kan være mellom Helgeland Rehabilitering og kommune eller direkte utskrivning fra sykehus eller lignende til kommune.

Herunder er det et mål å få til en felles forståelse av rehabilitering i de ulike faggrupper, i ulike avdelinger i det kommunale system og på tvers av forvaltningsnivå. Den kommunale rehabiliteringskoordinatoren spiller her en viktig rolle.

Teamet skal primært være et ressursteam ikke et innsatsteam. For kommuner som ikke selv har relevant kompetanse tilgjengelig kan teamet gi utøvende tjenester f.eks i form av et hjemmebesøk med oppfølgingstiltak.

2.2. b) Presisering av ansvars- og funksjonsområder i nytt driftskonsept

Styrets ansvars- og funksjonsområde:

Styrets ansvars- og funksjonsområde avhenger av valgt driftsform

Daglig leders ansvars- og funksjonsområde:

Ansvar for daglig drift av institusjon. Jobbe etter vedtatte retningslinjer, rapportere til styre, økonomi- og personalansvar. Lede og koordinere arbeidet i inntaksteam. Bidra til å promotere og videreutvikle institusjonen.

Rehabiliteringsfaglig, medisinskfaglig og sykepleiefaglig leders ansvar – og funksjonsområde:

Delta i institusjonens ledergruppe.

Delta i inntaksteamet

Fagansvarlig for sitt respektive fagområde

Ansvar for at teamet ivaretar forventet kvalitet på de ulike tjenestene (jmf. BEON- prinsippet)

Koordinere og planlegge de ulike behandlingsteamenes sammensetning. Hvem er hvor når?

Rapportering av pasientstatus inneliggende pasienter til daglig leder og merkantilt personell.

Avviksrapportering

Arbeid med turnus

Innleie av ferie- og sykevikarer ved behov

Daglig klinikkarbeid på lik linje med øvrig bemanning.

Stillingsstørrelse: 50-100% stilling, andel brukt til administrative oppgaver avklares og kontraktfestes.

2.2. c) Prosedyre for organisering av pasientflyt

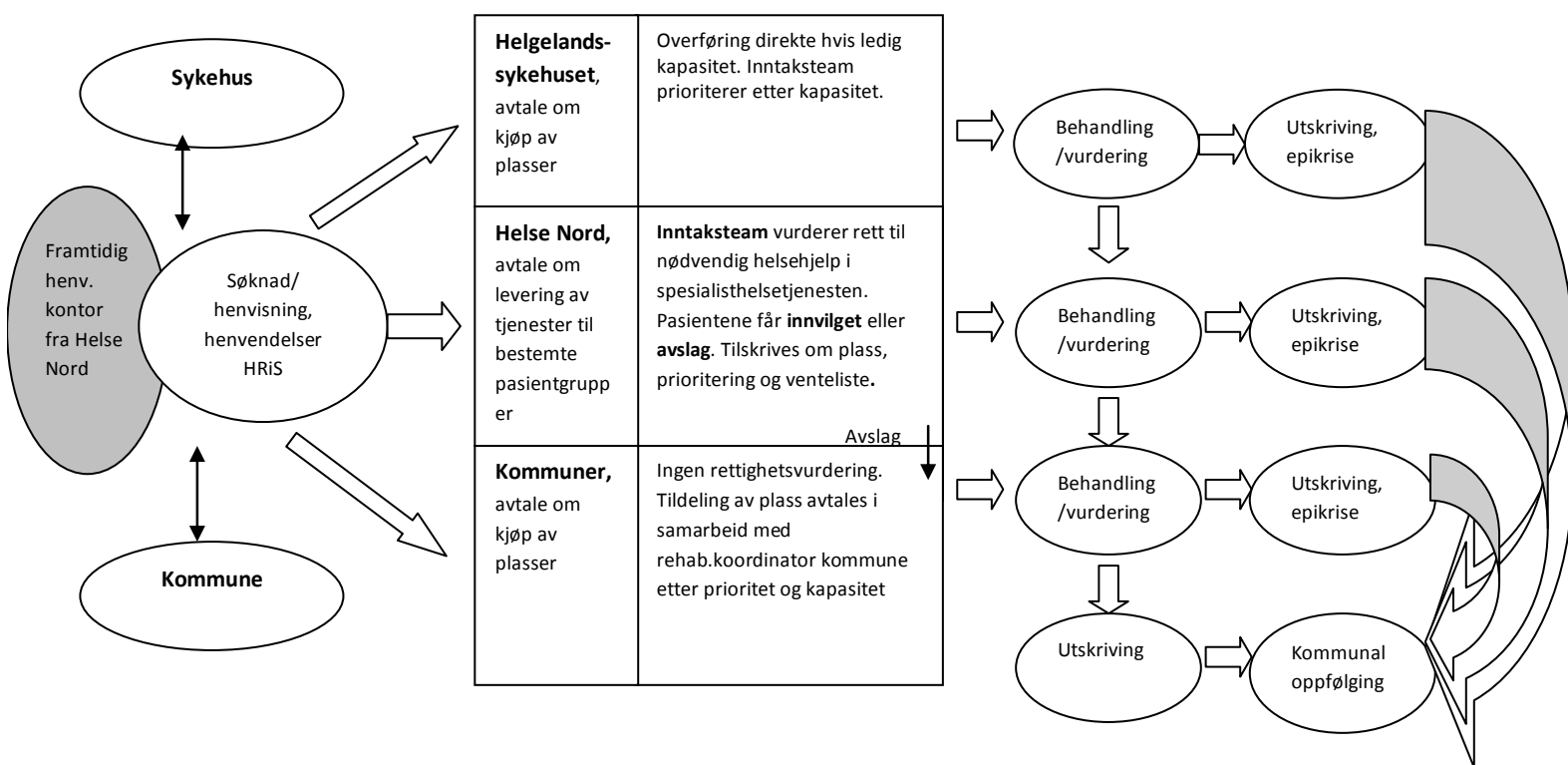
Figur 3 viser pasientflyt i nytt driftskonsept. Pr. i dag er det ikke etablert felles henvisningsmottak, men prosjektgruppen forutsetter at dette vil bli etablert i nær framtid.

Pasienter vil bli henvis fra sykehus og fastlege direkte, samt via felles henvisningskontor i Helse Nord når dette er etablert. Det er utarbeidet søknadsskjema om kommunalt rehabiliteringsopphold ved HRiS.

Søknad til opphold til spesialisert rehabilitering på foretaksnivå og i regi av Helse Nord søkes på via Helse Nord's henvisningsskjema.

Søknadsskjema vil være lett tilgjengelig på HRiS egen hjemmeside.

Figur 3 skisserer pasientflyt i nytt driftskonsept.



Figur 3.

2.2. d) Avgrensninger og inntakskriterier

- Tilbudet skal ligge innenfor eksisterende kjernefagkompetanse tilrettelagt for brukergruppen.
- Pasientens behov må stå i forhold til institusjonens behov
- Institusjonen skal ikke drives som en tung langtidsavdeling (psykiatri, rus, terminalpleie, mv).
- Institusjonen har ikke tilbud til pasienter med stort behov for omfattende og tekniske hjelpemidler.
- Pasienten skal være akuttmedisinsk ferdigbehandlet og være motivert for rehabilitering.
- Det skal være et tverrfaglig behandlingsbehov og pasienten kan ha et hjelpebehov / assistansebehov for inntil 2 personer.

2.3 Hovedaktivitet 3

Prisen pr. plass er avhengig av nivå og innhold i tjenesten som leveres. Prisen beregnes ut i fra kostnader til bemanning pluss en prosentvis fordelingen av øvrige kostnader til drift. Dvs at variabler for pris er bemanningsfaktor og antall plasser.

Med bakgrunn i dette har prosjektgruppen konkludert med en døgnpris på kr. 2500,- for kommunale rehabiliteringsplasser. Tilbudet vil være tverrfaglig spesialisert behandling og betraktes noe dyrere enn en kommunal sykehjemsplass. Kostnader ved en sykehjemsplass i kommunene vises i tabellen 15 og er basert på KOSTRA tall.

Pris pr. plass for spesialisert rehabilitering i regi av helseforetaket er fastsatt til kr. 3300,- pr. døgn.

Prisene er gitt med forbehold om kjøp av tjenester i det omfang prosjektgruppen har tatt utgangspunkt i jmf pkt 2.1.

Tabell 15

Kommune	Kostnader 2009(brutto driftsutgifter pr. kommunal plass)
Brønnøy	851.824 (kr.2331 pr døgn)
Sømna	717.971 (kr.1964 pr døgn)
Vega	700.594 (kr.1917 pr døgn)
Vevelstad	758.062 (kr.2076 pr døgn)
Bindal	808.057 (kr.2213 pr døgn)

3.0. Kilder og vedlegg

- Vedlegg 1 Kartlagt behov i kommunene på Sør-Helgeland, besvarelse fra arbeidsgruppen
Vedlegg 2 Kartlagt behov i foretaket, besvarelse fra arbeidsgruppen

Kilder

Følgende dokumentasjon er i tillegg lagt til grunn;

- URTs sluttrapport datert 07.04.06
- DSI's rapport "Genoptræning under forandring", februar 2009
- Prosjektplan "Forløpsbaserte samarbeidsavtaler", 03.03.09, Sykehuset i Vestfold, SSR, 12-Kommune samarbeidet i Vestfold
- Handlingsplan for habilitering og rehabilitering 2004-2010, Helse-Nord rapport 2004
- Forskrift for habilitering og rehabilitering, 28.06.01
- Fagdirektør i Helse Nord Lars Vorlands fredagsbrev mai 2010
- Privat i offentlig sektor, Helsedirektoratet jan 2009
- Generalplan i fysikalsk medisin og rehabilitering, 2004-2007
- Nasjonale retningslinjer for slagbehandling, 2010
- Stortingsmelding nr. 25.(2005-2006) Mestring, muligheter og mening
- Stortingsmelding nr. 47. (2008-2009) Samhandlingsreformen