

SAK NR 025 – 2016

**SAMLOKALISERING FYSIKALSK MEDISIN OG REHABILITERING -
STATUSRAPPORT**

Forslag til

VEDTAK:

1. Styret tar redegjørelsen om bruk av behandlingstilbudet innenfor rehabilitering i Sykehuset Innlandet til orientering.
2. Styret tar administrerende direktør sin redegjørelse vedrørende forslaget om samlokalisering av fysikalsk medisin og rehabilitering samt innkomne høringsuttalelser i saken til foreløpig orientering.
3. Styret ber om at forslaget om samlokalisering av fysikalsk behandling og rehabilitering blir lagt frem til realitetsbehandling i styremøte 26.mai

Brumunddal, 21. april 2016

Morten Lang-Ree
administrerende direktør

1. Innledning

Rehabiliteringstilbudet i Sykehuset Innlandet består av behandlingstilbud som drives i regi av Sykehuset Innlandet samt kjøp av behandlingstilbud fra private rehabiliteringsinstitusjoner. I egen regi driver Sykehuset Innlandet Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering lokalisert på Gjøvik og på Ottestad. I tillegg driver Sykehuset Innlandet Granheim lungesykehus. All rehabiliteringsvirksomhet i foretaket er organisatorisk lagt til divisjon Habilitering og rehabilitering.

Foreliggende sak omfatter rehabiliteringstilbudet ved Gjøvik og ved Ottestad, hvor det i forbindelse med en omstillingsprosess i 2015 («Omstilling somatikk») ble fremmet forslag om en fysisk samlokalisering av behandlingstilbudet ved disse stedene. Det er redegjort for samlokaliseringsforslaget i styresakens kap. 2

Styret har også bedt om en redegjørelse for bruk av rehabiliteringstilbudet generelt i sykehuset Innlandet, jfr. styresak 094/2015. Administrerende direktør har valgt å svare ut dette oppdraget i foreliggende sak, i det dette informasjonsgrunnlaget har relevans for forslaget om samlokalisering av Gjøvik og Ottestad. Denne redegjørelsen fremgår av styresakens kap. 3.

Det å trekke inn to oppdrag fra styret knyttet til rehabiliteringsvirksomheten i Innlandet i en og samme sak, gjør saksforelegget nokså omfattende. På den annen side bør dette gi styret et godt og solid beslutningsgrunnlag i en viktig sak.

Administrerende direktør sin vurdering fremgår av kap. 4.

2. Forslag om samlokalisering av Gjøvik og Ottestad

Omstilling somatikk

Sykehuset Innlandet gjennomførte i 2014-2015 et utredningsarbeid kalt «Omstilling somatikk». I mandatet fra styret ble administrerende direktør gitt i oppdrag å komme med forslag til kvalitetsmessige tiltak for omstilling av det somatiske tjenestetilbudet i foretaket. Arbeidet bygget på nasjonale faglige retningslinjer, faglige føringer fra HSØ og erfaringer fra tilsvarende prosesser i andre helseforetak.

Omstillingsarbeidet fokuserte på ti viktige områder. Ett av disse var «Samorganisering og samlokalisering av habilitering/rehabilitering». I utredningsarbeidet ble det foreslått å samlokalisere Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering som har lokalisasjoner på Gjøvik og på Ottestad. I styresak 095-2015 godkjente styret utkast til høringsdokument med høringsperiode frem til 01.04.16. Høringsutkastet følger styresaken som trykt vedlegg. Det har kommet inn til sammen 43 høringsvar. Høringsvarene følger også saken som trykte vedlegg.

Føringer og utviklingstrekk for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Krav og oppgaver for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten beskrives blant annet i en statlig Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (senest oppdatert 29.09.15).

I henhold til denne veilederen bør alle helseforetak ha spesialiserte enheter med tilstrekkelig tilbud for døgnrehabilitering, bør kunne ivareta komplekse behov og kjennetegnes av høy intensitet. Det er nødvendig med høyspesialisert kompetanse og tiltak gjennom store deler av døgnet. Spesialisthelsetjenesten bør tilby utredning og nødvendig oppfølging i akutte faser av sykdoms-/ulykkesforløp og ved betydelig endring i funksjonsnivå til pasienter med kroniske sykdommer. En spissing, ytterligere spesialisering og høyere intensitet med stadig bredere tverrfaglighet, krever hyppigere oppfølging av et bredt tverrfaglig team.

Tidlig igangsetting av rehabilitering er vesentlig og overføring fra akuttbehandling til rehabilitering bør foregå sømløst og uten opphold. Dette fordrer gode pasientforløp med dialog og kompetanseoverføring i overgangene mellom de enhetene som er involvert. Det innebærer at rehabiliteringsavdelingene skal starte opp tidligere i skadeforløpet og kunne ivareta pasienter med større hjelpebehov.

Deler av ansvaret for rehabilitering skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene (Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019) som del av det videre arbeidet med kommunereformen (St.meld. 26) Kommunene vil få større oppgaver. Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor kommuner, noe som i denne sammenheng blir særlig viktig. Samarbeid og dialog i overføringsfasen gir pasientene et tryggere og mer sømløst rehabiliteringstilbud. Spesialisthelsetjenesten bør ha ressurser til økt poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste for veiledning og samarbeid om pasientene.

Utviklingen i spesialisert rehabilitering medfører prioritering i to retninger; mer spesialisert tilbud for pasienter med de mest komplekse og problemstillingene i døgnopphold og veiledning til kommunene gjennom dialog i polikliniske konsultasjoner og ambulant tjeneste.

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering har 45 senger, 15 på Gjøvik og 30 på Ottestad. Aktiviteten er svært ulikt fordelt på de to destinasjonene. Av 1100 utskrevne pasienter i 2015 kom 855 fra Ottestad og 255 fra Gjøvik. Poliklinisk aktivitet skjer i hovedsak på Ottestad som sto for 7144 konsultasjoner i 2015 inkludert ordningen med «Raskere tilbake», mens Gjøvik hadde 110.

Den ulike tyngden av aktivitet synliggjøres gjennom at antall ansatte på Ottestad er ca 100 årsverk mens Gjøvik har ca 30 årsverk. Budsjettmessig er avdelingens samlede årsbudsjett på ca 109 mill kroner fordelt med ca 81 millioner kroner til Ottestad og ca 28 millioner kroner til Gjøvik.

Bygningsmassen både på Gjøvik og Ottestad er gammel og lite hensiktsmessig med store oppgraderingsbehov. En forskjell er at Ottestad har terapibasseng noe som ikke finnes på Gjøvik. Tilbudet omfatter bred tverrfaglighet og inkluderer mange faggrupper. Avdelingen har sårbare fagmiljøer på flere fagområder, eksempelvis leger, logopedier, nevropsykologer og sosionomer. Fordi det kun er en eller et fåtall fagpersoner i enkelte faggrupper, kan uforutsett fravær medføre at enkeltpasienter ikke får deg faglige tilbudet som han har behov for.

I 2012 ble avdelingene på Gjøvik og Ottestad organisert i en enhet/avdeling blant annet for å sikre legetjenesten på Gjøvik som i lang tid har vært sårbar.

Samorganiseringen medførte også funksjonsfordeling mellom Gjøvik og Ottestad. Blant annet, ivaretas pasienter med kroniske nevrologiske som MS og Parkinson på Gjøvik mens pasienter med amputasjoner blir ivaretatt på Ottestad. Funksjonsfordeling ble gjennomført for å sikre likeverdige og kvalitativt gode tilbud til pasientgruppene. Avdelingen har også tidvis rekrutteringsutfordringer til de minste faggruppene. Erfaringen er at fagpersoner ønsker å arbeide i større fagmiljøer som gir utviklingsmuligheter og fordeling av ansvar.

I Sykehuset Innlandets utviklingsplan (2014) har et samlet fagmiljø for rehabilitering anbefalt samling av tjenestene til mer robuste fagmiljøer for å styrke kvaliteten og

rekrutteringsmulighetene. Utgangspunktet for forslaget var basert på styrets strategiske retning mot et hovedsykehus ved Mjøsbrua.

Forslag til samlokalisering

Forslaget om samlokalisering forutsetter økt bemanningsfaktor pr seng/pasient. Dette vil imøtekomme føringene om mer spesialisert tilbud som kan ivareta pasientene med de mest komplekse problemstillingene. En samling vil bidra til mindre sårbarhet, bedre rekruttering og bedre grunnlag for utvikling av spisskompetanse. Samling av små fagmiljøer i begge lokalisasjoner vil sikre at pasientene får tilbud om den fagkompetansen de har behov for og spesielt sikre legetjenesten for hele avdelingen.

Et forslag om samlokalisering av fysikalsk medisin og rehabilitering sine enheter på Gjøvik og Ottestad vil gjøre fagmiljøene sterkere og mer robuste, samt øke kapasiteten til å ivareta pasienter med større bistandsbehov når bemanningen pr pasient økes. Avdelingen vil i større grad sikre direkte overføring av pasienter fra akuttavdelingene slik at de unngår oppstyking i tilbudet fra spesialisthelsetjenesten. Avdelingen vil også i større grad kunne gi tilbud til pasienter med større skader og funksjonsnedsettelse, slik at pasienter kan hentes hjem fra Sunnaas tidligere i forløpet eller få hele sitt rehabiliteringsopphold i Innlandets egne avdelinger.

Samling av fagmiljøene og bemanningsfortetting vil medføre færre døgnplasser dersom endringen skal skje innenfor gjeldende rammebetingelser. Et sentralt tema vil da være hvorvidt en reduksjon vil medføre at antall plasser ikke er tilstrekkelig. Hva som er «riktig» kapasitet er vanskelig å definere. Større deler av oppgavene skal fremover foregå i kommunene, samtidig skal ytterligere spesialisert rehabilitering fortsatt ivaretas i spesialisthelsetjenesten. Sammenlikning med andre helseforetak vil være en måte å finne ut om Sykehuset Innlandet ligger på et akseptabelt nivå i HSØ og i landet for øvrig. Samdata om rehabiliteringsområdet har utgitt siste rapport i mai 2015 og viser tall fra 2013.

Tabell 1:

SI HF	Samdata tall for 2013	Innlandet sykehus-område	HSØ	Norge totalt	Kommentar til tabellen fra Samdata
Sykehuset Innlandet	Antall rehab.pasienter pr 1000 innbyggere døgn og dag	9,9	5,8	5,8	Innlandets befolkning mottar rehab.tilbud i større grad enn landet for øvrig
	Antall liggedager pr 1000 innbyggere	14,5	14,5	15,8	Oppholdene er ikke lengre i Innlandet
	Antall poliklinikk-konsultasjoner pr pasient	3,1	6,7	7,3	Flere konsultasjoner pr pasient i HSØ og Norge enn i Innlandet
	Ventetid døgnbehandling	66	72	62	Ventetid på døgnbehandling er kortere i Innlandet enn i HSØ

SAMDATA-rapport IS-2334 viser oversikt over helseforetakenes og de private rehabiliteringsinstitusjonenes kapasitet i 2013. Tallene viser at Sykehuset Innlandet behandler et betydelig høyere antall rehabiliteringspasienter (målt pr 1000 innbyggere) sammenliknet med snittet i helseforetakene i Helse Sør-Øst (HSØ) og i landet for øvrig. Antall liggedager (pr 1000 pasienter) er imidlertid nokså likt. Sykehuset Innlandet behandler også et høyere antall pasienter poliklinisk, men gjennomfører færre konsultasjoner pr pasient. SAMDATA tallene tilsier at til tross for en reduksjon av døgnplasser slik det foreslås, vil Sykehuset Innlandet fortsatt ha et tilbud som ikke er mindre enn andre helseforetak.

Hensiktemessige lokaler med nødvendige fasiliteter for pasientrom, utredning og trening er nødvendig for å styrke rehabiliteringstilbudet. Sykehuset Innlandet har i perioden vurdert ulike tilgjengelige alternativer for lokalisering. Hittil har lokalene til avdelingens enhet på Ottestad vært vurdert som det mest aktuelle med en nødvendig oppgradering. Dersom andre aktuelle lokaler blir tilgjengelig, bør det vurderes hva som er mest hensiktsmessig for bruk, drift og investeringsbehov.

Eiendommen Solås Rehabiliteringssenter, gnr 67, bnr 157 i Gjøvik kommune består av et hovedbygg med byggeår 1931, tilbygg fra 1971 og 1980 samt et garasjebygg med byggeår 1994. Tomtearealet utgjør ca. 5.700 m². Bokført verdi per 01.01.16 er ca. 14 mill. kroner.

Virksomheten ved Solås ble fra 1985 drevet i regi av Oppland fylkeskommune. Driftsansvaret ble formelt overført til fylkeskommunen i 1999, og i 2000 ble eiendommen overført vederlagsfritt fra Vardal og Fredheim Sanitetsforeninger til Oppland fylkeskommune. Gaven ble blant annet gitt på vilkår om at fylkeskommunen fortsatt benyttet eiendommen til helseformål.

Driften av Solås Rehabiliteringssenter ble overtatt av Oppland Sentralsykehus HF i 2002 og senere av Sykehuset Innlandet HF i 2003.

En avvikling av rehabiliteringsvirksomheten ved Solås fristiller eiendommen til annen virksomhet og eventuelt for salg. Sykehuset Innlandet vil i første omgang vurdere annen virksomhet i lokalene i egen regi, men vil også vurdere om eiendommen kan selges til andre under de forutsetninger som er gitt om å benytte eiendommen til helseformål.

Forslag til modell ved samlokalisering

Dersom Ottestad benyttet til en samlokalisert avdeling, vil nye pasienttilbudet for fysikalsk medisin og rehabilitering er forslagsvis tenkt organisert slik:

Seksjoner	Døgnplasser	Antall pol. kl. konsultasjoner	Lengde primær-opphold	Lengde opphold kontroll/utredning	Annet
Bevegelse	8		3-7 uker	1 uke	Vurdering og kontroll skjer også poliklinisk
Hjerneskode	19		3-8 uker*	1 uke	
Poliklinikk/amb.konsult	0	Ca. 8000			

Døgnplassene for hjerneskode prioriteres høyt og de fleste opprettholdes med forsterket bemanning. En del plasser innen bevegelse reduseres. Den største reduksjonen av døgnplasser vil foreslås innenfor pasientgrupper som kommunene i større grad skal ivareta, blant annet muskel- og skjelettsmerter. Ambulant tjeneste prioriteres og polikliniske konsultasjoner vurderes i større grad å skje desentralt og nærmere der pasientene bor.

Følgende pasientgrupper vil bli prioritert:

- Pasienter med nyoppstått skade som er i arbeid og har rehabiliteringspotensiale
- Sammensatte problemer innen: motorikk, kognitive funksjoner, språk, svelgfunksjon, ernæring, blære- tar, syn, smerteproblemer som er relatert til hjerneskaden
- Pasienter som har behov for intensiv trening på flere forskjellige områder: Fysisk trening, ADL-trening, språktrening, kognitiv trening og synstrening

Aktuelle diagnosegrupper kan være

- Hjerneslag og ervervet hjerneskade
- Nevrologiske lidelser som Multippel Sklerose, Parkinson, ALS, Guillain Barre, ulike muskeldystrofier, polio med spesielle behov
- Høyere benamputasjonsnivåer (hofte, lår)
- Dobbeltamputerte og amputasjoner med sammensatt problematikk
- Armamputerte og dysmeli
- Poliklinisk utredning for blant annet sammensatt smerteproblematikk, muskel- og skjelettlidelser, kroniske utmattelsessyndrom.

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) ble vedtatt av Stortinget i mars 2016. Planen omtaler habiliterings- og rehabiliteringstjenester under kapittel 5 Hovedmål i planperioden, punkt 5.1 Styrke pasienten:

God rehabilitering er ofte avgjørende for å kunne mestre eget liv. Habilitering og rehabilitering skal gis til alle som trenger det, uavhengig av alder og diagnose. Rehabilitering får sjelden et godt resultat dersom rehabiliteringstilbudet ikke inngår i et godt planlagt pasientforløp. Brukerne må involveres bedre i utformingen av egen rehabilitering.

Både kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for habiliterings- og rehabiliteringstjenester til barn, unge og voksne med nedsatt funksjonsevne. Private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner står for en vesentlig del av rehabiliteringstilbudet, og både kommunene og de regionale helseforetakene kan kjøpe tjenester fra private. Regjeringen vil utrede hvordan deler av ansvaret for rehabilitering kan overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene som del av det videre arbeidet med kommunereformen. I mellomtiden skal ikke tilbudet trappes ned.

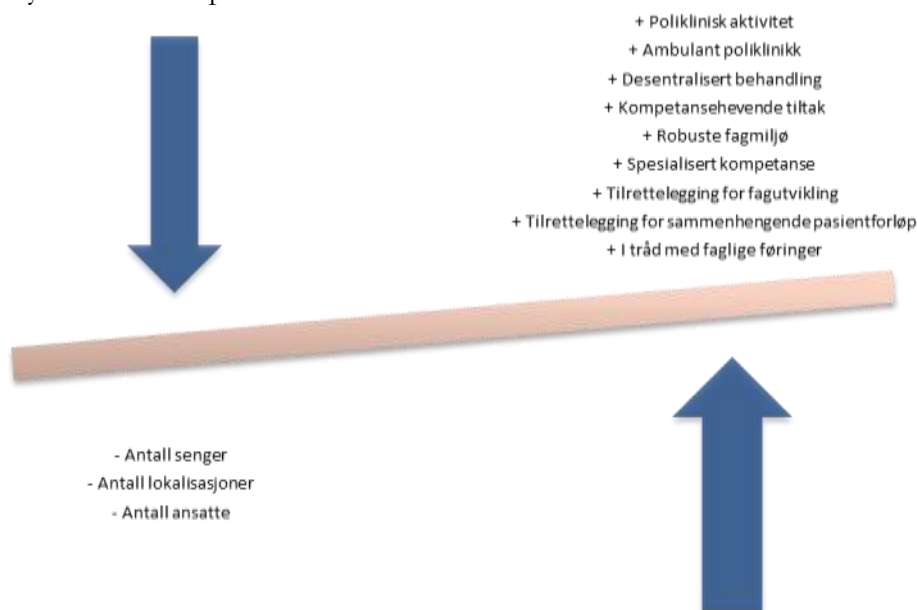
Regjeringen tar sikte på å legge fram en egen opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering.

Formuleringene tyder på at regjeringen vektlegger rehabilitering og anser det som et viktig område hvor tilbudet bør styrkes. Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering har stadig blitt utsatt, og SI har ikke fått signaler om når den vil foreligge.

Administrerende direktør understreker at formuleringen i helse- og sykehusplanen om at tilbudet i mellomtiden ikke skal trappes ned, ikke skal være til hinder for videreutvikling og spissing av foretakets tilbud om spesialisert rehabilitering.

Forslaget om å samlokalisere tilbudet på Ottestad og Gjøvik er initiert for å styrke og utvikle tjenestene slik at det kan møte pasientenes behov i dagens og morgendagens Innlandet. Alle elementene som inngår i endringene som er foreslått og tidligere beskrevet, vil inngå i en vurdering av hvorvidt samlokaliseringen anses som en utvikling eller en nedtrapping. Mange vil påpeke at å redusere antall døgnplasser tilsier at samlokaliseringen utgjør en nedtrapping av tilbudet. Imidlertid vil poliklinikk og ambulant virksomhet økes, kvalitet og kompetanse sikres, og fagmiljøer styrkes. Det tilrettelegges for mer sømløse pasientforløp fra akutt til rehabilitering. Endringene vil være i tråd med sentrale føringer. I et forsøk på å vekte endringene opp mot intensjonen i sykehusplanen om at tjenestene totalt sett bør styrkes, anses endringene å gi

Innlandet et styrket tilbud til pasientene.



Oppsummering av høringsinnspill

Det ble i høringsprosessen spesielt bedt om innspill og kommentarer knyttet til følgende temaer:

- Hvordan bør Sykehuset Innlandet prioritere for å kunne gi et godt tilbud som er tilpasset pasientgruppens behov og spesialisthelsetjenestens ansvar i dag og i årene fremover?
- Hvordan ønsker kommunene veiledning og kompetanseoverføring i forbindelse med overføring av ansvaret for rehabiliteringspasienter til kommunene? Hvordan er rehabiliteringstilbudet bygget opp i kommunene, som følge av samhandlingsreformen, og hva gjenstår?
- Hvordan kan Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering møte utviklingstrekk og fremtidige utfordringer som er beskrevet i høringsbrevets vedlegg?
- Hvordan ser kommuner og brukerorganisasjoner for seg at tilbudet til de svakt fungerende pasientene skal organiseres i framtiden?
- Hvilke utfordringer ser våre samarbeidspartnere med forslaget om endringer i organiseringen av tilbudet innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering?

Bare et fåtall høringsinstanser har gitt konkret hørings svar på disse spørsmålene, mange uttaler seg generelt om spørsmålet om en eventuell samlokalisering mellom Gjøvik og Ottestad.

Høringsinstansene var vertskommunene Gjøvik og Stange kommune, Oppland og Hedmark fylkeskommune, Fylkesmannen i Oppland og Hedmark, KS Hedmark og Oppland, Brukerutvalget og brukerorganisasjoner i Innlandet, fagforeninger i SI og berørte divisjoner. Det har kommet 45 høringsinnspill.

Høringsutkastet ble også kunngjort i lokalaviser, slik at alle som ønsket å uttale seg i saken har fått anledning til det.

I tillegg til høringsuttalelse fra vertskommunene Gjøvik og Stange kommune, har det kommet uttalelse fra Lillehammer kommune, Sør Fron kommune, Lesja kommune, Etnedal, Sør Aurdal, Vang kommune, Søndre Land kommune, Gran kommune. Videre har det kommet høringsuttalelse fra regionrådet for Gjøvikregionen og fra Oppland fylkeskommune.

NTNU (tidligere høyskolen på Gjøvik) har også gitt innspill. Det har kommet innspill fra Brukerutvalget, samt fra øvrige brukerorganisasjoner, fagforeninger, samt fra fagmiljøet innenfor området.

«La Solås leve» har avholdt støttekonsert 11. april og leverte 8000 underskrifter til adm. direktør Morten Lang-Ree, på vegne av styret, for å bevare Solås.

I hovedtrekk mener Gjøvik kommune at:

- Forslaget om å legge ned Solås ved samlokalisering av tjenestene på Ottestad, ikke er akseptabelt.
- Forslaget fremmes med bakgrunn i føringer fra styrevedtak i Helse Sør-Øst, et vedtak Gjøvik kommune ikke eksplisitt medfører samlokalisering.
- Gjøvik kommune mener at svarene på de spørsmålene som SI stiller, klart viser at ut i fra et pasientperspektiv er det viktig å opprettholde tilbud både på Solås og Ottestad.

Stange kommune mener at:

- SI bør prioritere de dårligst fungerende pasientene blir nådd, inkludert de med sjeldne diagnoser. Det vil være belastende med lag reisevei for flere pasientgrupper, kanskje bør tilbudet kombineres med muligheter for å kunne overnatte på pasienthotell og telemedisin bør tas i bruk.
- Ønskelig med tverrfaglig veiledning fra ambulant rehabiliteringsteam.
- Terskelen for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten vil øke og kommunen minner om at det står i Nasjonal helse- og sykehusplan at tilbudet ikke skal trappes ned i det tidsrommet man venter på Opptrappingsplan for habilitering.

Ordførerne i kommunene i Gjøvikregionen skriver at de er kjent med at bare vertskommunene er høringsinstans, men at de mener at kommunene i regionen er berørt av forslaget og regionrådet har besluttet å utarbeide høringsuttalelse.

Regionrådet for Gjøvik regionen mener at:

- Det ikke er klare føringer fra Helse Sør-Øst på at tjenestene innenfor rehabilitering bør samlokalisering og en samlokalisering medfører økt belastning med pasientreiser.
- Det er høy faglig kompetanse på Solås, avdelingen har bygget opp et kvalitetsmessig godt tilbud og flytting til Solås vil svekke tilbudet.
- Nedleggelse av Solås vil svekke tilbudet til pasientene i Gjøvik og Hadelandsregionen.
- Multiconsult sin rapport viser at bygningsmassen på Ottestad er noe dårligere enn på Solås. Rapporten viser at det er stort behov for oppgradering av bygningsmassen på Ottestad.
- Andelen pasientreiser vil øke og det kan være uheldig for pasientene og forlenge rehabiliteringsperioden med konsekvens økte kostnader.
- Solås ble overdratt fra Norske kvinners sanitetsforening (NKS) til Oppland fylkeskommune med heftelse om at bygningsmassen skal benyttes til helseformål og da kan det likeså godt være billigere å tilrettelegge for en samling på Solås
- Forslag om samlokalisering bør trekkes.

Oppland fylkeskommune støtter ikke forslaget om å sentralisere tilbudet for fysikalsk medisin og rehabilitering til kun én avdeling slik dette er skissert i høringsdokumentet fra Sykehuset Innlandet.

- Fylkesutvalget vil særlig framheve overordnede premisser for utviklings- og strukturendringsprosessene i Sykehuset Innlandet om å utnytte mulighetsrommet gjennom føringene "desentralisering av det som kan, sentralisering av det som må".
- Sykehuset bør i større grad enn foreliggende plandokument legger opp til vektlegge tilgjengelighet og nærhet både i et bruker- og pårørendeperspektiv og i forhold til samhandling med kommunehelsetjenesten.
- Fylkesutvalget viser videre til de føringer om opptrapping av habiliterings- og rehabiliteringsfunksjonene som ligger i forslaget til Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) og i særdeleshet forutsetningene om at tilbudet ikke må trappes ned i mellomperioden fram til en nærmere avklaring om kommunehelsetjenestens utvidede rolle og ansvar for deler av tjenestetilbudet.
- Fylkesutvalget viser for øvrig til høringsuttalelse fra Oppland fylkes eldreråd og Rådet for likestilling av funksjonshemmede. Det vises også til uttalelse fra NTNU Gjøvik som understreker betydningen av nærhet mellom NTNU som undervisnings- og forskningsinstitusjon og fagmiljøet ved Solås.

Brukerutvalget peker på at en reduksjon av antall døgnplasser fra 45 til 27 vil medføre en reduksjon i rehabiliteringstilbudet til pasienter i Oppland og Hedmark. Dette samtidig som en forventer økt framtidig behov for rehabilitering på grunn av økt andel eldre, samt at nye behandlingsmetoder gjør at flere overlever etter akutt skade og sykdom. Dette er Brukerutvalget skeptisk til. Eldrebølgen og den medisinske utviklingen fører til at flere pasienter lever med sin funksjonshemming eller overlever akutt skade eller sykdom. Dette påvirker behovet for effektiv rehabilitering, slik at det vil bli et økt behov for plasser innenfor rehabilitering i framtiden.

Brukerutvalget er bekymret for at dagens to avdelinger har relativt små og sårbare fagmiljøer og at det har vært rekrutteringsutfordringer innenfor flere fagområder. Tilbudet innenfor rehabilitering bør styrkes og det er enighet i at samlokalisering av tjenester og personell vil være det beste for pasientene, men slik lokalitetene er i dag vil Brukerutvalget ikke støtte forslaget før en har fått på plass egnede lokaler som kan ivareta dagens og framtidens behov for sengeplasser.

Høringsforslaget har videre vært behandlet i rådene for likestilling for funksjonshemmede i Oppland og Hedmark fylkeskommune, samt i eldrerådet i Oppland fylkeskommune.

Rådet for likestilling for funksjonshemmede og eldrerådet i Oppland fylkeskommune går i mot forslaget, mens rådet for likestilling for funksjonshemmede går ikke inn i vurderingen Solås/Ottestad, men de er opptatt av kvalitet i tilbudet og ønsker seg en opptrappingsplan for rehabiliteringsfeltet som gjelder både kommuner og spesialisthelsetjenester.

Det har også kommet høringsuttalelser fra flere brukerorganisasjoner som Norges handikapforbund Gjøvik, Oppland fylkeslag av Norges Fibromyalgiforbund, LHL Oppland samt fra Vardal bygdekvinneforbund som alle går i mot forslaget om samlokalisering.

Det har kommet innspill fra både interne og eksterne fagforeninger.

Norsk sykepleierforbund peker på at det står omtalt i nasjonal helse og sykehusplan at rehabiliteringsplasser ikke skal trappes ned i påvente av ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Videre er forbundet opptatt av faren for tap av kompetanse ved en samlokalisering.

Fagforbundet mener at det i dag er bruk for alle 45 sengeplasser innenfor rehabilitering og at tilbudet ved Solås bør bestå. Samlokalisering vil bety lengre reisevei for pasientene, og tilbudet innenfor rehabilitering i kommunene er ikke godt nok utbygd.

Det har kommet støtteerklæringer mot nedleggelse av Solås fra Fagforbundet i Vestre Toten, LO GLTV, Fellesforbundet, Gjøvik Jern og Metall og Fellesforbundet, Hunton arbeiderforening og Fagforbundet i Vestre Toten.

Det har også kommet uttalelser fra fagmiljøer i helseforetaket. Fagråd rehabilitering i avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering slutter seg til prioritering av de grupper som er nevnt i høringsdokumentet, det bør skapes bedre mulighet for mer ambulant tjeneste, poliklinikk og bedre bemanning. Økt reiseavstand er en ulempe for pasientene og dette kan kompenseres ved bruk av sykehotell plasser og ambulante tjenester.

Legegruppa ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering har drøftet forslaget i felles legemøte og overlegemøte. Det er enighet om at sengebasert rehabilitering i helseforetakets regi bør gi tilbud til de mest komplekse og krevende pasientene kort tid etter nyoppstått funksjonshemming/opphold i akuttavdeling. Det vil være behov for en streng prioritering av sengeplassbruk. Samling av fagmiljøet i en lokalisasjon vil sikre et robust fagmiljø. Det må bli strengere prioritering av pasienter som ikke kan gis tilbud i 1.linjetjenesten eller ved private rehabiliteringsinstitusjoner.

Fagmiljøet på Solås går i mot forslaget om samlokalisering og mener at det framlagte forslaget vil svekke rehabiliteringstilbudet. Det argumenteres at pasienter med moderat rehabiliteringsbehov ikke lengre vil få døgnbehandling, at det gode tilbudet som er etablert på Solås for pasienter med hjerneslag, MS og Parkinson vil bortfalle, det gode samarbeidet med kommunene i Gjøvikområdet vil lide ved at det blir lange reiseavstander ved samlokalisering og det stilles spørsmål om dette er i strid med føringene i Nasjonal helse og sykehusplan.

Ledergruppa divisjon Gjøvik mener at en omlegging fra 40 til 27 plasser kan få betydning for tilbudet til slagpasienter. Slagpasienter blir fort slitne og trenger mye hvile for å nyttiggjøre seg trening, og har således bruk for et døgnbasert tilbud. Man er usikker på om polikliniske tilbud vil kunne erstatte døgntilbud for disse pasientene og andre komplekse pasientgrupper og videre er en usikker på om private opptreningscenter og kommunene vil ha ressurser og kompetanse til å ta over disse oppgavene. Dagtilbud/poliklinikk bør etableres desentralisert og da kan lokalene på Gjøvik (Solås) være egnet for Gjøvik og Toten-området.

Ledelsen i divisjon Elverum-Hamar mener at den framlagte utredningen gir et meget godt bilde av dagens situasjon og morgendagens utfordringer for fagområdet. Utredningen viser hvordan man ved en samlokalisering av de to enhetene kan øke kvaliteten, gi bedre mulighet til å ta pasienter direkte fra våre somatiske sykehus og i tillegg gi mulighet til å behandle pasienter som i dag må sendes til Sunnaas sykehus. Divisjonen støtter den framlagte utredningen.

NTNU i Gjøvik (tidligere Høgskolen ni Gjøvik) anbefaler på det sterkeste at «Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering» beholdes og videreføres på Gjøvik.

3. Bruk av rehabiliteringstilbud generelt i Sykehuset Innlandet

I styremøte 16. desember 2015 fikk administrerende direktør i oppdrag å foreta utredning av områdene sengekapasitet i Sykehuset Innlandet, rehabiliteringstilbudet/rehabiliteringsplasser, samt, ortopeditilbudet i foretaket. Utdrag av styrets vedtak i sak nr. 094/2015 hitsettes:

1. Styret slutter seg til mandatene og forslag til tilpasninger for utvikling i antall senger, optimal bruk av tjenestetilbudet innen rehabilitering og mulige tilpasninger av ortopeditilbudet. Styret peker på at målet med utredningene skal være å utarbeide tiltak som skal føre til bedre kvalitet og en mer kostnadseffektiv drift innenfor rehabilitering og ortopedi, samt avklare hva som anses som en ønsket utvikling framover med tanke på helseforetakets samlede sengekapasitet.

2. Styret ber om at utredningene ferdigstilles og presenteres med foreløpig forslag til tiltak på styremøtet / styreseminaret 17. og 18. mars 2016.

Basert på styrets vedtak ble mandatet for utredningsarbeidet i rehabilitering som følger:

1. Innhentetdata for befolkningens bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner og Revmatismesykehuset:
 - a. Pr institusjon
 - b. Pr pasientgruppe
2. Innhente diagnoser for pasientgrupper som henvises til private institusjoner.
3. Utarbeide oversikt over hvilke divisjoner og avdelinger som henviser til private rehabiliteringsinstitusjoner og Revmatismesykehuset.
4. Utarbeide oversikt over hvilke private rehabiliteringsinstitusjoner som divisjoner og avdelinger henviser til.
5. Avklare og tilpasse riktig kapasitet innenfor rehabilitering for Sykehuset Innlandets befolkning basert på analyse av punktene 1-4 ovenfor, SAMDATA, avregningsmodellen for privat rehabilitering i Helse Sør-Øst og behovsvurderingen i HSØ.
6. Vurdere etablering av en sentral koordinerende instans for henvisningsvurderinger fra foretaket til private rehabiliteringsinstitusjoner.
7. Vurdere mulighet for å etablere en sentral koordinerende instans i Sykehuset Innlandet for å rettighetsvurdere henvisninger fra primærhelsetjenesten til private institusjoner.
8. Avklare føringer for fagområdet rehabilitering i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)

Arbeidet skal føre til følgende:

1. Effektiv bruk av foretakets kapasitet innenfor rehabilitering, ref. pågående prosesser i fysikalsk medisin og rehabilitering, samt lungerehabilitering.
2. Avstemme kapasitet innenfor rehabilitering til definert behov.
3. Hensiktsmessig fordeling av ressurser mellom døgn, dag og poliklinikk i tråd med pasientenes behov.
4. Sikre god informasjon til klinikken (somatiske divisjoner) om hvordan den regionale finansieringsordningen for private rehabiliteringstilbud fungerer.
5. Sikre god informasjon om Sykehuset Innlandets rehabiliteringstilbud til eksterne helseforetak og andre som henviser pasienter til regionale tilbud som Sunnaas Sykehus.

Situasjonsbeskrivelse private rehabiliteringsinstitusjoner

Innlandet (Hedmark og Oppland) har et stort antall private rehabiliteringsinstitusjoner innenfor sitt geografiske område sammenliknet med andre sykehusområder i HSØ. Institusjonene som er lokalisert i Innlandet har avtale med HSØ om ca. 300 døgnplasser og 77 dagplasser.

Det er innhentet tall fra SAMDATA-rapporter og Nasjonalt Pasientregister for å se på bruk av private rehabiliteringstjenester i Innlandet sammenliknet med øvrige sykehusområder.

Tabell 2:

Private	Samdata tall for 2013	Innlandet sykehus-område	HSØ	Norge totalt	Kommentar til tabellen fra Samdata
Private rehabiliterings-institusjoner	Antall opphold i private institusjoner pr 1000 innbyggere - Døgn	8,1	5,2	5,2	Innlandets befolkning har høyere forbruk av private rehab.tilbud enn HSØ og Norge, både for døgn og dag/pol
	- Dag og pol	16,9	6,5	4,8	(Gjennomsnittlig ventetid på landsbasis er 96 dager, ikke oppgitt på foretaksnivå)

Kommentarer til tabell 2:

Pasientene i Innlandet har benyttet et stort antall døgnopphold i private institusjoner (målt pr 1000 innbyggere) sammenliknet med øvrige sykehusområder i HSØ og øvrige regionale helseforetak (RHF). Bruk av dag- og polikliniske konsultasjoner ligger også høyt. Gjennomsnittlig ventetid er betydelig lengere for private institusjoner enn for rehabiliteringstilbud i SI (jfr tabell 1).

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten innebærer utredning, kartlegging, igangsetting og gjennomføring av intensive rehabiliteringsopplegg som krever spesialisert tilrettelegging. (Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator 2015 og IS-1947 Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet 2012). Oppfølging og lengre rehabiliteringstilbud skal ivaretas i kommunene.

Analyser og utredninger

Det foreligger ikke tall for 3.tertial 2015, dette gir noe usikkerhet i materiale med blant annet spørsmål om «sesongsvingninger» kan påvirke bildet av utviklingstrender. Det har ikke vært mulig å fremskaffe tall for hvilke divisjoner og avdelinger som henviser til hvilke institusjoner. Dette er forsøkt delvis kompensert ved å trekke inn opphold i institusjonene fra de enkelte kommuner. Dette vil, kombinert med divisjonenes geografiske nedslagsfelt, gi noe svar på henvisninger fra divisjonene.

Oversikt over private institusjoner

Helse Sør-Øst presenterte 28. august 2015 forbruksrater for foretakenes bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner. Regional koordinerende enhet (RKE) i Helse Sør-Øst deltok på møtet.

Oversikten viser at fastleger og spesialister i SI har henvist pasienter til 30 ulike private rehabiliteringsinstitusjoner i Helse Sør-Øst. De åtte mest brukte private institusjonene er:

- Beitostølen Helsesportsenter (Øystre Slidre)
- Landaasen Rehabiliteringssenter AS (Søndre Land)
- LHL-klinikkene Feiring (Akershus)
- Oppfølgingsenheten Frisk AS (har flere lokasjoner)
- PTØ Norge (Stange)
- Ringen rehabiliteringssenter AS (Ringsaker)
- Skogli Helse- og rehabiliteringssenter AS (Lillehammer)
- Steffensrud Rehabiliteringssenter AS (Vestre Toten)

Pasientdata rehabilitering

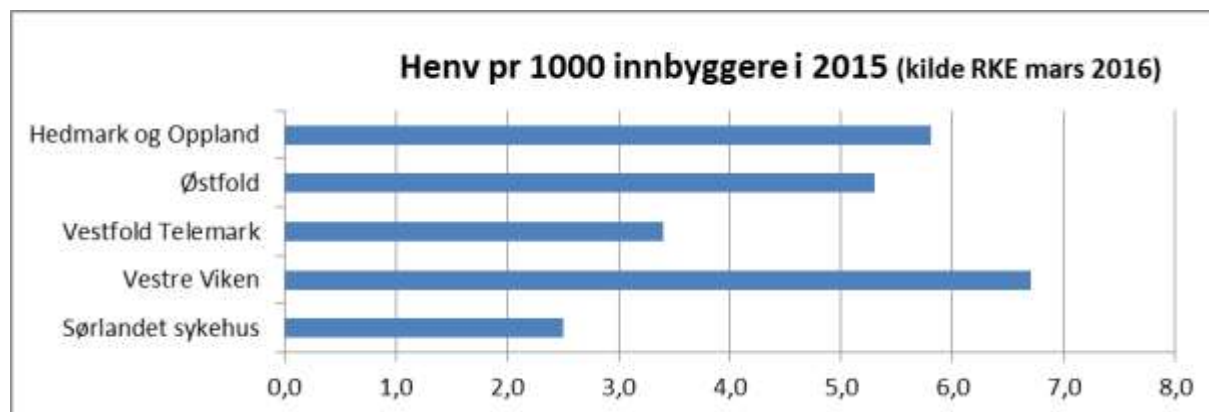
Forbruksrate 2014 for Helse Sør-Øst

Tabell 3

Institusjon	Gj snitt HSØ	Tele- mark Vestfold	AHUS	Østfold	OUS	Vestre Viken	Sør- landet	Inn- landet
Beitostølen Helsesport- senter	0,17	0,21	0,16	0,15	0,11	0,19	0,07	0,29
Landaasen Rehab-senter	0,36	0,16	0,48	0,29	0,15	0,16	0,06	1,3
LHL Feiring	2,01	1,45	2,76	4,05	0,42	1,54	0,48	4,75
Oppfølgings- enheten Frisk	1,42	0	0,38	0	0	0	0	10,9
PTØ Norge	0,62	0,33	1,59	0,34	0,22	0,72	0,23	0,99
Ringen Rehab	0,33	0,05	0,39	0,07	0,16	0,04	0,02	1,64
Skogli Helse og rehab	0,43	0,16	0,45	0,41	0,19	0,18	0,09	1,7
Steffensrud Rehab	0,5	0,03	0,25	0,07	0,32	0,06	0,04	2,77

Tabell 3 viser gjennomsnittlig forbruksrate per 1 000 innbyggere for sykehusområdene i Helse Sør-Øst og for det enkelte sykehusområde på de institusjonene som er mest brukt av befolkningen i Innlandet (Kilde: Helse Sør-Øst, august 2015). En fullstendig oversikt over forbruksrate per 1 000 innbyggere i HSØ viser at befolkningen i Innlandet har et høyere forbruk av private rehabiliteringsinstitusjoner enn gjennomsnittet og andre helseforetak i Helse Sør-Øst. I tabell 3 er de 8 mest benyttede institusjonene for Innlandets befolkning vist med forbruksrater for Innlandet.

Tabell 4:



Tabell 4 viser at Innlandet har en høyere andel henvisninger til private rehabiliteringsinstitusjoner enn andre helseforetak i HSØ. I tillegg har Sykehuset Innlandet mange døgnplasser sammenliknet med andre HF i HSØ.

Vestre Viken har høyest antall henvisninger og har ingen døgnplasser i helseforetaket. Østfold har heller ingen døgnplasser i helseforetaket, men har avtale med Sunnaas sykehus for ivaretagelse av sykehusområdeansvaret innenfor rehabilitering.

Forbruksrate for 2014 for Innlandet

Tabell 5

Institusjon	Gjennomsnitt i Helse Sør-Øst	Innlandet	Henvist fra kommune	Henvist fra SI	Andre*)
Beitostølen Helsesportsenter	0,17	0,29	61,4	38,6	
Landaasen Rehabiliteringssenter	0,36	1,3	50,5	49,2	0,3
LHL Feiring	2,01	4,75	9,7	74	10,9
Oppfølgingsenheten Frisk	1,42	10,9	75,7	2,4	21,9
PTØ Norge	0,62	0,99	16,5	58,2	25,3
Ringens Rehabiliteringssenter	0,33	1,64	19,4	59,2	21,2
Skogli Helse og rehabilitering	0,43	1,7	66,5	31,8	1,8
Steffensrud Rehabiliteringssenter	0,5	2,77	26,3	62,1	11,6

*) Andre kan være: Andre HF i HSØ eller i andre RHF

Tabell 5 viser forbruksrate per 1000 for sykehusområdet Innlandet og henvisningsinstans til private rehabiliteringsinstitusjoner. Henvisninger til private institusjoner kommer fra fastleger i kommunene, fra helseforetak i HSØ eller andre regioner. Henvisninger fra kommunene blir rettighetsvurdert av Regional Koordinerende enhet på Sunnaas før de sendes til institusjonene. Henvisninger fra helseforetak går direkte til institusjonene. Det er stor variasjon mellom de ulike pasientgrupper hvorvidt de henvises fra fastleger eller fra helseforetakene. Variasjonen mellom institusjonene er derfor i stor grad basert på hvilke pasientgrupper den enkelte institusjon har avtale for.

Opphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner

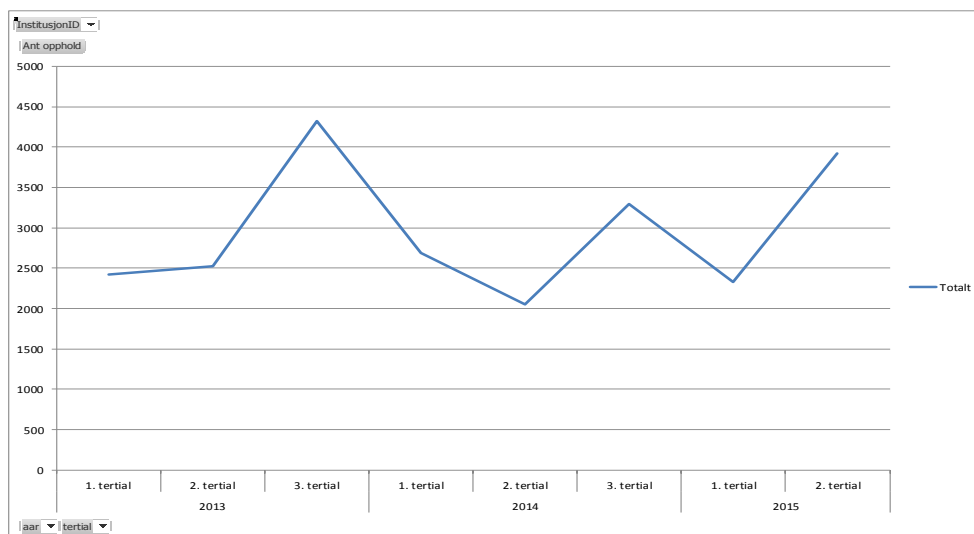
Punkt 1 i mandatet er formulert slik:

Innbente data for befolkningens bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner og Revmatismesykehuset:

- a Pr institusjon*
- b Pr pasientgruppe*

Antall opphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner for pasienter fra Hedmark og Oppland

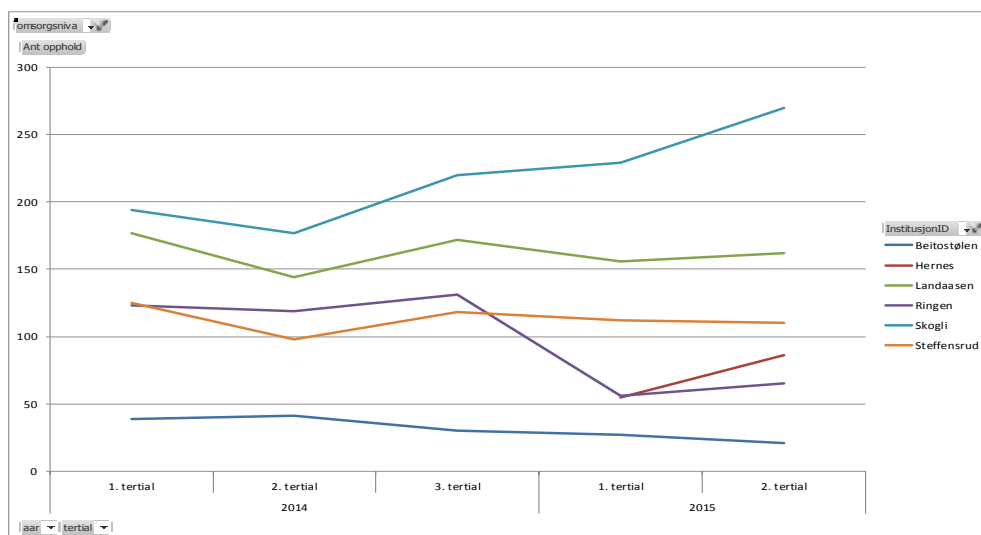
Tabell 6



Tabell 6 viser antall opphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner for pasienter fra Hedmark og Oppland i perioden 1.tertial 2013 - 2. tertial 2015. Opphold ved LHL-klinikkene Feiring er ikke inkludert i tabellene. Både døgn-, dag- og poliklinikkopphold inngår. Grafen viser stor variasjon, men totalt sett en økning i perioden. Fra 2015 ble det inngått nye avtaler mellom Helse Sør-Øst og private rehabiliteringsinstitusjoner. Endringer fra tidligere avtaler kan være årsak til store endringer for institusjoner i Innlandet i overgangen 2014 til 2015. Nye delytelser (pasientgrupper) og overgangsutfordringer knyttet til for eksempel rekruttering kan gi usikkerhet i tallene. Uten tall for 3. tertial 2015 kan heller ikke «sesongvariasjoner» utelukkes. Tall for 3.tertial 2015 leveres fra Norsk pasientregister (NPR) til arbeidsgruppen i Sykehuset Innlandet ultimo april.

Private rehabiliteringsinstitusjoner – antall oppholdsdøgn

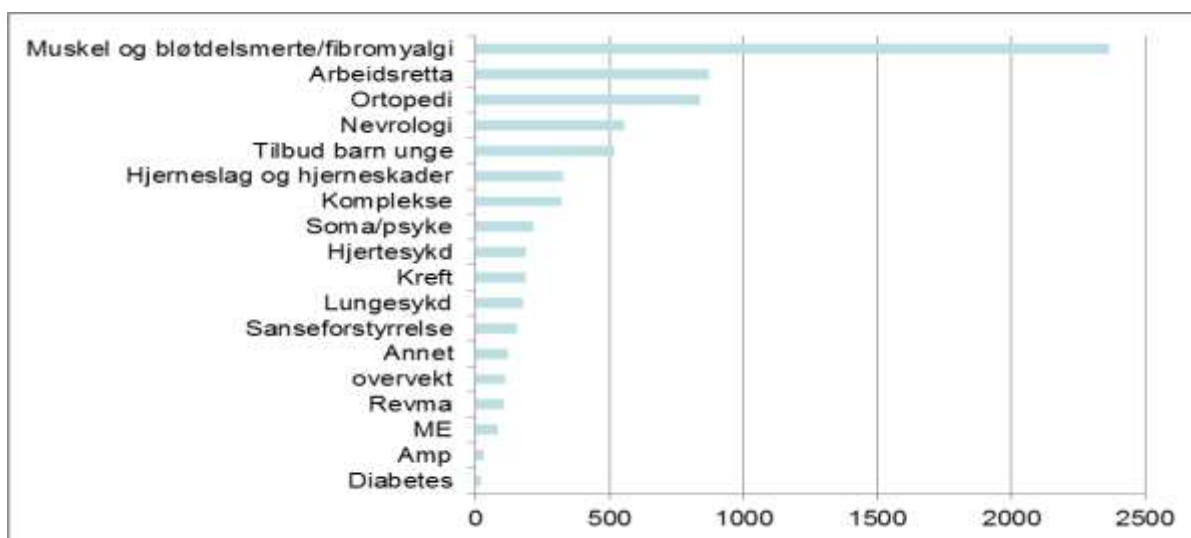
Tabell 7



Tabell 7 viser antall døgnopphold ved de mest brukte private institusjonene for pasienter fra Hedmark og Oppland i perioden 1.tertial 2013 - 2. tertial 2015. Det er Skogli og Hernes som har størst økning. Hernes har ikke tall fra 2014, og nivået fra tidligere er derfor ikke kjent. Skogli er den største institusjonen og har avtale for åtte ulike pasientgrupper. I tillegg har Skogli sterk økning i 2015. Ringen har hatt en nedgang i overgangen til 2015, men øker noe utover i 2015.

Antall bosatt i Hedmark og Oppland fordelt på målgrupper fra 2013-2015 (Kilde: RKE mars 2015)

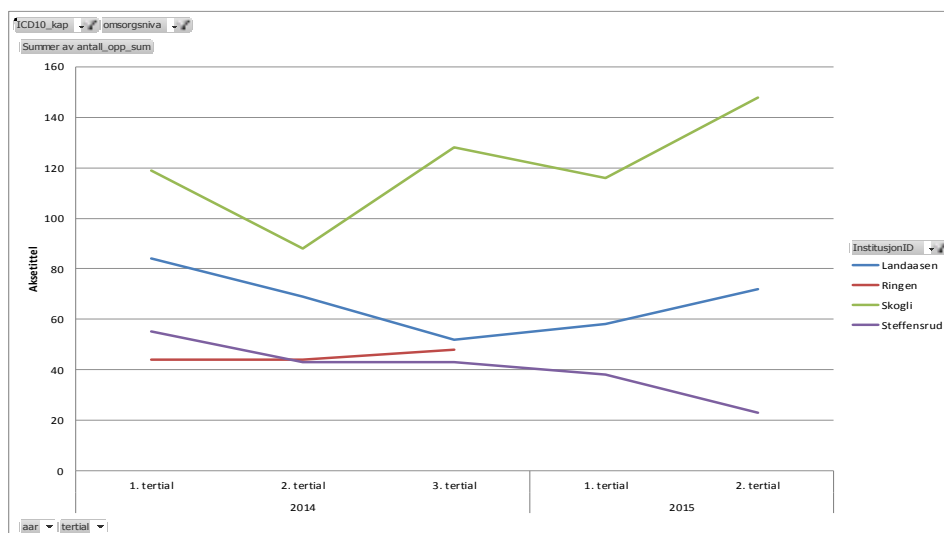
Tabell 8



Tabell 8 viser at pasientgruppen «Muskel- og bløtdelsmerte og fibromyalgi» utgjør ca. 30 % av alle opphold i institusjonene i perioden. I følge HSØ øker antall henvisninger sterkt for denne pasientgruppen i 2016.

Antall døgnopphold med sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev (kapittel XIII) fordelt på private rehabiliteringsinstitusjoner

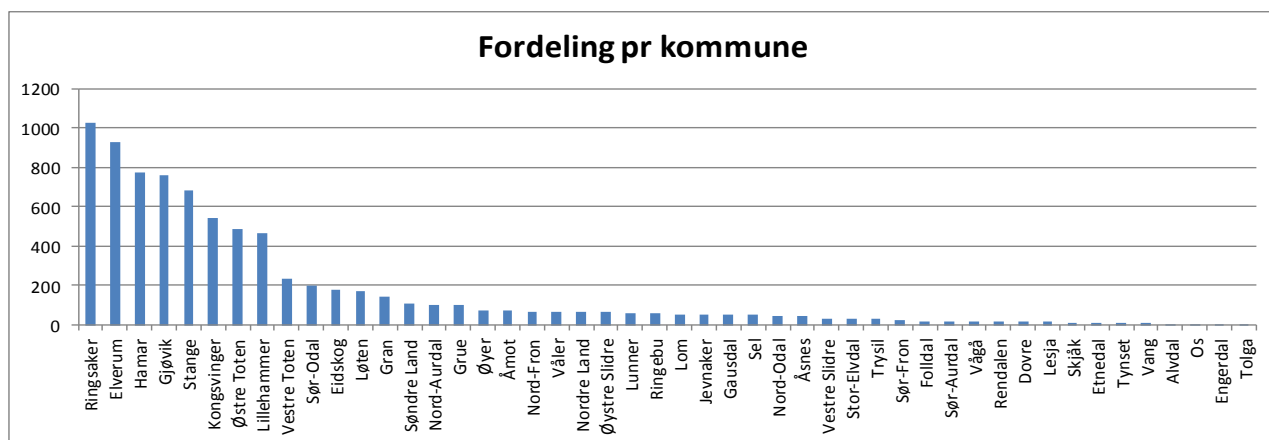
Tabell 9



Tabell 9 viser antall døgnopphold for pasienter med sykdommer i muskel-skjelettsystem og bindevev fordelt på de mest brukte private institusjonene. Dette er en pasientgruppe som i stor grad henvises fra kommunene. Det er også en av pasientgruppene som, i henhold til sentrale føringer, i større grad skal ivaretas i kommunene fremover. HSØ har derfor redusert sitt totale tilbud til pasientgruppen i avtalene fra 2015 sammenliknet med tidligere avtaler, men erkjenner at HSØ fortsatt finansierer kommunal rehabilitering for denne pasientgruppen. Det er Skogli og Landaasen som er mest brukt i perioden. Spesielt har Skogli stor økning etter oppstart med nye avtaler fra 2015. Ringen har ikke avtale med HSØ for denne pasientgruppen fra 2015.

Antall døgnopphold i 2014 – fordelt pr kommune

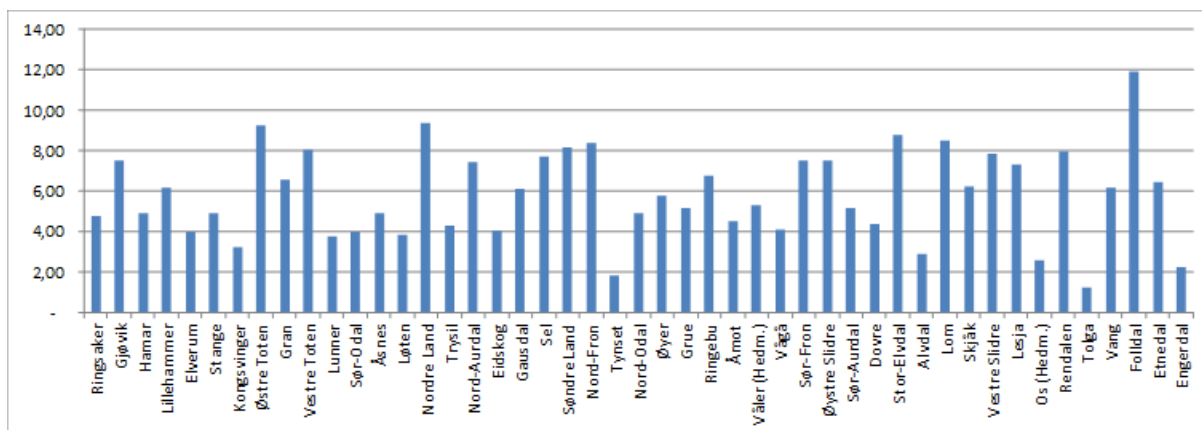
Tabell 10



Tabell 10 viser at det naturlig nok er de største kommunene som har flest pasienter ved private rehabiliteringsinstitusjoner.

Antall døgnopphold pr 1000 innbygger (Data for 2014)

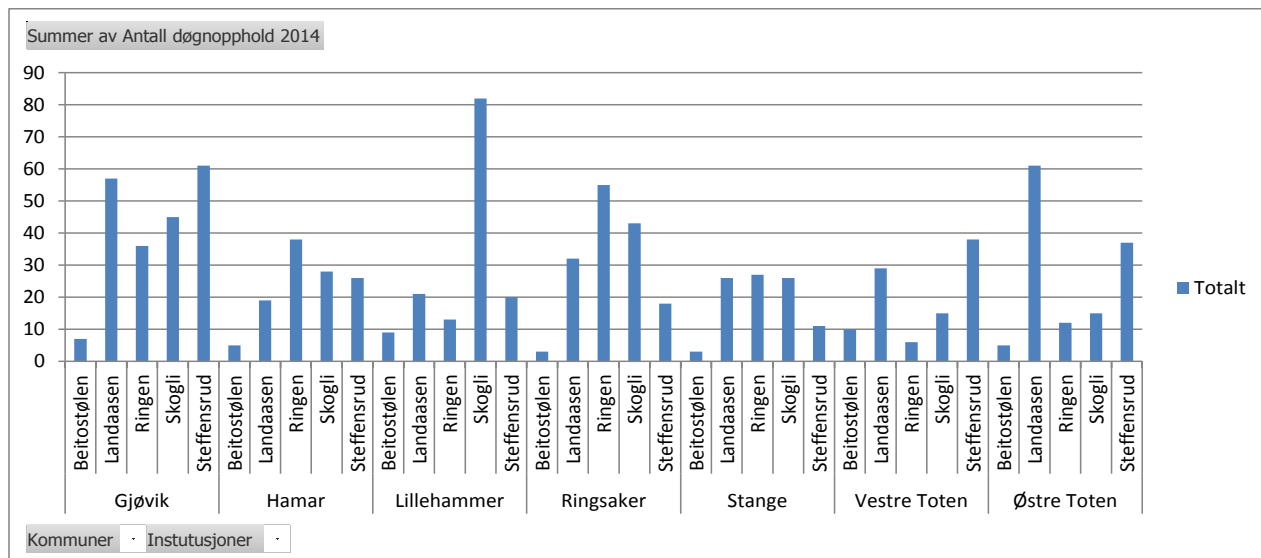
Tabell 11



Tabell 11 viser antall døgnopphold pr 1000 innbygger i hver kommune. Folldal er den kommunen som har størst andel døgnopphold (11,9) sett i forhold til antall innbyggere. I diagrammet er kommunene oppstilt etter innbyggertall med største kommune til venstre. Diagrammet viser da at det ikke er noen klar sammenheng mellom innbyggertall og andel døgnopphold. Det tilføyes at mange av kommunene har få innbyggere, slik at det statistiske grunnlaget kan være for lite til en sikker vurdering av dette.

Fordeling pr institusjon og kommune (Data for 2014, døgnopphold)

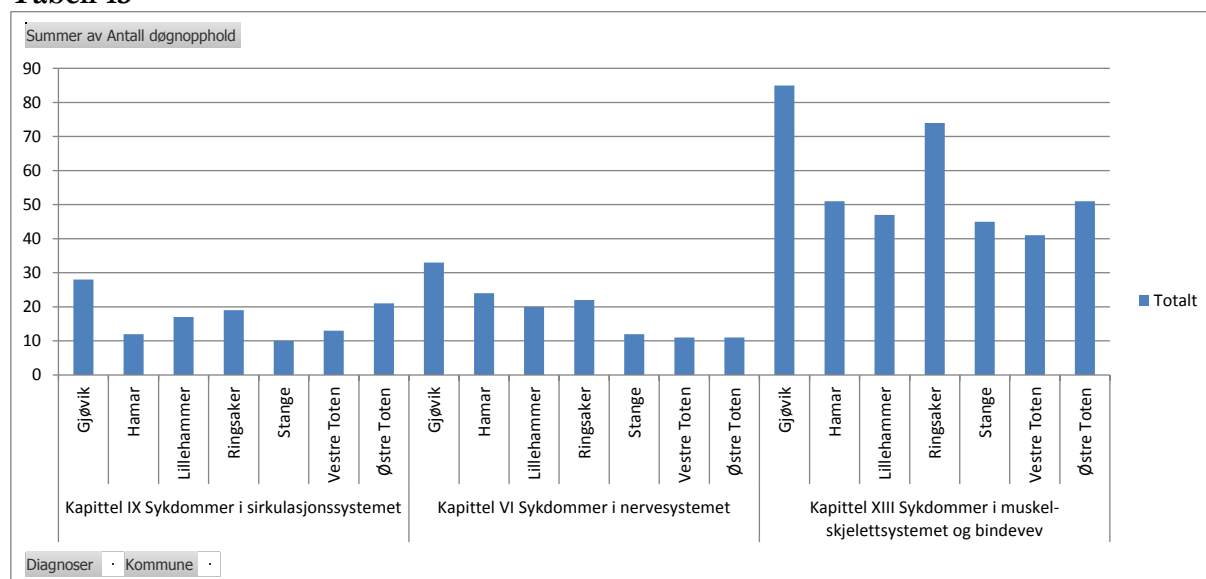
Tabell 12



Tabell 12 viser de største kommunenes bruk av døgnopphold i private institusjoner. Diagrammet viser hvilke institusjoner pasientene blir behandlet ved, sett i sammenheng med hjemkommune. Kommunenes forbruk er størst ved de nærmeste institusjonene, uten at det er store forskjeller. Pasienter fra Lillehammer kommune blir i overveiende grad behandlet på Skogli. Pasienter fra Ringsaker kommune blir i stor grad behandlet på Ringen. Beitostølen har et mer spesielt tilbud, særlig rettet mot barn og unge, og benyttes mer likt enn de øvrige. Sammenstillingen viser en klar sammenheng mellom avstand fra hjemsted og bruk av privat institusjon.

Antall døgnopphold 2014 – fordelt pr diagnose og kommune

Tabell 13



Tabell 13 viser hvordan forbruket innenfor de tre største pasientgruppene fordeler seg på de største kommunene. Sykdommer i muskel- og skjelettsystemet er den klart største pasientgruppen som får tilbud i private institusjoner, jmfør også tabell 8. Gjøvik kommune har høyere forbruk innenfor alle tre pasientgrupper enn de øvrige store kommunene i Innlandet.

Nye avtaler fra 2015 og manglende tall for 3 tertial 2015 gir usikkerhet i å anslå trender.

Innlandet har høyere forbruk enn gjennomsnittet av andre helseforetak i HSØ. Kostnadene til bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner dekkes i sin helhet av helseforetaket gjennom trekk i basisramme og avregning etter bruk.

Sosioøkonomiske forhold er ivarettatt i inntektsmodellen til HSØ og avspeiler seg i avregningene fra HSØ. Det er ikke grunn til å tro at merforbruket i Innlandet, som avspeiler seg i avregning fra HSØ, skyldes økt sykkelighet i Innlandet

HSØ har inngått avtaler med private om enklere rehabilitering som er definert som kommunalt ansvar i sentrale føringer som IS-1947. Arbeidsgruppen mener dette vanskeliggjør grenseoppgangen mellom nivåenes ansvarsområde. I henhold til sentrale føringer (IS-1947) skal rehabilitering av blant annet muskel/skjelettlidelser ivaretas i kommunene. Dette vil forsterkes i opptrappingsplanen som er varslet i Nasjonal helse- og sykehusplan og sier at større deler av rehabiliteringsoppgavene skal overføres til kommunene.

Spesialisert rehabilitering skal spisses og rettes mot komplekse problemstillinger og igangsetting av intensive opplegg. Kommunene skal ivareta enklere rehabilitering og gjentatte tilbud til enkeltpasienter. Blant annet skal personer med muskel- og skjelettsmerter fortrinnsvis få sitt tilbud i kommunen. I dag utføres mange kommunale oppgaver av spesialisthelsetjenesten. HSØ har i tillegg inngått avtaler som inkluderer en del kommunal rehabilitering. Dette innebærer at ressurser prioriteres til kommunale rehabiliteringsoppgaver av spesialisthelsetjenestens midler.

Institusjonene benyttes i stor grad nært pasientens bosted og nært sykehusets lokalisering. Det kan tyde på at god kjennskap til tilbudet påvirker hvilken institusjon som velges.

Tallene viser ingen klar sammenheng mellom omfang i bruk av private institusjoner og størrelse på kommunene. Det kan tyde på at små kommunene ikke nødvendigvis har større behov for bistand til rehabilitering enn de store kommunene.

Riktig kapasitet innenfor rehabilitering

Punkt 5 i mandatet er formulert slik:

Avklare og tilpasse riktig kapasitet innen rehabilitering for Sykehuset Innlandets befolkning basert på analyse av punktene 1-4 ovenfor, SAMDATA, avregningsmodellen for privat rehabilitering i Helse Sør-Øst og behovsvurderingen i HSØ.

Hva som er «riktig kapasitet» for rehabilitering er vanskelig å definere. Større deler av oppgavene fremover skal foregå i kommunene, samtidig skal spesialisert rehabilitering fortsatt skje i spesialisthelsetjenesten, føringer gitt bl.a. i styresak nr. 108-2010 i Helse Sør-Øst, i styresak nr. 066-2013 i SI, i St.meld. nr. 16 om Kommunereformen og i Nasjonal helse og sykehusplan (2016-2019). Kommunene skal ivareta større deler av rehabiliteringsoppgavene mens spesialisthelsetjenesten skal ivareta pasienter med mer komplekse problemstillinger og med behov for spesialisert kompetanse og høy intensitet i tilbudet. Ansvaret i fagområdet skal håndteres innenfor rammer og prioriteringer i Sykehuset Innlandets totale tilbud til befolkningen i Innlandet.

SAMDATA viser at SI har et langt større døgntilbud enn øvrige helseforetak i Helse Sør-Øst og i landet for øvrig (Tabell 1). Antall polikliniske konsultasjoner pr pasient er langt lavere enn gjennomsnittet. Dette tyder på at SI i langt større grad benytter innleggelse i stedet for polikliniske tilbud.

Interne prosesser i SI

Beskrivelse av forslag til endringer og forbedring av tilbudet innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering er beskrevet i forslaget om samlokalisering foran.

En tilsvarende prosess pågår på Granheim lungesykehus som har tilbud om spesialisert lungerehabilitering og mottar pasienter fra hele landet. Målet er å prioritere et ytterligere spesialisert tilbud, gjøre utredninger i større grad og tilpasse oppholdslengde til den enkelte pasient samt tilpasse antall døgnplasser innenfor gjeldende rammer. Granheim har i dag 38 døgnplasser hvor de fleste pasientene mottar et standardopphold på 4 uker. Det er mange pasienter som kommer til gjentakende opphold etter en periode. Granheim har en godt utstyrt lungelab. og har høy kompetanse på tverrfaglig personale, noe som gir gode muligheter for utvidet fokus på utredning.

Endelig forslag til modell er ikke ferdigstilt, men det arbeidet ut fra et utkast til organisering av nytt pasienttilbud på Granheim lungesykehus som foreløpig ser slik ut:

Poliklinikk alle dager	• Lungemedisinsk utredning/behandling	Organiseres i 2. etasje som i dag, tilbudet utvides
Kartlegging/ utredningsopphold	<ul style="list-style-type: none">• Utredning/kartlegging av ulike lungemedisinske tilstander	Tilbudet organiseres i 2. etg. med 12 plasser Tverrfaglig team
Rehabiliteringsopphold Rehab-pluss (utprøving av dette tilbudet?)	<ul style="list-style-type: none">• Individuelt tilpasset spesialisert lungerehabilitering<ul style="list-style-type: none">• Tidlig rehabilitering (direkte fra sykehus)• Evt. korte opphold med oppfølging på dagtid over en periode	Tilbudet organiseres i 1. etg. med 13 plasser. Tverrfaglig team Fokus på overgang til kommune/ private for videre rehabilitering

Bruk og finansiering av private rehabiliteringsinstitusjoner

De private institusjonene finansieres gjennom avtaler med HSØ. Avtalene finansieres gjennom at HSØ fordeler kostnadene til helseforetakene gjennom inntektsmodellen før budsjett og avregninger i etterkant for reelt forbruk. Inntektsmodellen i Helse Sør-Øst er en regnemodell som fordeler inntekter til sykehusområdene på grunnlag av objektive kriterier. Disse kriteriene skal reflektere befolkningens behov for spesialisthelsetjenester. Modellen tar hensyn til at sykehusområdene har ulik kostnadsstruktur. Fordelingen skal sette sykehusområdene økonomisk i stand til å tilby sine innbyggere likeverdige spesialisthelsetjenester. Basisrammen fordeles til sykehusområdene gjennom kostnadskomponenten og behovskomponenten.

Kostnader til bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner skal uavhengig av henvisningsinstans dekkes av helseforetaket. Det dekkes gjennom trekk i basis beregnet i inntektsmodellen. Eventuelt forbruk utover behovsvurdering som ligger i inntektsmodellen, avregnes i etterkant. Det finnes ingen incitamenter for kommunene til å etablere kommunale tilbud om rehabilitering. Noen kommuner har likevel etablert gode kommunale rehabiliteringstilbud. Fagdirektør peker på Ringsaker kommune i Hedmark som eksempel på en kommune som gjennom flere år har bygd opp et godt faglig rehabiliteringstilbud til kommunens befolkning.

Beregnet behov for private rehabiliteringstjenester i sykehusområdet trekkes i basisrammen til det enkelte helseforetak, se tabell 14 nedenfor. Historisk bruk av tjenestene inngår som avregning i etterkant. Innlandet sykehusområde var for 2014 beregnet til å utgjøre 15,6 % av behovet i Helse Sør-Øst totalt. Dette utgjorde om lag 218 mill. kr i basistrekk. Etter årets slutt hadde befolkningen i Innlandet benyttet private rehabiliteringstjenester tilsvarende 21,7 % og med kostnad 58 mill. utover beregnet behov. Dette ble avregnet i etterkant som tilbakebetaling fra SI.

Tabell 14

SO bruk av priv rehab	Trekk for priv rehab	Oppholds døgn 2011	Oppholds døgn 2012	Andeler opph.-døgn 2011	Andeler opph.-døgn 2012	Snitt andeler opph.-døgn	Behovs-andeler	Effekt avregn vs behov
Akershus	133 625	57 213	48 609	15,6 %	11,1 %	13,1 %	15,9 %	3 561
Innlandet	218 925	78 404	94 969	21,3 %	21,7 %	21,5 %	15,6 %	-58 656
Oslo	162 149	52 651	75 760	14,3 %	17,3 %	15,9 %	16,3 %	19 561
Sørlandet	55 121	21 894	21 758	6,0 %	5,0 %	5,4 %	10,5 %	46 306
Telemark	56 066	20 819	23 581	5,7 %	5,4 %	5,5 %	6,7 %	10 558
Vestfold	51 997	20 743	20 435	5,6 %	4,7 %	5,1 %	8,3 %	27 474
Vestre Viken	243 489	81 188	111 638	22,1 %	25,5 %	23,9 %	15,9 %	-63 402
Østfold	95 318	34 460	41 025	9,4 %	9,4 %	9,4 %	10,8 %	14 597
Sum	1 016 689	367 372	437 775	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	0

Det er i mars 2016 utarbeidet informasjon til kliniske fagmiljøer og ledere for hvordan rehabiliteringsbehov skal ivaretas etter sykehusopphold, og hvordan rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner også inngår i inntektsmodellen. Dialog med fagmiljøene er viktig for å tilpasse henvisningsmengden til det behovet som er beregnet gjennom basistrekk fra Helse Sør-Øst til SI.

Samdata-tallene viser at SI har langt større tilbud til døgnopphold enn andre helseforetak. Liggetiden i døgnoppholdene er litt kortere enn i andre HF, det tyder på at langt flere pasienter i Innlandet mottar rehabilitering som døgnopphold i spesialisthelsetjenesten enn i landet for øvrig.

Fysikalsk medisin og rehabilitering i SI kan reduseres fra 45 til 27 senger som foreslått i styresak om samlokalisering av Ottestad og Solås. Forslaget innebærer å redusere døgntilbud til muskelskjelett gruppen som i all hovedsak skal ivaretas i kommunene. Eventuelt utredninger kan gjøres poliklinisk. Oppfølging bør skje med veiledning til kommunene.

En samlokalisering av døgnenhetene vil styrke fagmiljøet og gjøre det mer robust. Det vil gi forsterket kapasitet til de pasientene som har størst behov og øke antall pasienter som kan overføres direkte fra akuttbehandling til spesialisert rehabilitering. Granheims tilbud til rehabilitering av lungepasienter bør endres til å omfatte mer poliklinisk virksomhet, kortere opphold som i større grad er basert på utredning og igangsetting av særlig intensive tilbud. Antall gjentakende opphold bør reduseres til fordel for utredninger. Antall døgnplasser vil bli vurdert i den interne prosessen.

Bruken av private rehabiliteringsinstitusjoner er langt høyere i Innlandet enn i andre sykehusområder. Forbruket er også vesentlig større enn den behovsvurderingen som HSØ legger til grunn i inntektsmodellen. SI har i flere år hatt store økonomiske avregninger til HSØ i etterkant av året som resultat at høyere forbruk enn forventet.

Muskel-skjelettsmerte utgjør den desidert største pasientgruppen i private institusjoner. De henvises i stor grad fra kommunene. Det er en pasientgruppe som i henhold til sentrale føringer skal ivaretas i kommunene. Pasientene bør få sitt tilbud i sitt eget nærmiljø med tilbud lokalt. Disse pasientene har i svært liten grad behov for døgntilbud, og bør ivaretas i eget nærmiljø.

For at pasientene skal få sitt tilbud på riktig nivå og nærmest mulig eget bosted, er det behov for å være mer bevisst bruken av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Ressursene bør prioriteres til pasientene med de mest komplekse problemstillingene, mens de som har mulighet til å nyttiggjøre seg rehabilitering i eget nærmiljø bør få dette med eventuelt veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Kommunal rehabilitering bør ikke ivaretas i spesialisthelsetjenesten. Henvisninger til rehabilitering bør i større grad sendes kommunene og gjennomføres med eventuell veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

Etablering av sentral koordinerende instans for henvisningsvurderinger

Punkt 6 i mandatet er formulert slik:

Vurdere etablering av en sentral koordinerende instans for henvisningsvurderinger fra foretaket til private rehabiliteringsinstitusjoner.

De somatiske divisjonene har gitt ulike signaler i dette spørsmålet. Enkelte fagmiljøer mener at det kan forsinke pasientflyten dersom en sentral koordinerende enhet skal vurdere behovet for opphold på private rehabiliteringsinstitusjoner i etterkant av et sykehusopphold. I dag er praksis at behovet/henvisningen drøftes per telefon mellom lege ved sengepost og den enkelte private institusjon. Andre fagmiljøer i SI mener det vil lette deres oppgave dersom avslag på opphold på en privat rehabiliteringsinstitusjon gis av en sentral koordinerende instans.

Divisjonsdirektør har gitt informasjon om befolkningens bruk av, henvisningsrutiner til og økonomiske konsekvenser av bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner i foretakets ledergruppe.

Fagdirektør mener at dette punktet i mandatet kan gjennomføres rent praktisk.

Etablering av en sentral koordinerende instans for vurdering av interne henvisninger til private rehabiliteringsinstitusjoner, vil kreve en hurtigarbeidende administrativ enhet som i minst mulig grad vil forsinke utskrivelse av ferdigbehandlede pasienter. En sentral enhet vil ikke formelt hindre enkeltleger i sykehusene å ta kontakt med private institusjoner. En sentral enhet kan eventuelt benyttes innenfor enkeltfagmiljøer hvor omfanget av henvisninger er stort. Dette forutsetter at en slik instans er ønsket av fagmiljøet og at hensiktsmessig arbeidsflyt etableres.

Fagdirektør mener at divisjon Rehabilitering og rehabilitering i samarbeid med de somatiske divisjonene kan klare å endre spesialistenes henvisningspraksis for pasienter med behov for enkel rehabilitering uten å opprette en sentral koordinerende enhet. Divisjonsdirektøren har erfart at informasjon om fakta og sammenhenger mellom henvisningspraksis til private rehabiliteringsinstitusjoner og økonomiske konsekvenser for foretaket, allerede har medført endret praksis ved divisjon Elverum-Hamar.

Foretaket har ikke driftsdata som kan gi informasjon om hvilke fagmiljøer som i størst grad henviser til private rehabiliteringsinstitusjoner. Tidligere tall tyder på at ortopedi, nevrologi og fysikalsk medisinsk er områder hvor omfanget av henvisninger er stort. Fagdirektør mener likevel at fagrådene for ortopedi, nevrologi, kardiologi, lunge og rehabilitering i tillegg til de somatiske divisjonenes ledergrupper må få orientering om rutiner for igangsetting av rehabilitering, dagens driftsdata og økonomiske konsekvenser.

Fagdirektør mener at foretaket bør informere og kommunisere med aktuelle ledere og fagmiljøer fremfor å opprette en sentral koordinerende enhet for vurdering av henvisninger til private rehabiliteringsinstitusjoner.

Etablering av sentral koordinerende instans for rettighetsvurderinger

Punkt 7 i mandatet lyder:

Vurderer mulighet for å etablere en sentral koordinerende instans i Sykehuset Innlandet for å rettighetsvurdere henvisninger fra primærhelsetjenesten til private institusjoner.

Helse Sør-Øst har etablert Regional koordinerende enhet (RKE) som vurderer fastlegenes henvisninger til private institusjoner. RKE er organisert under Sunnaas sykehus HF og gir i dag avslag på ca. 25 % av fastlegenes henvisninger. Innlandet sendte totalt 2457 nye henvisninger i 2015 (2081 i 2013 og 1964 i 2014). I tillegg kommer klager på avslag og ny behandling av disse. RKE bruker i snitt 20 minutter pr nye henvisning og opp til flere timer på klagesaker.

Fagdirektør mener at dette punktet i mandatet vanskelig kan gjennomføres i praksis.

Fastlegenes henvisninger til private institusjoner kan formelt ikke gå til rehabiliteringsavdelingen i SI. Fastlegene har et selvstendig faglig ansvar for å følge opp sine pasienter ved å henvise til spesialisert rehabilitering eller enklere rehabilitering i primærhelsetjenesten.

Rehabiliteringsavdelingen i SI skal gi et spisset spesialisthelsetilbud, kommunene skal sørge for å gi tilbud om enklere rehabilitering – enten ved å etablere kommunale tilbud eller ved å dekke kostnader ved private institusjoner.

RKE ønsker å rekruttere spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering i deltidsstillinger inn i vurderingsenheten som rettighetsvurderer henvisninger fra primærhelsetjenesten. RKE kan administrativt kanalisere henvisninger fra Innlandet til legene fra SI som gjør vurderingene lokalt. Leger som tilsettes i RKE vil få tilgang på kompetanse fra et miljø som rettighetsvurderer 12000 henvisninger i året. Det gir også mulighet til å delta i nasjonalt nettverk for rettighetsvurderinger til privat rehabilitering.

Spesialister i SI har kjennskap til rehabiliteringstilbudet i Innlandet. De innehar også større kunnskap om lokale forhold i kommunene og rehabiliteringstilbudet der.

Interne spesialister kan i DIPS (pasientjournal) få informasjon utover det som er beskrevet i henvisningen om pasienten og dermed gi en bedre rettighetsvurdering. I DIPS kan man også få oversikt over gjentakende rehabiliteringsopphold, noe som kan tyde på at behovet bør ivaretas i kommunen. Man kan også få oversikt over om andre i SI har vurdert rett til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Fagdirektør mener at det bør vurderes om interne spesialister i SI bør innlemmes i RKE for å rettighetsvurdere henvisninger for befolkningen i Innlandet fra fastleger til private rehabiliteringsinstitusjoner. Ordningen vil samtidig kunne tilføre divisjon Rehabilitering og rehabilitering kunnskap gjennom RKE og nasjonalt nettverk. Fagdirektør ser at det kan være et problem å frigjøre tilstrekkelige interne spesialistressurser. Dette tiltaket oppfattes likevel som enklere enn å opprette en intern enhet og kan gi like god effekt.

Føringer i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)

Punkt 8 i mandatet er formulert slik:

Avklare føringer for fagområdet rehabilitering i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019).

Nasjonalt helse- og sykehusplan (2016-2019) ble vedtatt av Stortinget i mars 2016. Planen omtaler habiliterings- og rehabiliteringstjenester under kapittel 5 Hovedmål i planperioden, punkt 5.1 Styrke pasienten:

God rehabilitering er ofte avgjørende for å kunne mestre eget liv. Habilitering og rehabilitering skal gis til alle som trenger det, uavhengig av alder og diagnose. Rehabilitering får sjelden et godt resultat dersom rehabiliteringstilbudet ikke inngår i et godt planlagt pasientforløp. Brukerne må involveres bedre i utformingen av egen rehabilitering.

Både kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for habiliterings- og rehabiliteringstjenester til barn, unge og voksne med nedsatt funksjonsevne. Private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner står for en vesentlig del av rehabiliteringstilbudet, og både kommunene og de regionale helseforetakene kan kjøpe tjenester fra private. Regjeringen vil utrede hvordan deler av ansvaret for rehabilitering kan overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene som del av det videre arbeidet med kommunereformen. I mellomtiden skal ikke tilbudet trappes ned.

Regjeringen tar sikte på å legge fram en egen opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering.

Vurdering av endringsforslaget opp i mot intensjonen i formuleringen i Nasjonal helse- og sykehusplan er beskrevet tidligere, i kapittel 2. Oppsummert oppfattes endringsforslaget å styrke tilbudet gjennom sterkere og mer robuste fagmiljøer, styrking av tilbudet til de pasientene som har størst behov og forsterke arbeidsmetodikk som fremmer samarbeid og veiledning til kommunene.

Fagdirektør mener at Nasjonal helse- og sykehusplan understreker at det i dag er et todelt ansvar for å gi rehabiliteringstjenester mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Planen gir politiske signaler om at deler av ansvaret for rehabilitering skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. En ser frem til en tydeliggjøring av ansvaret mellom de to nivåene.

Oppsummering

Fra 2015 ble det inngått nye avtaler mellom Helse Sør-Øst og private rehabiliteringsinstitusjoner. Det er Skogli og Hernes som har størst økning. Skogli har en sterk økning i 2015. HSØ har redusert sitt totale tilbud til pasientgruppen muskel- og bløtdelssmerter i avtalene fra 2015 sammenliknet med tidligere avtaler, men erkjenner at HSØ fortsatt finansierer kommunal rehabilitering for denne pasientgruppen.

Det er Skogli og Landaasen som er mest brukt i perioden. Spesielt har Skogli stor økning etter oppstart med nye avtaler fra 2015. Tallmateriale viser at det ikke er noen klar sammenheng mellom innbyggertall og andel døgnopphold. Kommunenes forbruk er størst ved de nærmeste institusjonene. Sammenstillingen viser en klar sammenheng mellom avstand fra hjemsted og bruk av privat institusjon.

Samdatatallene viser at SI har langt større tilbud til døgnopphold enn andre HF. Bruken av private rehabiliteringsinstitusjoner er langt høyere i Innlandet enn i andre sykehusområder. Forbruket er også vesentlig større enn den behovsvurderingen som HSØ legger til grunn i inntektsmodellen. SI har i flere år hatt store økonomiske avregninger til HSØ i etterkant av året som resultat at høyere forbruk enn forventet.

Fagdirektør mener at foretaket bør informere og kommunisere med aktuelle ledere og fagmiljøer fremfor å opprette en sentral koordinerende enhet for vurdering av henvisninger til private rehabiliteringsinstitusjoner.

Fagdirektør mener at det bør vurderes om interne spesialister i SI bør innlemmes i RKE for å rettighetsvurdere henvisninger for befolkningen i Innlandet fra fastleger til private rehabiliteringsinstitusjoner. Ordningen vil samtidig kunne tilføre divisjonen kunnskap gjennom RKE og nasjonalt nettverk. Arbeidsgruppen ser at det kan være et problem å frigjøre tilstrekkelige interne spesialistressurser. Dette tiltaket oppfattes likevel som enklere enn å opprette en intern enhet og kan gi like god effekt.

Nasjonal helse og sykehusplan gir politiske signaler om at deler av ansvaret for rehabilitering skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Arbeidsgruppen ser frem til en tydeliggjøring av ansvaret mellom de to nivåene. Endringene som ligger i forslaget om samlokalisering, vil styrke det totale rehabiliteringstilbudet i Innlandet.

Fagdirektør mener at arbeidet med videreutvikling av tilbudet i SI må fortsette i henhold til føringer om å spisse tilbudet og ivareta de mest komplekse problemstillingene og at foretaket i større grad bør prioritere ressurser innenfor rehabilitering til pasienter som skal ha et spesialisthelsetilbud. Dette krever en mer bevisst holdning til henvisninger til rehabilitering og at kommunene i sterkere grad trekkes inn når rehabiliteringsbehov oppdages.

Fagdirektør mener at rehabilitering i spesialisthelsetjenesten ikke kan ta ansvar for manglende kommunale tilbud innenfor rehabilitering. Pasientene skal få sitt behov dekket lokalt når dette er faglig forsvarlig og er i tråd med nasjonale føringer.

4. Administrerende direktørs vurdering

Administrerende direktør har på nåværende tidspunkt ingen merknader til redegjørelsen om Sykehuset Innlandet sitt bruk av rehabilitering slik det er beskrevet i styresakens kap. 3, utover fagdirektørs vurderinger. Administrerende direktør vil imidlertid komme tilbake til foretakets bruk av rehabilitering i senere styresaker.

Når det gjelder forslaget om samlokalisering av fysikalsk medisin og rehabilitering (samlokalisering av Gjøvik og Ottestad), har administrerende direktør vært opptatt av at det skal være en transparent prosess og åpen høring hvor alle syn kommer frem.

Dette er en sak som engasjerer mange og saken må vurderes helhetlig ut ifra fordeler og ulemper med en samlokalisering. En vesentlig avveining vil bli å vurdere de faglige fordelene samlokaliseringen gir i forhold til den motstanden forslaget har i deler av Innlandssamfunnet og herunder hva som er begrunnelser for uenighet.

Administrerende direktør finner det derfor hensiktsmessig at styret i første omgang gjøres kjent med det faglige forslaget om samlokalisering samt synspunktene som har kommet frem i høringsrunden, før styret blir invitert til å fatte vedtak i saken. Det er dette som er bakgrunnen for å fremme saken i to trinn/møter.

Administrerende direktør legger derfor opp til at styret i første omgang tar forslaget om samlokalisering og forslagens høringsuttalelser til foreløpig orientering, og at den endelige behandlingen skjer i neste styremøte 26. mai.

Vedlegg:

1. Høring Samlokalisering fys.med og rehab - alle høringsuttalelser samlet
2. Høring Samlokalisering fys.med og rehab - oppsummering alle høringsuttalelser