

Notat 11.01.2017

Aud Inger Ystgaard, tjenesteleder Helsetjenester, Gjøvik kommune

Til «Samlokalisering fysikalsk medisin og rehabilitering»

Fysikalsk medisin og rehabilitering omfatter diagnostikk, behandling, og rehabilitering av personer som har, eller står i fare for å få langvarig nedsatt funksjonsevne på grunn av sykdom eller skade i bevegelsesapparatet eller nervesystemet.

«Det regionale helseforetaket skal sørge for at pasienter med fast bopel eller oppholdssted i helseregionen tilbys og ytes nødvendig habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i og utenfor institusjon jfr. § 1.» Bestemmelsen slår fast det regionale helseforetakets ansvar for å sørge for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, jfr spesialisthelsetjenestelovens § 2-1, nr1.

Ansvarer gjelder både tjenester i institusjon og ambulant. Forskriftens regulering av ansvar mellom tjenestenivåene endrer ikke de generelle prinsippene om fordeling av ansvar mellom tjenestenivå.

Spesialisthelsetjenesten har også veiledningsplikt overfor kommunene som er utdypet i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 14.

Spesialisthelsetjenestens sørge-for-ansvar grenser opp mot kommunenes ansvar. Sørge-for-ansvaret for begge nivåer vil kunne endre seg over tid på grunnlag av faglig utvikling og helsepolitiske mål, men tjenestene skal være forsvarlige og ligge på et visst nivå.

Oppgavene er mer konkret utformet for spesialisthelsetjenesten enn for kommunene. Dette er i tråd med prinsippet om at spesialisthelsetjenesten er negativt avgrenset i forhold til oppgavene som påhviler det kommunale tjenestenivået. Det innebærer at det som ikke er definert som spesialisthelsetjeneste, er et kommunalt ansvar.

Robuste fagmiljøer er viktig for å videreutvikle kompetansen i habiliterings- og rehabiliteringstjenesten, og for å gi brukerne tilbud av høy kvalitet. På samme måte som for kommunene anbefales det at spesialisthelsetjenesten sikrer et faglig tyngdepunkt for sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. I tillegg til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i helseforetakene, kan dette knyttes til tjenesteytende enheter og/eller team.

Helseforetak bør ha spesialiserte rehabiliteringsenheter med tilstrekkelig kapasitet innen døgnrehabilitering. De bør kunne ivareta komplekse behov for pasienter med eksempelvis hjerneslag, traumatiske hodeskader, spinalskade, amputasjoner og andre. Tilbudet krever høy intensitet og høyspesialisert kompetanse og tiltak gjennom store deler av døgnet, ofte i kombinasjon med fortsatt medisinsk behandling.

En foreslått samlokalisering mellom Solås og Ottestad vil føre til en reduksjon av 17 døgnplasser. Døgnplassene er svært viktige for rehabilitering av pasienter med komplekse skader, hvor rask og hyppig intervensjon er vesentlig for resultatet. Reduksjonen i døgnplasser fra 45 til 27 vil frata

pasientgrupper denne intensive rehabiliteringen. Ambulant virksomhet og poliklinikker kan ikke erstatte dette og kommunene har i dag ikke kompetanse eller ressurser til å erstatte tapet av disse plassene.

Ansvars- og oppgavefordeling innenfor de juridiske rammene, må avklares i dialog mellom helseforetak og kommuner. Dette er nedfelt i samarbeidsavtalene som er inngått. Ved avklaring av hvor tilbudet skal gis er det mest avgjørende behovet for kompetanse. Hvilken kompetanse trengs og hvor spesialisert må kompetansen være. Spesialisthelsetjenesten skal yte tjenestene som det ikke er naturlig å bygge opp kompetanse og infrastruktur til på kommunalt nivå. Kommunen kan ikke avslå og yte tilbud innen kompetanseområder som naturlig finnes i kommunen.

Tilbud med høy grad av intensitet kan gis både i kommuner og helseforetak. Denne faktoren bør ses i sammenheng med behov for kompetanse. Behov for stor tverrfaglig bredde kombinert med høy intensitet, det vil si hyppig oppfølging fra et bredt sammensatt tverrfaglig team, kan peke i retning av at tilbudet bør gis i spesialisthelsetjenesten.

Generelt bør tilbudet i størst mulig grad tilbys integrert der livet leves, i hjem, skole, barnehage osv. Tilgangen på nødvendig kompetanse er en forutsetning, og ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten kan supplere kommunens tilbud.

Helseforetaket forsvarer reduksjonen av døgnplasser med økning i polikliniske konsultasjoner. Kommunikasjonsmuligheter og geografiske forhold i fylkene Oppland og Hedmark vil påføre pasienter lange reiseavstander.

Anbefalinger i veilederen følger opp helsepolitiske mål om at habilitering og rehabilitering skal styrkes i kommunene og videreutvikles i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenestens tilbud må spisses og tilpasses pasientgrupper som trenger tjenester på dette nivået. Det står videre:» som følge av dette bør noen tilbud som i dag gir som spesialisthelsetjenester i framtiden ytes i kommunene»

Hvilke tilbud dette er, er enda ikke blitt konkretisert. Kommunene vil bli utfordret både på kompetanse og ressurser.