

Samling av spesialisert rehabilitering i sykehus ROS rapport

Helse Møre og Romsdal 7. februar 2019

Knausen, Molde

Innhold

1. Bakgrunn for analysen	5
Risikoprofil	6
Foreslåtte risikoreducerende tiltak	6
2. Introduksjon	7
Arbeidsomfang og metode	7
Deltakere i workshop	8
3. Risikovurdering	9
Hovedtema for analysen	9
Kvalitet, uønska variasjon og pasientsikkerhet	10
Risiko 1.1 Evne til å levere spesialisert rehabilitering døgnet	10
Risiko 1.2 Evne til å levere spesialisert ambulant rehabilitering	11
Risiko 1.3 Evne til å levere spesialisert poliklinisk rehabilitering	13
Risiko 1.4 Evne til å håndtere faglig uenighet som følge av omleggingen	14
Rekruttering, bemanning, kompetanse	15
Risiko 2.1 Evne til å rekruttere fagkompetanse	15
Risiko 2.2 Evne til å ivareta et tverrfaglig fagmiljø	16
Risiko 2.3 Evne til å ivareta LIS (Leger i spesialisering)	17
Risiko 2.4 Evne til å bemanne en større sykehusavdeling	17
Risiko 2.5 Evne til å ivareta overtallig personell	18
Seleksjon og pasientforløp	20
Risiko 3.1: Evne til å selektere ut hvilke pasienter som har rett til spesialisert rehabilitering	20
Risiko 3.2: Tilgjengelig arealkapasitet ved Ålesund sjukehus	21
Risiko 3.3 Kommunal sektor sin evne til å ivareta pasienter som ikke blir gitt rett til behandling i spesialisthelsetjenesten	22
Risiko 3.4: Evne til å opprettholde et forsvarlig rehabiliteringstilbud i nordre del av Møre og Romsdal	23
Risiko 3.5: Evne til gi rehabiliteringstilbud til yngre pasienter	23
Omdømme	25
Risiko 4.1 Omdømme:	25
Økonomi	26
Risiko 5.1: Evne til å hente ut økonomisk effekt av tiltakene	26

Tillegg	27
4. Vedlegg.....	28
Risiko-aksept kriterier.....	28
5. ROS metode	29
6. Alternative modeller for rehabiliteringsprosjektet 2019	29

1. Mandat og bakgrunn for analysen

Styrevedtak 48/2011 og utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal HF (HMR) vedrørende organisering, drift og faglig utvikling av rehabiliteringsfeltet peker på at en i fremtiden skal vurdere å tilby spesialisert rehabilitering ved å samle alle sengene i sykehus.

«Rehabiliteringstenesta skal framleis tilby gode tenester, men feltet har endra seg, og spesialisert rehabilitering vil vurderast gitt ved å samle sengene i sjukehus, i poliklinikk, ambulante team og i nært samarbeid med kommunane» (Utdrag fra saksframlegget for styret sak 7/19 pkt 4.5)

Styrevedtaket 04.12.18 og budsjettutfordringene i HMR og KMR har gjort det nødvendig å raskt se på mulighetsrommet for å gjennomføre tiltakene i utviklingsplanen. Rehabilitering er ett av områdene som KMR skal ha en gjennomgang av.

Klinikkledelsen i KMR valgte derfor i januar 2019 å sette ned en faglig arbeidsgruppe som skulle beskrive det nåværende tilbudet i HMR og gi sin vurdering av det fremtidige rehabiliteringstilbudet, vurdere mulighet for endret organisering samt tilråde omstillingstiltak.

Samtidig valgte Klinikkledelsen i KMR å be om en ROS-vurdering av konsekvensene av en beslutning om å samle rehabiliteringstilbudet i sykehus. I forbindelse med selve ROS-arbeidet avgrenset klinikkjef i KMR dette til å samle tilbudet i ett sykehus. Dette betyr i praksis å ROS-vurdere avvikling av to rehabiliteringsinstitusjoner og samle tilbudet ved Ålesund sykehus, da det er der vi i dag har et rehabiliteringstilbud knyttet til fysikalskmedisinsk sengepost og poliklinikk.

Rehabiliteringstjenesten skal tilby gode tjenester, og forskning knyttet til fagfeltet har gjort store fremskritt de siste ti årene. Behandlingstilbudet i HMR innen rehabilitering må sees på i tråd med forskning og medisinsk faglige anbefalinger. I tillegg vil opplysninger fra Samdata og forbruksmønster bli en del av arbeidet.

ROS-analysen som nå gjennomføres har som målsetting å avdekke områder som er utsatt for sårbarhet og risiko, som igjen kan føre til uønskede konsekvenser og/eller hendelser. Vurderingen skal avdekke om og hvor det er behov for å sette i verk risikoreduserende tiltak, og om det er behov for grundigere undersøkelser/analyser før en beslutter å sette i verk tiltak. Denne ROS-analysen vil være en del av det samlede beslutningsgrunnlaget som vil bli lagt fram for styret i HMR.

Risikoprofil

AKSEPTKRITERIER		
1-4	Lav risiko	Aksepteres. Tiltak ikke nødvendig.
5-9	Middels risiko	Aksepteres etter vurdering, men risikoreduserende tiltak skal vurderes
10-25	Høy risiko	Ikke akseptabelt. Risikoreduserende tiltak skal iverksettes

Risiko-område 1 Kvalitet, uønska variasjon og pasientsikkerhet	Vurdert risiko før implementering av tiltak		
	Konsekvens	Sannsynlighet	Risiko
Spesialisert rehabilitering døgnet	4,5	5	22,5
Spesialisert rehabilitering ambulante tjenester	3,5	4	14
Spesialisert rehabilitering polikliniske tjenester	2	5	10
Faglig uenighet	3	1	3
Risiko-område 2 Rekruttering, bemanning, kompetanse	K	S	R
Rekruttering	5	2,5	12,5
Tverrfaglig fagmiljø	5	2,5	12,5
LIS utdanning	3	1	3
Kapasitet bemanning sykehusavdeling	4	5	20
Overtallighet	5	5	25
Risiko-område 3 Seleksjon og pasientforløp	K	S	R
Seleksjon av pasienter med behov for spesialisert rehabilitering	3,5	2	7
Arealkapasitet sykehusavdeling Ålesund	3	5	15
Kapasitet i kommunal sektor	3	5	15
Rehabiliteringstilbud i nordlig del av Møre og Romsdal	2	3	6
Tilbud til yngre pasienter	3	2	6
Risiko-område 4 Omdømme og opplevelse av trygghet	K	S	R
Omdømme	3	5	15
Risiko-område 5 Økonomi	K	S	R
Manglende økonomisk effekt av tiltak	Ikke scoret	Ikke scoret	

Foreslåtte risikoreduserende tiltak

- Erfaring fra ambulant arbeid gjennom allerede eksisterende ambulante team.
- Etablere poliklinikktilbud innen rehabilitering ved flere av de andre sykehusene
- Forskning (langsiktig)
- Kortere liggetid i den døgnbaserte delen av rehabiliteringsforløpet
- Opprettelse av ambulante team, både som utgår fra rehabiliteringsenheten, men også fra slagenhet og enhet for nevrologi.
- Ombygging av eksisterende areal.
- Tiltak beskrevet i rapport fra arbeidsgruppa for faglig tilråding innen rehabiliteringsfeltet i Helse Møre og Romsdal
- Mer effektive pasientforløp, Omlegging av dagens behandlingsportefølje.
- Oppbygging av interkommunale rehabiliteringstilbud
- Opprette felles inntaksnemnd på tvers av helsetjenestenivåer i samhandlingsområdet
- Desentraliserte ambulante team.
- Spredning av spesialisert rehabilitering til mer enn ett sykehus.
- Åpenhet og Informasjon
- Fram-snakking
- Kortvarige døgnplasser for de med lengst reisevei

2. Introduksjon

Arbeidsomfang og metode

Det formelle grunnlaget for valgt metode er Helse Møre og Romsdal HF prosedyre for RoS analyser (EQS Id 135) [Prosedyre risikovurdering i HMR](#), [Risikovurderingsmetode - prosessbeskrivelse](#) og Norsk standard 5814:2008, Krav til Risikovurderinger.

Analysen er planlagt og forberedt av ledelsen i klinikken i samarbeid med fagavdelingen i Helse Møre og Romsdal HF.

Risikoanalysen og risikoevaluering ble gjennomført som en workshop med ekspertgruppe bestående av representanter for ledelsen både på seksjons-, avdelings og klinikknivå, representant fra vernetjenesten, tillitsvalgte og andre interessenter (bla representanter fra berørte kommuner)

Rådgiver fra fagavdelinga ledet møtet på oppdrag fra klinikkssjef i klinikk for medisin og rehabilitering.

Deltakere i workshop

Navn	Rolle
Hilde Christin Furstrand	Assisterende seksjonsleder sengepost fysikalsk medisin og revmatologi
Ingunn Golmen	Aure Kommune
Ivar Andresen	Aure Kommune
Per Erik Tødenes	Avd sjef Kreftavdelinga
Trude Gudbrandsen Solenes	Avd sjef Medisin Kristiansund
Birgitte Alsvik	Avd sjef Medisin Molde
Mona Ryste	Avd sjef Medisin Volda
Steinar Gjærde	Avdelingssjef, avdeling for rehabilitering, revmatologi og hud
Åse Hagen Morsund	Avdelingssjef, nevrologisk avd
Emma Marie Sjølander Vindal	BHT
Inger Nossen Sandvik	Brukerutvalget Helse Møre og Romsdal HF
Hilde Marie Kleiven	Brukerutvalget Helse Møre og Romsdal HF
Doris Vågen	Ergoterapeut Mork rehabiliteringssenter
Reidun Flem Øye	Fysioterapeut Mork rehabiliteringssenter
Eldrid Husevåg	Fysioterapeut sengepost fysikalsk medisin og revmatologi, Ålesund
Gunn Strand	Hjelpepleier Mork rehabiliteringssenter
Jorunn bøyum	Klikksjef, Klinik for medisin og rehabilitering
Guri Viken	Kommunikasjonsavdelingen HMR
Kristina Milosevic	LIS
Anna Garnes Sæter	Logoped Mork rehabiliteringssenter
Ingvild Kjeldberg	Medisinsk faglig rådgiver fysikalsk medisin og rehabilitering
Sissel Kløve Farstad	Molde Kommune
Johan Pettersen	Nevropsykolog sengepost fysikalsk medisin og revmatologi
Bente Åsbø	Orkide
Bente Aasebø	Orkide
Halvard Nilsen	Overlege fysikalsk medisin og rehabilitering
Håvard Jendem	Praksiskonsulent
Britt Rakvåg Roald	ROR
Gro Berild	ROR
Aud Bente Skar	Seksjonsleder Aure rehabiliteringssenter
Anita Nybø	Seksjonsleder Mork rehabiliteringssenter
Roger Kvalsvik	Sjustjerna
Liv Dalseng	Sosionom sengepost fysikalsk medisin og revmatologi
Silje M. Åmelfot	Sosionom Mork rehabiliteringssenter
Audhild Farstad	Spesial ergoterapeut Avd. for fys. medisin og revmatologi
Randi Spiutøy	Tidligere seksjonsleder sengepost fysikalsk medisin og revmatologi
Elin Nedrelid	Spesialsykepleier Mork rehabiliteringssenter
Annfrid Glomseth	Spesialsykepleier, Avd. for fys. medisin og revmatologi
Aurdal Jan Kåre	Sunnmøre regionråd
Björg Width	TV Delta, Aure
Oddveig Olsbakk	TV Ergo, Aure
Marte Husøy	TV ergoterapeutene Mork rehabiliteringssenter
Hanne Neshaug	TV Fagforbundet
Britt Jorid Mork	TV Fagforbundet
Hanne Hagen	TV FO
Adrian Knutsen	TV NFF
Hilde Leenen	TV NSF
Helen Nordheim	TV NSF
Tonja Pantelatos	TV overlege Mork rehabiliteringssenter
Guri Romfo	Verneombud Aure rehabiliteringssenter
Hanne Elde	Verneombud Avd. for fysikalsk medisin og revmatologi
Monica Amdam	Verneombud Mork rehabiliteringssenter
Mona Helen Kile	Volda Kommune
Fredrik Møller-Christensen	Analysegruppen
Synnøve Melseth	Analysegruppen
Trond Erik Øverland	Analysegruppen
Vidar Hagerup	Analyseleder

3. Risikovurdering

Hovedtema for analysen

Følgende hovedtema med tilhørende underpunkt er satt opp etter innspill fra representanter i ekspertgruppen og andre interessenter.

Kvalitet, uønska variasjon og pasientsikkerhet

- Evne til å levere spesialisert rehabilitering døgnet rundt
- Evne til å levere spesialisert ambulant rehabilitering
- Evne til å levere spesialisert poliklinisk rehabilitering
- Faglig uenighet

Rekruttering, bemanning og kompetanse

- Evne til å rekruttere fagkompetanse
- Evne til å ivareta tverrfaglig fagmiljø
- Evne til å ivareta LIS (Leger i spesialisering)
- Evne til å bemanne en større sykehusavdeling
- Evne til å ivareta overtallig personell

Seleksjon og pasientforløp

- Evne til å selektere ut hvilke pasienter som har rett til spesialisert rehabilitering
- Kapasitet areal Ålesund sjukehus
- Kommunal sektor sin evne til å ivareta pasienter som ikke blir gitt rett til behandling i spesialisthelsetjenesten
- Evne til å opprettholde et forsvarlig rehabiliteringstilbud i nordre del av Møre og Romsdal
- Evne til å gi rehabiliteringstilbud til yngre pasienter

Omdømme og opplevelse av trygghet

- Omdømme

Økonomi

- Evne til å hente ut den forventede effekten av de tiltakene som er planlagt iverksatt

Kvalitet, uønska variasjon og pasientsikkerhet

Avdelingens overordnede målsetningen er å levere spesialisert rehabilitering av god kvalitet, med minst mulig variasjon og høy grad av pasientsikkerhet. Avdelingen har prosedyrer, pasientforløp og kvalitetsmål for å sikre dette.

Ekspertgruppen har for dette risikoområdet derfor vurdert krav til spesialisert døgnrehabilitering i henhold til lov og forskrift, ambulante tjenester i henhold til lov og forskrift, polikliniske tjenester i henhold til lov og forskrift og faglig uenighet.

Risiko 1.1 Evne til å levere spesialisert rehabilitering døgn

Risiko: Omlegging kan føre til at avdelingen ikke klarer ikke å levere spesialisert døgnrehabilitering til pasienter som har krav i henhold til lov og forskrift

Eksisterende risikoreducerende tiltak

Prioriteringsveileder.

Slagenheter er utstyrt med tverrfaglig kompetanse og er i stand til å startet tidlig rehabilitering.

Beskrivelse konsekvens (Ikke uttømmende)

Pasienten får ikke utnyttet sitt rehabiliteringspotensiale

Liggetiden i avdelingen vil kunne øke

Vil påvirke negativt foretakets evne til å levere pakkeforløp i henhold til krav.

Vil føre til et økt behov for institusjonsplasser i kommunene.

Det vil kunne skape risiko for at pasienten blir kasteballer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Vil kunne skape en opplevelse for utrygghet for pasienten.

Vil kunne føre til fare for at pasienter overføres til kommunene før sluttført behandling i sykehus, noe som igjen øker fare for reinnleggelse på sykehus.

Rehabiliteringstilbud utelukkende i sykehus kan gi redusert i kvalitet i rehabiliteringen.

Fare for at de dårligste pasientene, med sammensatte funksjonsvansker, får et dårligere tilbud.

Det kan oppstå forsinkelse i rehabiliteringsprosessen.

Vi vil kunne oppleve pasientflukt til andre foretak.

Trangere nåløye å komme gjennom for å få plass på spesialisert rehabilitering.

Ekspertgruppens vurdering

Erfaring fra sommeravvikling med færre tilgjengelige rehabiliteringsplasser viser at liggetiden i sykehusavdelingen øker. Lengre ventetid for plass til døgnrehabilitering øker faren for at pasientene ikke får utnyttet det viktige potensialet som ligger i den subakutte fasen. I en situasjon der pasientene skrives ut av sykehus før de er ferdigbehandlet reduserer evnen til å realisere rehabiliteringspotensiale til den enkelte bruker/pasient.

Det kom frem et innspill om at alvorlig sjukdom og skade ofte/alltid kan være en trussel mot god psykisk helse. Dersom antatt færre skal få oppfølging, vil mange måtte slite med problemene alene eller sammen med pårørende. Alvorlig sjukdom rammer ikke bare pasienten, det rammer hele familien/pårørende. Dette er en viktig betraktning som må være med i vurderingen.

Det ble også spilt inn at en reduksjon av antall rehabiliterings plasser utenfor sykehus vil gi mindre fleksibilitet i tilbudet og dermed bidra til å forringe kvalitet og god opplevelse for brukeren. Dette vil kunne redusere sannsynligheten for at brukeren får rett hjelp til rett tid.

Angående å overføre rehabiliteringsoppgaver ut til kommunene påpekes det at i den enkelte kommune finnes få pasienter med samme diagnose. Dette vil kunne være til hinder for å opparbeide seg rett kompetanse i det kommunale tilbudet.

Det gjennomføres i dag byttetjenester mellom Mork rehabiliteringssenter og Volda sykehus bl.a ved at sykehuset får logoped og ergoterapitjenester fra Mork. Dette må tas med i vurdering ved en eventuell omlegging.

Konsekvens	Sansynlighet	Risiko
4,5	5	22,5

Foreslåtte risikoreduserende tiltak:

Bedre og mer effektive pasientforløp

Kortere liggetid i den døgnbaserte delen av rehabiliteringsforløpet

Opprettelse av ambulante team, både som utgår fra rehabiliteringsenheten, men også fra slagenhet og enhet for nevrologi.

Forskning (langsiktig)

Spredning av spesialisert rehabilitering til mer enn ett sykehus.

Risiko 1.2 Evne til å levere spesialisert ambulant rehabilitering

Risiko: Omleggingen kan føre til at avdelingen ikke klarer å levere ambulante tjenester i tråd med forskrift om rehabilitering

Eksisterende risikoreduserende tiltak

Prioriteringsveileder, retningslinjer under utarbeiding

Beskrivelse konsekvens (ikke uttømmende)

Pasienten får ikke utnyttet sitt rehabiliteringspotensiale

Liggetiden i avdelingen vil kunne øke

Pasientene vil få redusert mulighet til intensiv og kontinuerlig oppfølging.

Vil påvirke negativt foretakets evne til å levere pakkeforløp i henhold til krav.

Vil føre til et økt behov for institusjonsplasser i kommunene.

Det vil kunne skape risiko for at pasienten blir kasteballer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Vil kunne skape en opplevelse for utrygghet for pasienten.

Vil kunne føre til fare for at pasienter overføres til kommunene før sluttført behandling i spesialisthelsetjenesten, noe som igjen øker fare for re-innlegges i sykehus.

Fare for at de dårligste pasientene, med sammensatte funksjonsvansker, får et dårligere tilbud.

Det kan oppstå forsinkelse i rehabiliteringsprosessen.

Ekspertgruppens vurdering

Møre og Romsdal har en geografi som er utfordrende. Lange avstander og mange fjordkryssinger gjør det utfordrende å etablere effektive ambulante team med hovedbase ett sted i fylket. Dette knytter seg både til effektivitet i tilbudet og arbeidstidsforhold for medlemmene i teamet.

Det er lagt som premiss for prosessen at tilbudet innad i spesialisert rehabilitering ikke skal bli redusert, men bare gjøres på en annen måte. Det uttrykkes en uro for at dersom en ikke lykkes med å få fungerende kompenserende tiltak på plass (ambulante team), vil man sitte igjen med et sterkt redusert institusjonsbasert tilbud, og betydelig mindre kapasitet innad i den spesialiserte tjenesten.

Det vurderes at telemedisin ikke fullt ut kan erstatte pasientoppfølging satt i system rundt komplekse pasienter, da pasienter også kan ha problemer med å gjøre seg nytte av denne kommunikasjonsformen. Ambulant og polikliniske tilbud er vanskelig for denne pasientgruppa, da det krever spesialisert tverrfaglig kartlegging og oppfølging ofte hele døgnet. Et annet moment er at finansieringsmodellen som eksisterer i dag, gjør at ambulant oppfølging kan vurderes som et tapsprosjekt.

På den andre siden vil et godt ambulant tilbud være med å optimalisere rehabiliteringen for flere ulike diagnosegrupper.

Primærhelsetjenesten er allerede i dag vant til å ta ansvar for denne pasientgruppen, men tjenesten er helt avhengig av kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten i det arbeidet. De ambulante teamene er en viktig bærer og bindeledd for å få denne kompetansen ut i kommunene.

En bekymring som uttrykkes er at de ambulante teamene ikke vil være i stand til å gi pasienten god nok behandling dersom de ikke har vært med å kartlegge problemstillingen og leveransen skal foregå i andre enden av fylket (lang reisevei blir ineffektivt).

Konsekvens	Sansynlighet	Risiko
3,5	4	14

Risikoreducerende tiltak

Samarbeidsprosjekt med kommunene for å teste det ambulante tilbudet.
Videreutvikle eksisterende samarbeid med kommunene.
Desentraliserte ambulante team.
Erfaring fra ambulant arbeid gjennom allerede eksisterende ambulante team.

Risiko 1.3 Evne til å levere spesialisert poliklinisk rehabilitering

Risiko: Omleggingen kan føre til at avdelingen ikke klarer å levere polikliniske tjenester i henhold til lov, forskrift og prioriteringsveileder

Eksisterende risikoreduserende tiltak

Prioriteringsveileder

Beskrivelse konsekvens (er ikke uttømmende)

Pasienten får ikke utnyttet sitt rehabiliteringspotensiale
Liggetiden innen døgnbehandling vil kunne øke
Vil påvirke negativt foretakets evne til å levere pakkeforløp i henhold til krav.
Vil føre til et økt behov for institusjonsplasser i kommunene.
Det vil kunne skape risiko for at pasienten blir kasteballer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.
Vil kunne skape en opplevelse av utrygghet for pasienten.
Vil kunne føre til fare for at pasienter overføres til kommunene før sluttført behandling i spesialisthelsetjenesten, noe som igjen øker faren for reinnleggelser i sykehus.
Fare for at de dårligste pasientene, med sammensatte funksjonsvansker, får et dårligere tilbud.
Det kan oppstå forsinkelse i rehabiliteringsprosessen.

Ekspertgruppens vurdering

Det framholdes av gruppen at dagtilbud og ambulante tjenester alene ikke kan erstatte døgnplasser. En stor andel av gruppen vurderer de foreslåtte endringene som et dårlig tiltak for å sikre gode pasientforløp. En mindre del av gruppen er uenig i dette.
Polikliniske tilbud spiller en viktig rolle i rehabiliteringsforløpet, men slike tilbud fungerer dårligere for pasienter med lang reiseavstand. Det bemerkes at poliklinikken blant annet brukes for å avklare behov for rehabilitering der det ikke er godt nok vurderingsgrunnlag i henvisningen.

Konsekvens	Sansynlighet	Risiko
2	5	10

Risikoreduserende tiltak

Etablere poliklinikktilbud innen rehabilitering ved flere av de andre sykehusene

Risiko 1.4 Evne til å håndtere faglig uenighet som følge av omleggingen

Risiko: Omleggingen kan føre til at det oppstår faglig uenighet i grupper som tidligere har jobbet hver for seg, men som nå skal jobbe sammen

Eksisterende risikoreducerende tiltak

Veiledere og retningslinjer

Felles prosedyreverk

Ekspertgruppens vurdering

Gruppen mener at omleggingen slik den er foreslått i liten grad vil aktualisere dette problemet og at problemstillingen er mindre relevant på grunn av de geografiske avstandene.

Konsekvens	Sansynlighet	Risiko
3	1	3

Rekruttering, bemanning, kompetanse

Rekruttering av kompetent personell er en sentral del av Helse Midt-Norges strategi frem mot 2030. Gjennom å vurdere kompetansebeholdningen skal vi være proaktive og sørge for at personene vi rekrutterer ikke bare dekker nåværende behov, men også de fremtidige kompetansebehovene. ROS-analysen er et viktig redskap for å vurdere om kompetansebeholdningen er truet og/eller hva som kan true den. Foretaket står nå potensielt ovenfor en omfattende omstillingsprosess. Dette er et av risikoområdene som må vurderes fordi denne prosessen kan være med på å true målene om pasientenes helsetjeneste og å rekruttere, utvikle og beholde kompetent personell.

Rammeavtale for omstillingsprosesser i HMN gir en del generelle føringer om blant annet medvirkning, informasjon, endringsprosesser, kartleggingssamtaler og kompetanseutvikling. Avtalen er mellom HMN og arbeidstakerorganisasjonene og legger føringer for at de ansatte er motivert for og delaktige i alle omstillingsprosesser. Denne avtalen supplerer eksisterende lover og avtaler. Avtalen begrenser ikke de rettigheter eller plikter som er forankret i lover, forskrifter og det øvrige avtaleverk mellom arbeidsgiver og ansattes organisasjoner. Den er ment som et hjelpemiddel dersom man må inn i en stor omstillingsprosess.

Risiko 2.1 Evne til å rekruttere fagkompetanse

Risiko: Omleggingen fører til at Helse Møre og Romsdal HF ikke klarer å beholde og rekruttere nødvendig tverrfaglig kompetanse for å drive spesialisert rehabilitering

Eksisterende risikoreduserende tiltak:

Eksisterende fagkompetanse

Beskrivelse konsekvens

Svekkelse av rehabiliteringstilbudet

Store kostnader behov for gjenoppbygging av kompetanse.

Redusert rehabiliteringskapasitet

Redusert evne til å imøtekomme krav

Fare for pasientlekkasje.

Fare for pasientskade.

Fare for redusert behandlingskvalitet.

Fare for økt belastning på eksisterende personale.

Ekspertgruppens vurdering:

Ved å flytte all spesialisert rehabilitering inn i ett sykehus vil man splitte opp to svært velfungerende tverrfaglige fagmiljø. Gruppen mener at dette kan få negative konsekvenser for den enkelte pasient og tilbudet totalt sett.

Flere i gruppen mener at de eventuelt nye stillingene på sykehuset mest trolig vil bli besatt av nyutdannet personell eller fagfolk med annen kompetanse enn rehabilitering. Det hevdes at det er lite sannsynlig at fagfolk fra Mørk og Aure vil flytte/pendle til Ålesund.

Ekspertgruppen påpeker at rekruttering i stor grad handler om hvor attraktiv HMR fremstår som arbeidsgiver. Enkelte mener at de prosessene HMR er inne i nå ikke gjør HMR særlig attraktiv for arbeidssøkere. Samtidig kommer det frem flere argumenter rundt at et større fagmiljø vil gjøre rekruttering enklere.

En opplysning som kom frem i gruppa er at tidligere risikoanalyser på rekruttering har vist at interimfasene er kritiske angående rekruttering. Etter at tilbudet eventuelt er flyttet, er rekrutteringen enklere.

Konsekvens	Sansynlighet	Risiko
5	2,5	12,5

Risikoreducerende tiltak:

Ingen

Risiko 2.2 Evne til å ivareta et tverrfaglig fagmiljø

Risiko: Omleggingen fører til at Helse Møre og Romsdal ikke klarer å opprettholde et godt fagmiljø innen spesialisert rehabilitering.

Risikoreducerende tiltak:

Alle aktuelle fagområder er i dag representert i sykehus.

Beskrivelse konsekvens

Fare for oppsplitting og fragmentering av fagmiljø.

Fare for svekket behandlingstilbud.

Kan medføre en stor kostnad ved eventuelt behov gjenoppbygging av kompetanse.

Kan gi redusert kapasitet i en lang periode.

Kan føre til at helseforetaket ikke klarer å dekke krav til spesialisert rehabilitering.

Kan gi pasientlekkasje.

Kan øke faren for pasientskade og redusert kvalitet.

Kan øke belastningen på eksisterende personale.

Ekspertgruppens vurdering:

Rekrutteringsutfordringene er i dag variable. Særlig legespesialister og sykepleiere med tverrfaglig erfaring fra rehabilitering er utfordrende å rekruttere inn, mens det er større tilgjengelighet på andre faggrupper. Logoped er også vært utfordrende å rekruttere.

En annen side av denne saken er samarbeidet og den svært viktige kommunikasjonen som foregår mellom rehabiliteringsinstitusjonene og sykehus. Enkelte sykehus vil kunne oppleve manglende bredde i sitt fagmiljø dersom Aure og Mørk legges ned.

Konsekvens	Sansynlighet	Risiko
5	2,5	12,5

Risikoreduserende tiltak

Ingen

Risiko 2.3 Evne til å ivareta LIS (Leger i spesialisering)

Risiko: Omleggingen fører til at Helse Møre og Romsdal ikke klarer å ivareta sine forpliktelser opp mot utdanning av leger i spesialisering (LIS)

Risikoreduserende tiltak:

Alle aktuelle fagområder er i dag representert i sykehus og utdanning av LIS er i hovedsak knyttet til sykehusavdelingen.

Ekspertgruppens vurdering:

Ekspertgruppens vurdering er at en omlegging ikke vil påvirke LIS utdanningen negativt på noen måte.

Konsekvens	Sansynlighet	Risiko
3	1	3

Risiko 2.4 Evne til å bemanne en større sykehusavdeling

Risiko: Det er i dag ikke tilstrekkelig bemanning i sykehusavdelingen til å håndtere det økte pasientgrunnlaget som samling av spesialisert rehabilitering i sykehus fører til.

Eksisterende risikoreduserende tiltak:

Beskrivelse konsekvens

Redusert evne til å imøtekomme krav
 Redusert rehabiliteringskapasitet
 Fare for redusert behandlingskvalitet
 Fare for pasientskade.
 Fare for at en i perioder må innføre inntaksstopp.
 Fare for økt belastning på ansatte, personallekkasje.
 Fare for uønsket redusert liggetid i sengeposten
 Fare for økning i reinnleggelser i sykehus
 Fare for økt press på andre sengeposter i sykehus.
 Fare for lengre ventetid på inntak til spesialisert rehabilitering.
 Fare for fristbrudd.
 Fare for økt press på kommunehelsetjenesten.
 Pasientlekkasje - inntektstap, reduserte rammeinntekter.

Ekspertgruppens vurdering:

Forutsetningen for denne vurderingen er at HMR skal klare å håndtere pasientmengde og opprettholde rehabiliteringstilbudet med dagens bemanning.

Dagens drift på Ålesund sykehus vil ikke kunne dekke behovet til alle pasientene. I så fall er gruppen bekymret for både økning i antall pasientskader og uheldig belastning på de ansatte.

Eksisterende rehabiliteringstilbud er svært raske til å ta imot pasienter fra sykehusene. Dersom dette bortfaller vil det øke liggetiden på sykehusene. Dette vil øke belastningen på sengepostene og totalt sett føre til flere liggedøgn og økte kostnader. Gruppen mener at det vil være essensielt å se reduksjon i antall senger i andre klinikker i sammenheng med denne prosessen. Total belastning på HMR må vurderes.

Det vil kunne gi økt press på kommunene fordi flere blir sendt hjem for tidlig eller må sendes ut til andre foretak. Dersom kommunene ikke har kompetanse eller kapasitet til å ta imot pasientene vil de enten bli tvunget til å bli liggende lenger, eller ikke få den rehabiliteringen de trenger. Dersom vi må sende flere pasienter ut av foretaket for rehabilitering vil det øke kostnadene og på sikt redusere de økonomiske rammene for tilbudet.

Sannsynligheten for dette er veldig avhengig av om vi klarer å få den fremtidige polikliniske aktiviteten og de ambulante teamene til å fungere.

Gruppen er delt i vurdering av konsekvens og sannsynlighet på dette området.

Konsekvens	Sannsynlighet	Risiko
4	5	20

Risikoreduserende tiltak

Ulike tiltak beskrevet i rapport fra arbeidsgruppa for faglig tilråding innen rehabiliteringsfeltet i Helse Møre og Romsdal.

Omlegging av dagens behandlingsportefølje.

Risiko 2.5 Evne til å ivareta overtallig personell

Risiko: Helse Møre og Romsdal HF er ikke i stand til å håndtere overtallige ansatte etter foreslåtte omlegging.

Eksisterende risikoreduserende tiltak:

Omstillingsavtalen i HMN.

Beskrivelse konsekvens

Fare for negative konsekvenser for den enkelte overtallige.

Fare for negative samfunnsøkonomiske konsekvenser.

Fare for utarming av fagmiljø og lokalsamfunn.

Fare for negative økonomiske konsekvenser for HMR.

Ekspertgruppens vurdering:

Ved nedlegging av rehabiliteringsinstitusjoner vil dette ha store konsekvenser for lokalmiljøet om helseforetaket ikke har omstillingsmuligheter knyttet til nærområdet.

Dersom fagfolk blir stående uten videre jobbtilbud der de bor øker faren for fraflytting fra vertskommunen.

En omstilling med overtallighet som resultat kan føre med seg psykiske vansker for de som blir berørt. De eldste arbeidstakerne vil trolig ha størst utfordringer med å skaffe seg nytt arbeid.

Omstillingsavtalen i HMN gjør at HMR sannsynligvis har evne til å håndtere en slik situasjon, men konsekvensen for den enkelte er stor i tilfeller der omstillingen gjør at ansatte må pendle eller flytte.

Konsekvens	Sansynlighet	Risiko
5	5	25

Seleksjon og pasientforløp

Risiko 3.1: Evne til å selektene ut hvilke pasienter som har rett til spesialisert rehabilitering

Risiko: HMR er ikke i stand til å selektene pasienter med krav til spesialisert rehabilitering

Eksisterende risikoreducerende tiltak:

Nasjonal prioriteringsveileder

Felles inntaksnemnd

Spesialist fysikalsk medisin

Beskrivelse av konsekvens:

Fare for dårligere samhandlingsmiljø mellom 1.- og 2.-linjetjenesten.

Fare for at kronikere faller utenom grunnet uklare ansvarsforhold.

Fare for aldersdiskriminering

Fare for økt klagestrøm til fylkeslegen.

Ekspertgruppens vurdering

Færre behandlingsplasser i spesialisert rehabilitering stiller strengere krav til seleksjon av pasientene som søkes inn. Dette krever en aktiv arena for seleksjon. Spesialisert rehabilitering i HMR er bygget opp over et godt utbygget tilbud av institusjonsplasser og det er i dag relativt lite behov for å kjøpe behandlingsplasser eksternt. Dersom to av seksjonene legges ned, vil dette øke belastningen på fysikalsk medisinsk sengepost ved Ålesund sjukehus. Det er en risiko for at mange pasienter som ikke trenger spesialisert rehabilitering vil bli selektert vekk og ikke få et tilbud. Dette relaterer seg igjen til manglende tilgjengelige tilbud i kommunehelsetjenesten. Det uttrykkes bekymring for at seinfaserehabilitering for unge med komplekse funksjonsutfordringer blir nedprioritert i døgntilbud.

Det er ulik oppfatning i ekspertgruppen knyttet til konsekvensen av dette. Det argumenteres for at inntakssystemet i dag fungerer godt og at sannsynligheten for at vi ikke evner å gi tilbud til de rette pasientene er lav. Andre mener at HMR, sammenlignet med andre foretak, selekterer hardt allerede og at vi ved å redusere antall senger sannsynligvis ikke vil kunne gi et tilbud til alle som har behov for det. Det argumenteres også for at andre foretak bruker de samme seleksjonskriteriene som HMR.

Konsekvens	Sannsynlighet	Risiko
3,5	2	7

Risikoreducerende tiltak

Opprette felles inntaksnemnd på tvers av helsetjenestenivåer i samhandlingsområdet

Risiko 3.2: Tilgjengelig arealkapasitet ved Ålesund sjukehus

Risiko: Det er ikke tilstrekkelig arealkapasitet ved fysikalsk medisinsk sengepost ved Ålesund sjukehus til å håndtere økt pasientgrunnlag

Eksisterende risikoreduserende tiltak:

Mulighet for å tilpasse dagens areal

Mulighet for å utnytte andre eksisterende rehabiliteringsseksjoner

Beskrivelse av konsekvens:

Fare for at manglende kapasitet fører til at pasienter avvises eller må legges inn på andre avdelinger.

Fare for økte kostnader grunnet behov for ombygging.

Fare for at uhensiktsmessige lokaler fører til økt belastning på pasient og pårørende.

Fare for at det oppstår mangel på mulighet for skjerming av pasienter som trenger det.

Økt fare for smitte.

Fare for uønsket kortere liggetid da pasienter må skrives ut raskere for å få plass til nye.

Ekspertgruppens vurdering

I en ny organisering vil trolig pasienter måtte dele rom og bad. Dette vil utfordre hygiene og smittevernrutiner. Manglende arealkapasitet kan føre til lengre liggetid på øvrige avdelinger (akuttavdelinger), samt utfordringer knyttet til tilgangen på behandlingsrom. Sammensatte funksjonsvansker kan i økende grad bli pårørende sitt ansvar, noe som igjen kan medføre redusert livskvalitet både for pasient og pårørende. Flere pasienter vil trenge omfattende pleie og omsorg i stedet for å få behandling av problemene tidlig og dermed kunne klare seg bedre selv. Pasientene vil kjenne at de belaster sine nære, og er til hinder for at de kan leve sitt "eget" liv.

Konsekvens	Sansynlighet	Risiko
3	5	15

Risikoreduserende tiltak

Ombygging av eksisterende areal.

Tiltak beskrevet i rapport fra arbeidsgruppa for faglig tilråding innen rehabiliteringsfeltet i

Helse Møre og Romsdal

Mer effektive pasientforløp

Risiko 3.3 Kommunal sektor sin evne til å ivareta pasienter som ikke blir gitt rett til behandling i spesialisthelsetjenesten

Risiko: Omleggingen vil føre til en økning i pasienter som har behov for et rehabiliteringstilbud i kommunen. Kommunene har ikke kapasitet og kompetanse til å overta oppgaven

Eksisterende risikoreduserende tiltak:

Forskrift om habilitering og rehabilitering,
Individuell plan og koordinator fra 2011.
Rapport om rehabilitering fra helse Midt Norge 2014.

Beskrivelse av konsekvens:

Økning i utskrivningsklare pasienter
Fare for funksjonstap hos pasienter
Reinnleggelse i sykehus
Fare for økt press på korttidsavdelingene rundt om i kommunene.
Fare for brudd på samhandlingsavtalen.

Ekspertgruppens vurdering

Spesialisert rehabilitering for pasienter med kroniske og komplekse funksjonsvansker skal foregå i spesialisthelsetjenesten, men det er også en stor gruppe rehabiliteringspasienter som skal ha sitt tilbud innen den kommunale helsetjenesten. Ekspertgruppen mener at svært mange kommuner mangler kapasitet og kompetanse på rehabiliteringsfeltet. Det er stor ulikhet mellom kommunene knyttet til kapasitet og kompetanse, og utfordringen vurderes som størst for de små kommunene. Raske omstillingsprosesser fører til at kommunene ikke er i stand til å følge utviklingen

Ved økt liggetid på feil avdeling eller på en avdeling som ikke har rett kompetanse kan pasienten erverve tilleggs-diagnoser / funksjonsproblemer. Risikoen er særlig utfordrende for sårbare grupper hvor det er lite kompetanse ute i kommunene.

Konsekvens	Sansynlighet	Risiko
3	5	15

Risikoreduserende tiltak

Oppbygging av ambulant virksomhet
Oppbygging av interkommunale rehabiliteringstilbud

Risiko 3.4: Evne til å opprettholde et forsvarlig rehabiliteringstilbud i nordre del av Møre og Romsdal

Risiko: Omleggingen vil føre til at Nordmøre og Romsdal vil få et dårligere rehabiliteringstilbud sammenlignet med Sunnmøre

Beskrivelse av konsekvens:

En opplevd forskjell på tilbudet nord i fylket kontra sør i fylket ved at poliklinikk og ambulant virksomhet vil lide under lange avstander.

Redusert involvering av pårørende familien har lang reisevei.

Fare for brudd på forskrift om tjenesteyting i pasientens hjemmemiljø / nærmiljø.

Fare for manglende likeverdig helsetilbud til alle innbyggerne i fylket.

Fare for økt bruk av kortvarige døgnplasser fremfor dagtilbud.

Fare for økt belastning på pasienten og redusert effekt av behandlingen.

Ekspertgruppens vurdering.

Lang avstand fra et samlet senter for spesialisert rehabilitering vil berøre alle kommuner på Nordmøre og i Romsdal. Det uttrykkes bekymring for at pasienter vil takke nei til rehabiliteringstilbud fordi det er for langt unna bosted. Det er også fare for at det oppstår pasientlekkasje ved at pasientene søker seg til rehabiliteringstilbud nærmest bosted, selv om dette for noen vil ligge i nabofylket. Det påpekes likevel at allerede i dag er det mange pasienter som får sitt tilbud langt fra hjemmet. Nærmere 30% av pasientene som er inne til slagrehabilitering ved Mork rehabiliteringssenter har bosted i på Nordmøre eller i Romsdal.

Støtte fra pårørende i en rehabiliteringsfase trekkes frem som sentralt. Lang reisevei kan redusere pårørende og familien sin mulighet til å samhandle i rehabiliteringsprosessen. Det trekkes også frem en fare for opplevd slitasje på pasienten ved polikliniske tilbud som er langt unna, i tillegg til at man ikke får gitt et likeverdig tilbud til alle i fylket.

Det er likevel påregnelig at noen pasienter må reise langt. Det kan være en mulighet at man tilbyr kortvarig døgntilbud for å kompensere for lang reisevei. Pasienter reiser i fylket allerede i dag, og en god del pasienter reiser dit de mener at tilbudet er best.

Konsekvens	Sansynlighet	Risiko
2	3	6

Risikoreduserende tiltak

Kortvarige døgnplasser for de med lengst reisevei, i stedet for poliklinisk tilbud/døgnbehandling.

Risiko 3.5: Evne til gi rehabiliteringstilbud til yngre pasienter

Risiko: Fare for at omleggingen vil føre til at rehabiliteringstilbudet til yngre pasienter som er i jobb reduseres og at deres rehabiliteringsmuligheter svekkes.

Eksisterende risikoreduserende tiltak

Yngre pasienter blir prioritert til behandling

Beskrivelse av konsekvens:

Dette gjelder få pasienter, men for de det gjelder kan det få konsekvenser som at flere ender med uføretrygd og avklaringspenger. Dette kan føre til store konsekvenser for den enkelte og har betydelige samfunnsøkonomiske konsekvenser.

Ekspertgruppens vurdering.

Det knytter seg en svært stor samfunnsmessig kostnad til personer som er sykemeldt og ikke kommer seg tilbake i jobb. Dette er svært alvorlig for de dette gjelder, men samtidig er denne pasientgruppen liten. Svært få av disse igjen behøver døgnbasert rehabilitering.

Konsekvens	Sansynlighet	Risiko
2	3	6

Risikoreduserende tiltak

Kortvarige døgnplasser for de med lengst reisevei, i stedet for poliklinisk tilbud/døgnbehandling.

Omdømme

Risiko 4.1 Omdømme:

Risiko: HMR erfarer et betydelig svekket omdømme knyttet til omstilling innen rehabiliteringsfeltet

Eksisterende risikoreduserende tiltak

Åpenhet og bred deltagelse rundt prosessen.
Styresak 48/2011.

Beskrivelse av konsekvens (ikke uttømmende):

Et svekket omdømme kan:

Skape utfordringer i forhold til fremtidig rekruttering,

Skape utrygghet, både hos ansatte og i befolkning ellers.

Skape utfordringer i forhold til samarbeid innad i HMR

Vil kunne gi grobunn for dårligere samarbeid med kommunene,

Vil kunne gi svekking av satsing på rehabiliteringsområdet,

Vil kunne skape mistillit opp mot ledelsen i HMR

Ekspertgruppens vurderinger

Et svekket omdømme vil i stor grad kunne virke negativt på svært mange prosesser i og rundt helseforetaket. Både i forhold til samarbeid innad og ut mot kommunene, samt i forhold til å beholde og rekruttere kompetanse er foretaket sitt omdømme viktig.

I tillegg kan et svekket omdømme skape grobunn for en generell utrygghet hos befolkningen som vi er satt til å betjene. Rehabiliteringsfeltet som fagfelt trenger et løft og det oppleves at det er stor verdiskapning i fagområdet. Derfor oppleves prosessen vi nå står oppe i svært utfordrende

Grappa påpeker at det har vært betydelig negativ omtale i lokale media om denne saken og en av representantene gjentok oppfordringen fra lederen av brukerutvalget, vi må være flinke til å snakke hverandre opp.

Konsekvens	Sansynlighet	Risiko
3	5	15

Risikoreduserende tiltak

Informasjon

Åpenhet

Fram-snakking

Gode prosesser

Økonomi

Risiko 5.1: Evne til å hente ut økonomisk effekt av tiltakene

Risiko: HMR oppnår ikke forventet økonomisk effekt av de foreslåtte tiltakene

Eksisterende risikoreduserende tiltak:

Tiltakspakke vedtatt i styremøtet 24. januar

Beskrivelse av konsekvens:

Manglende effekt av tiltak i denne prosessen vil kunne lede til ytterligere tiltak for å oppnå økonomisk balanse

Dårligere omdømme,

Mistillit til ledelsen,

Vil kunne virke negativt på den tjenesten pasientene skal ha.

Vil kunne føre til et markant dårligere tilbud for kronikerne,

Ekspertgruppens vurdering.

Ekspertgruppen stiller spørsmål om den faktiske økonomiske effekten av de foreslåtte tiltakene. Sett opp mot konsekvensen av oppløste fagmiljø kan dette være en høy pris å betale. Og om en ikke kommer i mål økonomisk er der en bekymring knyttet til at en da vil oppleve en ytterligere reduksjon i tilbud. Noe av utfordringene nå knytter seg til at prosessene går så raskt at en er redd en ikke er i stand til å kvalitetssikre de økonomiske beregningene før beslutningene blir effektuert.

Det uttrykkes i gruppa at en anser det som svært bekymringsfullt at en velger å legge ned disse tilbudene for å spare en relativt begrenset sum. Raske omstillinger medfører at en ikke rekker å endre behandlingsprosessene raskt nok for å tilpasse seg de nye rammebetingelsene. Det uttrykkes også en bekymring for at de ulike tiltakene i den samlede prosessen virker negativt inn på hverandre. Som eksempel vil en reduksjon i sengetallet innen rehabilitering øke presset på andre sykehussenger.

Ekspertgruppen opplever at risiko knyttet til økonomisk effekt er vanskelig å ta stilling til uten samtidig å gå inn i rapporten og anbefalingene fra faggruppa knyttet til spesialisert rehabilitering. Videre påpekes det at finansiering følger pasientene, og redusert pasientbehandling vil gi reduserte overføringer.

Konsekvens	Sansynlighet	Risiko
Ikke scoret	Ikke scoret	

Tillegg

Aure følger opp en del yngre pasienter med kompliserte, sammensatte problemstillinger. Det er en stor bekymring i dette fagmiljøet at denne pasientgruppa ikke lenger får et godt nok tilbud.

Ordfører Aure synes at det er trist at prosessen kom så skeivt ut og at tempoet er så høyt. Samarbeidet mellom kommunen og HMR er svært viktig og de er veldig villig til å se på løsninger. Slik dagens utfordringer er så må kommunen få mer tid til å kunne håndtere disse pasientene. Kommunen klarer sannsynligvis ikke å rekke og bygge opp tilbudet fra sommeren 2019, eller fra 2020.

4. Vedlegg

Risiko-aksept kriterier

Behandling

KONSEKVENNS		
	Betegnelse	Generelt - personer
1	Ubetydelig	Ikke avvik fra lov og forskrift. Mindre avvik i forhold til avdelingens kvalitetsmål
2	Mindre farlig	Ikke avvik fra lov og forskrift, Moderat avvik forhold til avdelingens kvalitetsmål
3	Farlig	Brudd på lov og forskrift, Betydelig avvik i forhold til avdelingens kvalitetsmål
4	Kritisk	Brudd på lov og forskrift, fare for sammenbrudd av det spesialiserte rehabiliteringstilbudet i HMR
5	Meget kritisk	Brudd på lov og forskrift, sammenbrudd av det spesialiserte rehabiliteringstilbudet i HMR
Sannsynlighet		
	Betegnelse	Forklaring
1	Lite sannsynlig	Vil sannsynligvis ikke skje. Har hørt om.
2	Mindre sannsynlig	Vil sannsynligvis ikke skje. Kun få ganger i perioden
3	Sannsynlig	Vil kunne skje en eller flere ganger i året.
4	Meget sannsynlig	Vil kunne skje flere ganger i måneden
5	Svært sannsynlig	Vil kunne skje ukentlig/daglig
AKSEPTKRITERIER		
1-4	Lav risiko	Aksepteres. Tiltak ikke nødvendig.
5-9	Middels risiko	Aksepteres etter vurdering, men risikoreduserende tiltak skal vurderes
10-25	Høy risiko	Ikke akseptabelt. Risikoreduserende tiltak skal iverksettes

Omdømme

KONSEKVENNS		
	Betegnelse	Generelt - personer
1	Ubetydelig	Ingen fare for opplevd utrygghet og omdømmetap
2	Mindre betydelig	Fare for opplevd utrygghet og omdømmetap
3	Betydelig	Negativ interesse fra pasienter, interessenter og lokalmedier. Økt etterspørsel etter tjenester utenfor foretaksområdet
4	Kritisk	Stor pågang etter fødetjenester utenfor vårt foretaksområde. Fare for søksmål, negativ omtale riksmidler og interesseorganisasjonen
5	Meget kritisk	Massiv pågang etter fødetjenester utenfor vårt foretaksområde. Søksmål, negativ omtale riksmidler og interesseorganisasjonen
Sannsynlighet		
	Betegnelse	Forklaring
1	Lite sannsynlig	Vil sannsynligvis ikke skje. Har aldri hørt om.
2	Mindre sannsynlig	Vil sannsynligvis ikke skje. Kun få ganger i perioden
3	Sannsynlig	Vil kunne skje en eller flere ganger i året.
4	Meget sannsynlig	Vil kunne skje flere ganger i måneden
5	Svært sannsynlig	Vil kunne skje ukentlig/daglig
AKSEPTKRITERIER		
1-4	Lav risiko	Aksepteres. Tiltak ikke nødvendig.
4-9	Middels risiko	Aksepteres etter vurdering, men risikoreduserende tiltak skal vurderes
10-25	Høy risiko	Ikke akseptabelt. Risikoreduserende tiltak skal iverksettes

5. ROS metode

[Prosedyre risikovurdering i HMR](#)

[Risikovurderingsmetode - prosessbeskrivelse](#)

6. Alternative modeller for rehabiliteringsprosjektet 2019

Det ble i forbindelse med ROS-analysen invitert til å komme med innspill til ytterligere løsningsforslag og forbedringstiltak.

Fagmiljøet ved Mork rehabiliteringssenter har utformet forslag til ulike alternative modeller for rehabiliteringsprosjektet 2019. Forslaget legges ved i sin helhet



Alternative
modellar for spesi

ALTERNATIVE MODELLAR FOR REHABILITERINGSPROSJEKTET 2019

Bakgrunn

I oktober 2011 gjorde styret fylgjande vedtak:

"For å sikre eit godt samarbeid med kommunane framover knytt til den framtidige drifta av rehabiliteringssentra på Mork og Aure, blir det tilrådd at det blir sett ned arbeidsgrupper med deltakarar frå kommunar, brukarar og helseføretaket for å sjå på framtidig driftsmodell av Aure og Mork. Dette arbeidet bør vere avslutta i 2012. Kva modell ein landar på – framtidig modell i kommunal regi – interkommunal drift – eller samdrift mellom kommune/kommunar og føretaket - vil då bli avklart. Det bør vere ei målsetting at ny drift av Mork og Aure kan bli iverksett frå 2014."

"Ser ein i eit lengre perspektiv bør all spesialisert rehabilitering skje i sjukehusa våre kombinert med ambulante tenester. Dette bør vere ei langsiktig målsetting for føretaket. På denne måten vil vi få til det nødvendige samspelet mellom ulike spesialitetar som trengs i den spesialiserte rehabiliteringa og sikre spesialistdekkinga for framtida. "

Då styresak 48/2011 kom, blei det massiv kritikk mot målsettinga om å samle all spesialisert rehabilitering inn i sjukehusa. Dette var der aldri noko god rehabiliteringsfagleg argumentasjon for. Ser vi mot Trondheim og Bergen, har begge desse rehabiliteringsavdelingar som ligg fysisk skilt frå sjølve sjukehuset. Med moderne kommunikasjonsteknologi, er der ingen faglege gode argument som støttar å flytte all spesialisert rehabilitering inn i sjukehusa.

Kompetansemiljøa ved Aure og Mork har ikkje blitt involverte i faglege eller strukturelle drøftingsprosessar i det aktuelle Prosjekt Rehabilitering. Rapporten som faggruppa la fram, presenterte kun ein sentralisert modell for vegen vidare innan den spesialiserte rehabiliteringstenesta i Helse Møre og Romsdal. Dette meiner vi er snevert og svært mangelfullt. For å få ein god prosess vidare, må ein sjå på fleire ulike modellar og vege desse opp mot kvarandre fagleg med fordelar og ulemper.

Som svar på alternativet i faggruppa sin rapport, vil vi her presentere forslag til alternative modellar som motvekt til det å skulle samle all spesialisert rehabilitering inn i sjukehusa. Modell 1 må sjåast i lys av første avsnitt av styrevedtaket, Modell 2 dersom styret vel å vidareføre målet i det andre avsnittet av styrevedtaket og Modell 3 for å styrke det spesialiserte rehabiliteringstilbodet til pasientar med komplekse funksjonsvanskar i Helse Møre og Romsdal.

Modell 1.

Tiltak: Avtale om gradvis overgang til samdriftsmodell, interkommunal driftsmodell eller privat driftsmodell i løpet av to år for døgnplassane ved Mork og Aure Rehabiliteringssenter. Regjeringa ønskjer eit tettare samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta, noko som denne modellen legg til rette for. Det kan vere ei moglegheit å søkje på tilskot og midlar for å realisert denne modellen.

Ein eventuell samdriftsmodell kan bidra til at Helse Møre og Romsdal kan behalde eit team med døgnplassar (4-6), dagbehandling og ambulante team på dei eksisterande sentra, og dermed oppretthalde kapasitet innan spesialisert døgnbehandling til heile Møre og Romsdal, samt vidareføre kompetanse og samarbeid.

Fordelar:

- Bevaring av viktige pasient- og pårørandetilbod.
- Verdien av å kome ut av sjukehuset og til ei rehabiliteringsavdeling som ligg til rette for aktivitet og deltaking, er ein fordel for mange pasientar i ein rehabiliteringsprosess.
- Bevaring av etablerte og velfungerande fagmiljø / fagkompetanse innan spesialisert rehabilitering. Unngå ein så drastisk nedgang i kvantitet og kvalitet i den spesialiserte rehab.tenesta i fylket.
- Unngår distriktsutarming. Større sjanse for å få til eit likeverdig rehabiliteringstilbod i heile Møre og Romsdal. Pasient og pårørande vil ha nærheit til eit spesialisert rehabiliteringsmiljø i sin region.
- Mork og Aure ligg i utkantane av fylket, og har nærleik til fleire småkommunar. Ny Ålesund og Molde kommune har større potensiale til å få til eigne kommunale rehabiliteringsavdelingar.
- Mork Rehabiliteringssenter vil kunne halde fram med å gi eit meir likeverdig rehabiliteringstilbod til slaggramma med komplekse vanskar frå heile fylket.
- Unngår i større grad aldersdiskriminering, grunna godt totaltilbod innan rehabilitering i fylket.
- I dag bidreg video- og telekommunikasjon til at ein kan samarbeide med legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering på tvers av sjukehusa. Denne kommunikasjonsteknologien gjer også at dei ambulante teama på alle sjukehusa, kan samarbeide og standardisere retningslinjer og driftsmåtar.
- Vi får etter kvart få ta i bruk Helseplattforma, som kan bidra til lettare kommunikasjon mellom kommunene og HF og mellom kommunar.
- Unngår pasientlekkasje. Unngår i større grad overliggarar.
- Det er allereie plassmangel på sjukehusa, og det vil vere utfordrande samle all spesialisert rehabilitering inn i sjukehusa.
- Mindre reiseveg for ambulante team, pga desentralisering. Dersom man har velfungerande team (til samanlikning palliativt team), kan dette vere faglege robuste modellar som vidare vil kunne gi økonomisk innsparing.
- Større sjanse for at vi følgjer Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering, og at vi følgjer Forskrift om habilitering, rehabilitering og individuell plan, paragraf 13 og 14.
- Ein følgjer tilrådingar om overføring av kompetanse til kommunane, og etablering av desentraliserte interkommunale senter. Om ein på sikt går for ein interkommunal modell, må ein sjå på potensiale i å involvere kommunane i Nordfjordregionen for Mork, og evt nærliggande Trøndelagskommunar for Aure.
- Dette er ein modell som kan bidra til at HF får behalde tillit og støtte i folket i Møre og Romsdal når det gjeld rehabilitering.

Ulemper:

- Forseinking av mogleg økonomisk gevinst for Helse Møre og Romsdal.
- Modellen har framleis mange usikre moment.
- Kapasiteten på spesialisert rehabilitering i Helse Møre og Romsdal kan bli kraftig redusert for slagpasientar og pasientar med nevrologiske sjukdomar og skadar, utan at vi tek omsyn til dei totale konsekvensane av dette.

Modell 2.

Tiltak: Ytterlegare spesialisering av fys.med sengepost i Ålesund (14 sengar), med tanke på ein meir intensivert post som kan ta pasientane enno tidlegare frå somatiske sjukehusavdelingar / intensivavdelingar. Oppretting av dagbehandlingstilbod, og i tillegg til vidareføring av fys.med poliklinikk og ambulant team i Ålesund.

Etablering av to små døgnbaserte rehab.avdelingar (6 plassar+ 6plassar) på Volda sjukehus og Kristiansund/Molde/nye SNR. Samlokalisert med dagbehandlingstilbod og ambulant team.

Fordelar:

- Betre kommunal samhandling gjennom nærheit til dei ulike regionane og lokal kunnskap/kjennskap som er positivt for samhandling.
- Unngår distriktsutarming. Større sjanse for å få til eit likeverdig rehabiliteringstilbod i heile Møre og Romsdal. Pasient og pårørande vil ha nærheit til eit spesialisert rehabiliteringsmiljø i sin region.
- Unngår i større grad aldersdiskriminering, da man fortsatt har mange døgnplassar i HF.
- Større moglegheit for bevaring av veletablerte fungerande fagmiljø innan rehabilitering. Unngå ein så drastisk nedgang i kvantitet og kvalitet i den spesialiserte rehab.tenesta i fylket.
- Bevare rehabiliteringsfokus – og tverrfagleg rehabiliteringskompetanse på alle sjukehus.
- I dag bidreg video- og telekommunikasjon til at ein kan samarbeide med legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering på tvers av sjukehusa. Denne kommunikasjonsteknologien gjer også at dei ambulante teama på alle sjukehusa, kan samarbeide og standardisere retningslinjer og driftsmåtar.
- Unngår pasientlekkasje. Unngår i større grad overliggarar.
- Økonomiske fordelar med færre døgnplassar totalt, færre tilsette, mindre driftskostnader på store bygg.
- Mindre reiseveg for ambulante team, pga desentralisering. Dersom man har velfungerande team (til samanlikning palliativt team), kan dette vere faglege robuste modellar som vidare vil kunne gi økonomisk innsparing.
- Større sjanse for at vi følgjer Opptappingsplan for Habilitering og Rehabilitering, og at vi følgjer Forskrift om habilitering, rehabilitering og individuell plan, paragraf 13 og 14.
- Ein kan følgje den nasjonale traumeplanen som tilrår tidleg rehabilitering utan opphald etter akutt skade.

- Har moglegheit til å stimulere erfarne og etablerte fagpersonar i rehabiliteringsmiljøet til å ta master og evt starte forskningsprosjekt innan rehabilitering. Større sjanse for å behalde erfarne fagpersonar.

Ulemper:

- Samarbeid i ei rehabiliteringsavdeling på tvers av sjukehus kan vere krevjande.
- Potensiale i bygningsmassen / lokala som Mork og Aure har blir ikkje utnytta.
- Natur og friluftsliv som arena for rehabilitering vil ikkje bli vidareført på same måten.
- Mister ein velfungerande modell for rehabilitering som eksisterer i dag, og som har høg tillit og støtte i befolkninga i Møre og Romsdal.
- Fleire erfarne fagpersonar i spesialisert rehabilitering vil også i denne modellen stå i fare for å miste sin jobb.
- Mange pasientar og pårørande opplever at det er godt å kome ut av sjukehuset i løpet av ein rehabiliteringsprosess.

Modell 3

Tiltak: Det blir etablert eit ambulant rehabiliteringsteam på Kristiansund sjukehus/nye SNR, og dagbehandlingstilbod til pasientar med behov for spesialisert rehabilitering.

Mork Rehabiliteringssenter aukar til 21 døgnplassar for pasientar med komplekse funksjonsvanskar, moderniserast, og spesialisera/styrkast ytterlegare. Det blir i tillegg oppretta eit ambulant rehabiliteringsteam med base på Mork, samt vidareføring av tverrfagleg poliklinisk tilbod. Auka midlar og stimulering til forskning m.m. i fagmiljøet.

Fysikalsk medisinsk sengepost i Ålesund høgspesialiserast, for å i større grad kunne overta og/eller samarbeide om pasientar i tidlegare fase frå andre somatiske sjukehusavdelingar/intensiv avdelingar. Etablere eige område med skjerming i sengepost. Reumasengene består og tal på døgnplassar for spesialisert rehabilitering i fys.med sengepost oppretthaldast (14 sengar). Oppretting av ambulant rehabiliteringsteam, dagbehandling og poliklinikk. Auka midlar og stimulering til forskning m.m.

Kommunikasjonsteknologi (videokonferanser, Skype Business og meldingsutveksling i journalsystem) blir utnytta til å få til god samhandling og samarbeid mellom seksjonane i høve pasientbehandling, utnytting av legespesialistressursar, nevropsykologressursar og i generell samhandling mellom seksjonane.

Fordelar:

- Bevaring av viktige pasient- og pårørandetilbod til pasientar med kroniske og komplekse funksjonsvanskar.

- Bevaring av etablerte og velfungerande fagmiljø / fagkompetanse innan spesialisert rehabilitering i Helse Møre og Romsdal.
- Unngå ein så dramatisk nedgang i kvantitet og kvalitet i den spesialiserte rehabiliteringstenesta i fylket.
- Bevaring av moglegheita pasientar har til å kome seg ut av sjukehuset og til ei rehabiliteringsavdeling som ligg eigna til, med store moglegheiter for aktivitet og deltaking innanfor sitt funksjonsnivå. Dette er ein fordel for mange pasientar i ein rehabiliteringsprosess.
- Unngår distriktsutarming. Større sjanse for å få til eit meir likeverdig rehabiliteringstilbod i heile Møre og Romsdal. Pasient og pårørende vil ha nærheit til eit spesialisert rehabiliteringsmiljø i sin region.
- Mork Rehabiliteringssenter vil kunne halde fram med å gi eit godt spesialisert døgnbasert rehabiliteringstilbod til nevrologiske pasientar med komplekse funksjonsvanskar frå heile fylket, i tillegg til andre pasientar med komplekse funksjonsvanskar og behov for rehabilitering 24/7.
- Unngår i større grad aldersdiskriminering, grunna betre totaltilbod innan spesialisert rehabilitering i fylket.
- Moderne video- og telekommunikasjon medfører at ein kan samarbeide med legespesialistar, nevropsykolog, ernæringsfysikolog og eventuelt logoped på tvers av sjukehusa. Dei ambulante teama på alle sjukehusa, kan også gjennom denne teknologien samarbeide og standardisere retningslinjer og driftsmåtar.
- Unngår pasientlekkasje. Unngår i større grad overliggarar.
- Det er allereie stor plassmangel på sjukehusa, og det vil vere byggeteknisk utfordrande å samle all spesialisert rehabilitering inn i sjukehusa.
- Mindre reiseveg for ambulante team, pga desentralisering. Dersom man har velfungerande team (til samanlikning palliativt team), kan dette vere fagleg robuste modellar som vidare vil kunne gi økonomisk innsparing.
- Større sjanse for at vi følgjer Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering, og at vi følgjer Forskrift om habilitering, rehabilitering og individuell plan, paragraf 13 og 14.
- Ein følgjer tilrådingar om overføring av kompetanse til kommunane.
- Dette er ein modell som kan bidra til at HF får behalde tillit og støtte i folket i Møre og Romsdal når det gjeld rehabilitering.

Ulemper:

- Ny driftsform for Aure, til kommunal, interkommunal eller privat drift. I verste fall avvikling.
- Kostnadar med bygningstekniske utbetringar/modernisering av Mork.
- Kapasiteten på døgnplassar innan spesialisert rehabilitering i Helse Møre og Romsdal blir redusert for pasientar med kroniske funksjonsvanskar, utan at vi tek omsyn til dei totale konsekvensane av dette. Viser til at det i 2012, under reduksjonen på 25 døgnplassar, blei vurdert at ein då var kome til det tal døgnplassar som ein meinte var fagleg rett og rigga mot framtidige behov i Helse Møre og Romsdal.